

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

Общественное здоровье и здравоохранение

**Сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе по
направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело (очная форма обучения)**

Красноярск

2022

Общественное здоровье и здравоохранение : сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело (очная форма обучения) / сост. К.А. Виноградов, М.В. Шубкин. - Красноярск : тип. КрасГМУ, 2022.

Составители:

д.м.н., профессор К.А. Виноградов
к.м.н. М.В. Шубкин

Сборник методических указаний предназначен для внеаудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС ВО 2017 по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело (очная форма обучения), рабочей программой дисциплины (2022 г.) и СТО СМК 8.3.12-21. Выпуск 5.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол № 10 от 26 мая 2022 г.)

© ФГБОУ ВО КрасГМУ
им.проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России, 2022

1. Тема № 1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука и предмет преподавания. Оценка качества жизни. Ролевая игра.

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы):

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** основы теории установки, закономерности формирования установки на здоровый образ жизни, подходы и методы проведения общественных и персональных информационно-просветительских мероприятий направленных на повышение санитарно-гигиенической грамотности населения., **уметь** использовать основные критерии оценки здоровья населения., **владеть** методами профилактики заболеваемости., технологией анализа качества жизни и человеческого капитала здоровья человека.

4. 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. Скрытие 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 IIIа 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 IIIа и IIIб группами состояния здоровья подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий. Гражданам с IIIа 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.

5. Вопросы по теме занятия

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

1) Для оценки общественного здоровья в настоящее время здоровье принято изучать на следующих уровнях: 1) здоровье отдельного человека – индивидуальное здоровье; 2) здоровье малых или этнических групп – групповое здоровье; 3) здоровье людей, проживающих на отдельной административно-территориальной единице (область, город, район) – здоровье населения; 4) здоровье общества, населения страны, континента, популяции в целом – общественное здоровье.;

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. К ОСНОВНЫМ ПОСТУЛАТАМ ПОНЯТИЯ ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЖНО ОТНЕСТИ:

- 1) отношение к общественному здоровью как к производному от здоровья индивидуумов;
- 2) отношение к здоровью общества как к сумме показателей индивидуального здоровья;
- 3) характеристику общественного здоровья только по демографическим показателям;
- 4) характеристику общественного здоровья только через показатели рождаемости и смертности;

2. 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) повышение доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения, санитарно-эпидемиологического благополучия;

3. ВЫСШИЕ ОРГАНЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ И УПРАВЛЕНИЯ РФ, КОТОРЫЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПОЛНОМОЧНЫМИ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН:

- 1) всемирная организация здравоохранения;
- 2) органы управления здравоохранения в крае (области);
- 3) Министерство здравоохранения и социального развития РФ;
- 4) Президент РФ;

4. ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ (ПО Ю. П. ЛИСИЦИНУ):

- 1) образ жизни;
- 2) миграция населения;
- 3) внешняя среда;
- 4) наследственность;

5. ОБРАЗ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ ПО ИССЛЕДОВАНИЯМ Ю. П. ЛИСИЦИНА:

- 1) наименее значимым фактором для здоровья населения;
- 2) фактором не влияющим на здоровье населения;
- 3) фактором доля влияния которого на здоровье населения составляет около 20%;
- 4) наиболее значимым фактором для здоровья населения;

6. 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;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Распространяется ли закон «О защите прав потребителей» на отношения, возникающие между мной (пациентом) и городской поликлиникой, которая оказывает мне медуслуги бесплатно (по полису ОМС)?

1) Если вы получаете медицинскую помощь в поликлинике, работающей по программе ОМС, и данная помощь оплачивается из ОМС (а не из бюджета), это означает, что услуги, оказанные вам, являются услугами возмездными, то есть вы являетесь третьим лицом, в пользу которого между поликлиникой и страховой компанией заключен договор. В связи с вышесказанным все нормы закона «О защите прав потребителей» действуют;

2. Определить показатели качества жизни зависящего от здоровья для клиентов из категории социально незащищенных слоев населения

1) Используя методику расчета показателя QALY показатель качества жизни у клиентов из категории социально незащищенных слоев населения составляет от 0,4 до 0,8 в зависимости от оценки

мультипликативных факторов полезности по всем категориям. Необходим расчет показателя индивидуально для каждого клиента;

3. Используя методику расчета показателя QALY, определить собственный показатель качества жизни. Сравнить его с показателем рядом сидящего студента. Написать выводы

1) Используя методику расчета показателя QALY показатель качества жизни у студента Иванова составил 0,92, у студента Петрова - 0,69. При сравнении мультипликативных факторов полезности, оказалось, что категория, по которой у студента Петрова отмечен низкий показатель - это «Социально-эмоциональные функции: эмоциональное благополучие и социальная активность (S)», по которой его самооценка характеризуется показателем S 4, который является самым низким и в целом определяет низкий показатель качества жизни;

4. 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;

1) 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.;

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

3) В определении согласно 323-ФЗ нет слова полного, вместо слова духовное применен термин психического, что делает его более практически ориентированным.;

5. При проведении диспансеризации пациент с ИБС в начальной стадии развития заболевания, был отнесен во вторую группу 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;

1) Приказ Минздрава России от 03.02.2015 N 36ан Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения;

2) I, II, IIIa, IIIб;

3) Нет;

4) IIa 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;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

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

- дополнительная:

[Общественное здоровье и здравоохранение](#) : учебник / ред. К. Р. Амлаев. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 560 с. - Текст : электронный.

[Здравоохранение и общественное здоровье](#) : учебник / ред. Г. Н. Царик. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 912 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

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

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

1. Тема № 2. Основы медицинской статистики.

2. 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.

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** основные принципы и понятия доказательной медицины, способы получения актуальной, достоверной статистической информации, методику расчета показателей медицинской статистики, основные методы доказательной медицины, **уметь** провести сбор и медико-статистический анализ информации о показателях заболеваемости различных возрастно-половых групп и ее влияния на состояние их здоровья., **владеть** методикой расчета показатели общей, первичной заболеваемости, патологической пораженности заболеваемости, подлежащей специальному учету.

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

Чтобы рассчитать объем 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 - 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 (\bar{x}), 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 процентиль 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;
- Смещение причины и следствия;
- Недоучет взаимосвязи явлений.

5. Вопросы по теме занятия

1. Что такое динамический ряд?
2. Понятие " достоверность результатов исследования"
3. Как рассчитывается и когда применяется коэффициент вариации
4. Последовательность расчета среднего квадратического отклонения
5. Критерии разнообразия признака в статистической совокупности и методы их определения
6. Виды средних величин и методы их определения
7. Основные составляющие вариационного ряда
8. Для чего и как используется метод стандартизации показателей?
9. Какие показатели используют для оценки динамических рядов?
10. Ошибка средних и относительных величин методы ее расчета
11. Какие вы знаете абсолютные величины?
12. Основные способы расчета средней арифметической
13. Ошибки при проведении статистических исследований и их коррекция
14. Основные свойства средней арифметической
15. Этапы построения сгруппированного вариационного ряда
16. Определение вариационного ряда
17. Какие существуют виды динамических рядов?
18. Какие вы знаете статистические коэффициенты?
19. Методы оценки достоверности результатов исследования
20. Доверительные границы (интервал) средних и относительных величин
21. Достоверность разности (различия) средних и относительных величин
22. Основные этапы статистического исследования

6. 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;
- 5) группа, состоящая из большого числа не однородных элементов, взятых вместе в известных границах

- времени и пространства;
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;
 - 5) наблюдение, охватывающее все единицы совокупности для характеристики ее части;
3. КОГОРТНЫЙ ОТБОР ЭТО:
- 1) разбивка совокупности на однотипные качественные группы по какому-либо определенному признаку;
 - 2) отбор на удаче 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;
 - 5) отбор по жребию, с учетом тех или иных носителей признаков;
4. ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ СТАТИСТИЧЕСКОЙ СОВОКУПНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) объект наблюдения;
 - 2) признак;
 - 3) единица наблюдения;
 - 4) группа признаков;
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;
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;
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;
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;
9. ВАРИАНТА, КОТОРАЯ ЧАЩЕ ДРУГИХ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВАРИАЦИОННОМ РЯДУ - ЭТО:
- 1) мода;
 - 2) медиана;
 - 3) средняя арифметическая;
 - 4) средняя геометрическая;
10. ВИД СТАТИСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПО СТЕПЕНИ ОХВАТА:
- 1) сплошное;
 - 2) одновременное;
 - 3) систематическое;
 - 4) многофакторное;
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;
12. ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ СТАТИСТИЧЕСКОЙ СОВОКУПНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ::
- 1) объект наблюдения;
 - 2) признак;
 - 3) единица наблюдения;

- 4) группа признаков;
13. ЕДИНИЦА НАБЛЮДЕНИЯ В СТАТИСТИЧЕСКОЙ СОВОКУПНОСТИ - ЭТО::
- 1) признак;
 - 2) первичный элемент совокупности, обладающий учитываемыми признаками;
 - 3) группа признаков;
 - 4) заболевание;
14. К КАЧЕСТВЕННЫМ ПРИЗНАКАМ ОТНОСИТСЯ::
- 1) температура тела;
 - 2) пол;
 - 3) артериальное давление;
 - 4) дозировка лекарственного средства;
15. К КОЛИЧЕСТВЕННЫМ ПРИЗНАКАМ ОТНОСЯТСЯ::
- 1) масса тела пациента;
 - 2) пол;
 - 3) исход лечения;
 - 4) перечень назначенных препаратов;
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;
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;
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;
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;
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;
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;
23. ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТРУКТУРУ ИЗУЧАЕМОГО ЯВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТ::
- 1) Интенсивный показатель;
 - 2) Экстенсивный показатель;
 - 3) Показатель наглядности;
 - 4) Показатель соотношения;
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;
25. ПОКАЗАТЕЛЬ НАГЛЯДНОСТИ ОТРАЖАЕТ::
- 1) темп роста;
 - 2) темп прироста;
 - 3) степень уменьшения или увеличения сравниваемых величин в %;
 - 4) различие между двумя самостоятельными совокупностями;
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;
27. ПРОСТЫЕ ДИНАМИЧЕСКИЕ РЯДЫ СОСТОЯТ ИЗ::
- 1) абсолютных величин;
 - 2) относительных величин;
 - 3) средних величин;
 - 4) переменных величин;
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;
29. ПРОЦЕНТНОЕ ОТНОШЕНИЕ АБСОЛЮТНОГО ПРИРОСТА К ПРЕДЫДУЩЕМУ УРОВНЮ ПОКАЗАТЕЛЯ - ЭТО::
- 1) абсолютный прирост;
 - 2) темп прироста;
 - 3) темп роста;
 - 4) значение 1-го % прироста;
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;
31. ЛИНЕЙНАЯ ДИАГРАММА ОТРАЖАЕТ::
- 1) структуру явления;
 - 2) частоту явления;
 - 3) динамику явления;
 - 4) достоверность показателя;
32. ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ЦИКЛИЧЕСКИХ ЯВЛЕНИЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ::
- 1) секторную диаграмму;
 - 2) радиальную диаграмму;
 - 3) фигурную диаграмму;
 - 4) картограмму;
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;
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;
35. ОДНОЙ ИЗ СРЕДНИХ ВЕЛИЧИН ЯВЛЯЕТСЯ::
- 1) показатель соотношения;
 - 2) медиана;

- 3) среднее квадратическое отклонение;
4) интенсивный показатель;
36. ВАРИАНТА, НАХОДЯЩАЯСЯ В СЕРЕДИНЕ ВАРИАЦИОННОГО РЯДА - ЭТО::
1) средняя арифметическая;
2) мода;
3) медиана;
4) среднее квадратическое отклонение;
37. ОТНОШЕНИЕ СУММЫ ЗНАЧЕНИЙ ВСЕХ ВАРИАНТ К ОБЩЕМУ ИХ КОЛИЧЕСТВУ - ЭТО::
1) медиана;
2) средняя арифметическая;
3) мода;
4) среднее квадратическое отклонение;
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;
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;
40. ИНТЕРВАЛ, ОГРАНИЧЕННЫЙ МИНИМАЛЬНЫМ И МАКСИМАЛЬНЫМ ЗНАЧЕНИЯМИ ВАРИАНТ В ВАРИАЦИОННОМ РЯДУ - ЭТО::
1) доверительный интервал;
2) коэффициент вариации;
3) амплитуда;
4) лимит;
41. РАЗНОСТЬ МЕЖДУ ДВУМЯ КРАЙНИМИ ВАРИАНТАМИ ВАРИАЦИОННОГО РЯДА - ЭТО::
1) лимит;
2) доверительный интервал;
3) амплитуда;
4) коэффициент вариации;
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;
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;
44. В МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ МИНИМАЛЬНАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ БЕЗОШИБОЧНОГО ПРОГНОЗА (Р), ПРИНЯТАЯ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДОВЕРИТЕЛЬНЫХ ГРАНИЦ ЛЮБОГО ПОКАЗАТЕЛЯ, СОСТАВЛЯЕТ::
1) 68,0 %;
2) 80,0 %;
3) 95,0 %;
4) 99,0 %;
45. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ЭТАПОВ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ::
1) разработка макетов таблиц;
2) формализация данных;
3) составление программы и плана исследования;
4) анкетирование;
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;
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;
48. ПРОВЕДЕНИЕ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАВЕРШАЮТ::
- 1) формирование выводов;
 - 2) разработка практических рекомендаций;
 - 3) анализ, выводы, предложения, внедрение в практику;
 - 4) апробация результатов работы;
49. ТЕКУЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ - ЭТО...:
- 1) Наблюдение, охватывающие 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;
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.;
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;
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.;
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;
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;

7. 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;

- 1) (Явление)Число умерших/(Среду продуцирующую явление)Среднегодовую численность населения x 1000.
 $30000/3000000 \times 1000 = 10$ умерших на 1000 населения.;
 - 2) Часть явления деленная на размер явления в целом. $15000/30000 \times 100 = 50\%$;
 - 3) 1. Профилактическая работа направленная на снижение распространенности курения, избыточного потребления алкоголя, ожирения и гиподинамии. 2. Диспансерное наблюдения за лицами из группы риска имеющими хроническую патологию (гипертония, диабет, ИБС). 3. Обеспеченность высокотехнологичной медицинской помощью (стентирование, шунтирование). 4. Работа скорой медицинской помощи позволяющая обеспечить максимально быстрое начало реанимационных мероприятий больным с сосудистыми катастрофами (инсульты, инфаркты) и транспортировки на соответствующий порядкам оказания медицинской помощи этап.;
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;

- 1) 7, 9, 10, 10, 11, 12, 12, 12, 14, 14, 14, 14, 15, 15, 15, 15, 15, 15, 16, 16, 16, 17, 17, 17, 17, 18, 18, 18, 18, 18, 19, 19, 20;

- 2) Длительность лечения в днях (v) 7 9 10 11 12 14 15 16 17 18 19 20 Число больных (p) 1 1 2 1 3 3 6 3 4 5 2 1 N = 32 $M = (7+9+10*2+11+12*3+14*3+15*6+16*3+17*4+18*5+19*2+20)/32 = 479/32 = 14,96$ $M_e = 15$ $M_o = 15$;
3. Дана следующая совокупность: 84 82 90 77 75 77 82 86 82
- Вопрос 1:** Составьте вариационный ряд.;
- Вопрос 2:** Рассчитайте среднее арифметическое значение.;
- 1) Вариационный ряд: 75, 77, 77, 82, 82, 82, 84, 86, 90 (n=9);
- 2) $M = 81,7$ - среднее арифметическое.;
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;
- 1) Критерий Стьюдента для независимых выборок (двухвыборочный t-критерий) и критерий Фишера.;
- 2) Критерий Манна-Уитни.;
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;
- 1) САД = $79,44 - 0,03*130 + 1,18*30 + 4,23*0 = 110,94$ мм.рт.ст.;
- 2) Уравнение множественной регрессии.;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

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

- электронные ресурсы:

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

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

1. Тема № 3. Нормативно-правовое обеспечение системы здравоохранения.

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): для врача важно знать основные нормативно-правовые акты в сфере охраны здоровья и медицинской деятельности.

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** основы законодательства российской федерации по охране здоровья населения, основные нормативно-правовые документы в области здравоохранения., **уметь** оценить основные показатели работы лечебно-профилактических учреждений., **владеть** методикой расчета основных показатели работы лечебно-профилактических учреждений.

4. Аннотация (краткое содержание темы)

Охрану здоровья граждан регулируют следующие основные законы:

1. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (от 22 июля 1993 г. № 5487—1);
2. О медицинском страховании граждан в Российской Федерации (от 28 июня 1991 г. № 1499-1);
3. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения (от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ);
4. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании (от 2 июля 1992 г. № 3185—1).

Закон «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» — центральный правовой акт. В этом документе определены основные принципы охраны здоровья, основы организации и руководства здравоохранением, гарантии осуществления медико-социальной помощи, обязанности и права медицинских и фармацевтических работников, порядок медицинской экспертизы, ответственность за причинение вреда здоровью граждан. С момента выхода в свет этот Закон подвергся многочисленным поправкам и дополнениям со стороны законодателей исходя из динамики потребностей общества, поэтому необходимо смотреть не первоначальный его текст, а текст в последних редакциях.

Кроме перечисленных большое значение в охране здоровья граждан имеют следующие законы:

1. О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ);
2. Об иммунопрофилактике инфекционных болезней (от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ);
3. О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации (от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ);
4. Об охране окружающей среды (от 10 января 2002 г. № 7-ФЗ);
5. Об охране атмосферного воздуха (от 04 мая 1999 г. № 96-ФЗ);
6. О радиационной безопасности населения (от 9 января 1996 г. № 3-ФЗ);
7. О качестве и безопасности пищевых продуктов (от 2 января 2000 г. № 29-ФЗ);
8. О лекарственных средствах (от 22 июня 1998 г. № 86-ФЗ);
9. О наркотических средствах и психотропных веществах (от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ);
10. О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах (от 23 февраля 1995 г. № 26-ФЗ);
11. О трансплантации органов и (или) тканей человека (от 22 декабря 1992 г. № 4180-1).

Глобальными принципами охраны здоровья граждан в соответствии со ст. 2 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» являются:

1. соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
2. приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;
3. доступность медико-социальной помощи;
4. социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
5. ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Соблюдение прав человека в области охраны здоровья начинается с профилактических мер, поэтому они и приоритетны. Профилактические меры в области охраны здоровья граждан должны касаться не только непосредственно какой-либо соматической патологии, но даже в первую очередь психического и социального здоровья. С этой точки зрения чрезвычайно важно направление усилий на предотвращение проявлений случаев жестокости, насилия, в том числе и внутрисемейного; на выявление подобных случаев и искоренение их путем законного, честного и явного сотрудничества с государственными и общественными структурами (правоохранительными, социальными службами, общественными объединениями против насилия).

Недопустимо оставлять без внимания любые формы проявления жестокости, унижения человеческого достоинства, случаи дискриминации по какому-либо указанному в ст. 17 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» признаку.

Государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи провозглашены Конституцией РФ, закреплены в «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан». Правительство РФ ежегодно утверждает Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Программа включает:

- виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно;
- медицинскую помощь, предоставляемую в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;
- медицинскую помощь, предоставляемую за счет средств бюджетов всех уровней;
- нормативы объемов медицинской помощи;
- нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;
- подушевые нормативы финансирования Программы.

Территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи могут предусматривать предоставление дополнительных объемов и видов медицинской помощи за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

Гражданам РФ в рамках Программы *бесплатно* предоставляются:

1. скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах;
2. амбулаторно-поликлиническая помощь, включая проведение мероприятий по профилактике (в том числе диспансерному наблюдению, включая наблюдение беременных женщин и здоровых детей), диагностике (в том числе в диагностических центрах) и лечению заболеваний как в поликлинике, так и на дому, в том числе врачами общей практики (семейными врачами), а также в дневных стационарах всех типов;
3. стационарная помощь:
 - при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения и изоляции по эпидемиологическим показаниям;
 - при плановой госпитализации в целях проведения диагностики, лечения и реабилитации, требующих круглосуточного медицинского наблюдения, в том числе в детских и специализированных санаториях;
 - при патологии беременности, родах и абортах;
 - в период новорожденности.

При оказании скорой медицинской помощи, стационарной медицинской помощи и медицинской помощи в дневных стационарах всех типов предоставляется бесплатная *лекарственная помощь* в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования предоставляется амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь при инфекционных и паразитарных заболеваниях (за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза и синдрома приобретенного иммунодефицита), при новообразованиях, болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ, болезнях нервной системы, болезнях крови, кроветворных органов и отдельных нарушениях, вовлекающих иммунный механизм, болезнях глаза и его придаточного аппарата, болезнях уха и сосцевидного отростка, болезнях системы кровообращения, болезнях органов дыхания, болезнях органов пищеварения, болезнях мочеполовой системы, болезнях кожи и подкожной клетчатки, болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани, заболеваниях зубов и полости рта, при травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин, а также при врожденных аномалиях (пороках развития), деформациях и хромосомных нарушениях.

Базовая программа осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования. Объемы медицинской помощи определяются исходя из нормативов объемов лечебно-профилактической помощи в расчете на 1000 человек.

5. Вопросы по теме занятия

1. Сформулируйте основные законы регулирующие охрану здоровья граждан
2. Раскройте тему - Платные медицинские услуги
3. Гарантия оказания бесплатной медицинской помощи
4. Раскройте тему - Права пациента
5. Перечислите права врача

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. РЕГУЛЯРНОЕ ПОЛУЧЕНИЕ ДОСТОВЕРНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ФАКТОРАХ, СПОСОБСТВУЮЩИХ СОХРАНЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ИЛИ ОКАЗЫВАЮЩИХ НА НЕГО ВРЕДНОЕ ВЛИЯНИЕ, ЭТО ПРАВО ГРАЖДАН НА:

- 1) медико-социальную помощь;
- 2) охрану здоровья граждан;
- 3) информацию о факторах, влияющих на здоровье;
- 4) социальную помощь;

2. ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ И АПТЕЧНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ, ИМУЩЕСТВО КОТОРЫХ НАХОДИТСЯ В ЧАСТНОЙ СОБСТВЕННОСТИ, ОТНОСЯТСЯ К СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:

- 1) государственной;
- 2) частной;
- 3) муниципальной;
- 4) федеральной;

3. СОВОКУПНОСТЬ МЕР ПОЛИТИЧЕСКОГО, ЭКОНОМИЧЕСКОГО, ПРАВОВОГО, СОЦИАЛЬНОГО, КУЛЬТУРНОГО, НАУЧНОГО, МЕДИЦИНСКОГО, САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА, НАПРАВЛЕННЫХ НА СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛЮДЕЙ, ПОДДЕРЖАНИЯ ДОЛГОЛЕТИЯ, ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В СЛУЧАЕ УТРАТЫ ЗДОРОВЬЯ, ЭТО:

- 1) основные принципы охраны здоровья граждан;
- 2) охрана здоровья граждан;
- 3) задачи законодательства РФ об охране здоровья граждан;
- 4)) нет правильного ответа;

4. ОДНОЙ ИЗ ЗАДАЧ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РФ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) принятие и изменение федеральных законов об охране здоровья и контроль над их исполнением;
- 2) определение прав граждан в области охраны здоровья и установление гарантий за их соблюдением;
- 3) разработка и реализация федеральных программ по развитию здравоохранения;
- 4) все ответы правильные;

5. К МУНИЦИПАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) Министерство здравоохранения и социального развития РФ;
- 2) Министерство здравоохранения республик в составе РФ;
- 3) муниципальные органы управления здравоохранением;
- 4) Российская академия медицинских наук;

6. В КОМПЕТЕНЦИЮ ОРГАНОВ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ В ВЕДЕНИИ ВОПРОСОВ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН ВХОДЯТ::

- 1) обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения;;
- 2) принятие и изменение федеральных законов в области охраны здоровья граждан;;
- 3) Оба ответа правильные;;
- 4) правильного ответа нет.;

7. ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) приоритет профилактических мер в области здравоохранения;
- 2) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 3) доступность медико-социальной помощи;
- 4) все вышеперечисленное;

7. 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;

1) (Явление)Число умерших/(Среду продуцирующую явление)Среднегодовую численность населения x 1000.
 $30000/3000000 \times 1000 = 10$ умерших на 1000 населения.;;

2) Часть явления деленная на размер явления в целом. $15000/30000 \times 100 = 50\%$.;

3) 1. Профилактическая работа направленная на снижение распространенности курения, избыточного потребления алкоголя, ожирения и гиподинамии. 2. Диспансерное наблюдения за лицами из группы риска имеющими хроническую патологию (гипертония, диабет, ИБС). 3. Обеспеченность высокотехнологичной медицинской помощью (стентирование, шунтирование). 4. Работа скорой медицинской помощи позволяющая обеспечить максимально быстрое начало реанимационных мероприятий больным с сосудистыми катастрофами (инсульты, инфаркты) и транспортировки на соответствующий порядкам оказания медицинской помощи этап.;

2. В государственной клинике по возмездному договору вовремя не выполнили обязательства по лечению у стоматолога. Пациент обратился в суд с иском о возмещении морального вреда.

Вопрос 1: Что необходимо доказать истцу?;

Вопрос 2: Какую сумму можно требовать?;

1) Согласно ст. 1064 ГК РФ вред, причиненный личности подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред, если это лицо не докажет, что вред причинен не по его вине. Такая имущественная ответственность возникает при наличии следующих условий (оснований): - Причинение пациенту вреда; - Противоправность действий лиц, причинивших вред (совершение деяний, не отвечающих полностью или частично официальным требованиям, предписаниям, правилам; наличие недостатка медицинской услуги, т.е. ее несоответствие стандарту, условиям договора или обычно предъявляемым требованиям.); - Причинная связь между противоправным деянием и возникшим вредом; - Вина причинителя вреда. В случае отказа решение возникшего спора возможно в порядке гражданского судопроизводства. Необходимым условием возникновения ответственности медицинского учреждения является причиненный пациенту вред. Под вредом здоровью следует понимать: - телесные повреждения, т.е. нарушение анатомической целостности органов и тканей или физиологических функций; - заболевания или патологические состояния, возникшие в результате воздействия различных факторов внешней среды: механических, физических, химических, биологических, психических.;

2) Вред физический - утрата здоровья; имущественный ущерб - убытки (реальный ущерб и упущенная выгода) - в данном случае материальные затраты, понесенные пациентом; моральный вред - физические и нравственные страдания. Требования пациента о возмещении причиненного вреда могут быть удовлетворены только при наличии всех перечисленных оснований ответственности и возможности доказать их в процессе судебного разбирательства.;

3. 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;

1) Первичная заболеваемость = $108600 * 1000 / 3000000 = 36,2$ Первичная заболеваемость стала ниже.;

2) Частота выявленных инфекционных заболеваний = Частота выявленных инфекционных заболеваний на данной территории * 100000 / средняя численность населения на данной территории = $8458 * 100000 / 3 \text{ млн.} = 281,94$ (на 100000 населения);

3) В структуре первичной заболеваемости Красноярского края лидирующее место занимают болезни органов дыхания - 276,5 случая на 1 000 человек населения, на втором - травмы и отравления - 108,0 случая на 1 000 человек населения, на третьем - болезни мочеполовой системы - 58,5 случая на 1 000 человек населения.;

4) См. шаблон заполнения учетной формы N 025-12/У-10-СПБ, согласно инструкции к распоряжению Комитета по здравоохранению от 04.08.2010 N 408-р;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- электронные ресурсы:

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

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

Пенсионный фонд РФ (<http://www.pfrf.ru/>)

Фонд социального страхования Красноярского края (http://fss.ru/ru/regional_office/in_territory/6459.shtml)

1. Тема № 4. Международная классификация болезней.

2. 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.

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** основы законодательства российской федерации по охране здоровья населения, основные нормативно-правовые документы в области здравоохранения., **уметь** оценить показатели заболеваемости., 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. использования международной классификации болезней (МКБ).

4. 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).

5. Вопросы по теме занятия

1. Международная классификация болезней основные принципы составления. Главные задачи которые здравоохранение решает с помощью МКБ.
2. Международная классификация болезней, травм и причин смерти. Ее значение в работе врача.
3. Как ведется учет важнейших неэпидемических заболеваний. Социально-гигиеническое значение основных неэпидемических заболеваний.
4. Инфекционная заболеваемость. Учет и анализ. Социально-гигиеническое значение.
5. В чем особенности изучения инфекционной заболеваемости.

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. КОЛИЧЕСТВО КЛАССОВ В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ 10 ПЕРЕСМОТРА?:
 - 1) 10;
 - 2) 15;
 - 3) 17;
 - 4) 21;
2. 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);
3. КОЛИЧЕСТВО КЛАССОВ БОЛЕЗНЕЙ В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ, ТРАВМ И ПРИЧИН СМЕРТИ 10 ПЕРЕСМОТРА:
 - 1) 11;
 - 2) 19;
 - 3) 20;
 - 4) 21;
4. 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;
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;
6. УЧЕТНАЯ ФОРМА РЕГИСТРАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ?:
 - 1) ф. 089/ у;
 - 2) ф. 025/ у;
 - 3) ф. 066/ у;
 - 4) ф. 090/ у;
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;

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;
9. ПОКАЗАТЕЛИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТ::
- 1) количество показаний для госпитализации;
 - 2) качество отбора на диспансеризацию;
 - 3) отбор на амбулаторное лечение;
 - 4) общую смертность населения;
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;
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;
12. ПРИ ПОЛНОЙ И ТОЧНОЙ РЕГИСТРАЦИИ ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ СВЕДЕНИЯ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ:
- 1) патологической пораженности;
 - 2) госпитализированной;
 - 3) общей;
 - 4) неэпидемической;
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;
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;
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;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. 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.;

1) 1. Позвонить в ЦГСЭН о выявлении заболевания, а затем отправить туда экстренное извещение об инфекционном заболевании не позднее 24 часов с момента выявления. 2. Дать советы о правильном режиме и поведении больной и окружающих. 3. Организовать изоляцию (госпитализацию) больной. 4. Установить наблюдение за окружением больной;;

2) Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99);

2. 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;

- 1) Первичная заболеваемость = $108600 * 1000 / 3000000 = 36,2$ Первичная заболеваемость стала ниже.;
 - 2) Частота выявленных инфекционных заболеваний = Частота выявленных инфекционных заболеваний на данной территории * 100000 / средняя численность населения на данной территории = $8458 * 100000 / 3 \text{ млн.} = 281,94$ (на 100000 населения);
 - 3) В структуре первичной заболеваемости Красноярского края лидирующее место занимают болезни органов дыхания - 276,5 случая на 1 000 человек населения, на втором - травмы и отравления - 108,0 случая на 1 000 человек населения, на третьем - болезни мочеполовой системы - 58,5 случая на 1 000 человек населения.;
 - 4) См. шаблон заполнения учетной формы N 025-12/У-10-СПБ, согласно инструкции к распоряжению Комитета по здравоохранению от 04.08.2010 N 408-р;
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.;

- 1) Общая заболеваемость населения изучается по данным всех первичных обращений за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения. Основным учетным документом в амбулаторно-поликлинических учреждениях является медицинская карта. Единицей наблюдения при изучении общей заболеваемости является первичное обращение больного в текущем календарном году по поводу данного заболевания. При изучении общей заболеваемости вычисляются общие и специальные показатели. Показатель общей заболеваемости определяется числом первичных обращений за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения в данном году на 1000 жителей.;
 - 2) Общая заболеваемость ОЗ 26,7 на 1000 жителей.;
 - 3) Заболеваемость (первичная) — это совокупность вновь возникших заболеваний за календарный год; рассчитывается как отношение числа вновь возникших заболеваний к средней численности населения, умноженное на 1000. Заболеваемость ОЗ 16,8 на 1000 жителей.;
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.;

- 1) Общая заболеваемость населения изучается по данным всех первичных обращений за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения. Основным учетным документом в амбулаторно-поликлинических учреждениях является медицинская карта. Единицей наблюдения при изучении общей заболеваемости является первичное обращение больного в текущем календарном году по поводу данного заболевания. При изучении общей заболеваемости вычисляются общие и специальные показатели. Показатель общей заболеваемости определяется числом первичных обращений за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения в данном году на 1000 жителей.;
- 2) Общая заболеваемость ССС 83,4 на 1000 жителей.;
- 3) Заболеваемость (первичная) — это совокупность вновь возникших заболеваний за календарный год; рассчитывается как отношение числа вновь возникших заболеваний к средней численности населения, умноженное на 1000. Заболеваемость ССС 36,2 на 1000 жителей.;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

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

- электронные ресурсы:

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

1. Тема № 5. Медицинская демография. Рождаемость. Смертность.

2. 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 вышперечисленное требует экстренного принятия мер на го-сударственном уровне для решения демографического кризиса, в т.ч., в сфере здравоохранения.

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** способы получения актуальной, достоверной статистической информации, методику расчета показателей медицинской статистики, **уметь** оценить основные демографические показатели., **владеть** методикой расчета демографических показателей.

4. 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) x 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) x 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 x 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".

5. Вопросы по теме занятия

1. Дайте определение: «демография», «медицинская демография». Каковы задачи демографии?
2. Какое значение для изучения здоровья населения играет учет смертности
3. Какие существуют общие и специальные показатели оценки смертности населения.
4. Какие правила регистрации смерти в РФ
5. Каково значение изучения демографических показателей для здравоохранения?
6. Назовите основные методы изучения статистики населения.
7. Какие основные разделы выделяют в демографии? Что каждый из них изучает?
8. Перечислите основные принципы проведения переписи населения
9. Какие существуют показатели оценки рождаемости.

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. 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;
2. ДЕМОГРАФИЯ КАК НАУКА ИЗУЧАЕТ:
 - 1) численность и состав населения;
 - 2) летальность;
 - 3) заболеваемость населения;
 - 4) инвалидность;
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;
4. ПОКАЗАТЕЛЬ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ?:
 - 1) (число умерших в возрасте до 14 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;
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;
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;

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;

8. 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;

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.;

10. ЕСТЕСТВЕННОЕ ДВИЖЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЮТ ПОКАЗАТЕЛИ:

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

11. ИСТОЧНИКИ ИЗУЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЕСТЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ:

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

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;

13. ФЕРТИЛЬНЫМ СЧИТАЕТСЯ ВОЗРАСТ:

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

14. ПО ДАННЫМ ПЕРЕПИСИ ВЫБЕРИТЕ ТИП НАСЕЛЕНИЯ:

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

15. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ.:

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

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;

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;
18. ОСНОВНЫМИ ТИПАМИ ДВИЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ::
- 1) внутренняя и внешняя миграция;
 - 2) иммиграция и эмиграция;
 - 3) временная миграция;
 - 4) постоянная миграция;
19. ГОДОВОЙ КОЭФФИЦИЕНТ РОЖДАЕМОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ?:
- 1) (число родившихся живыми за год \times 1000) / среднегодовая численность населения;
 - 2) (число родившихся живыми и мертвыми за год \times 1000) / среднегодовая численность населения;
 - 3) (число родившихся за год \times 1000) / средн. численность женщин в возрасте 15-49 лет;
 - 4) (число родившихся живыми за год \times 1000) / число умерших за год;
20. КОЭФФИЦИЕНТ БРАЧНОЙ ПЛОДОВИТОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ?:
- 1) (средняя численность женщин, находящихся в браке \times 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;
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;
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 плодовитый период жизни) / 1000;
 - 4) (средняя численность женщин в возрасте 15-49 \times 1000) / число родившихся живыми за год;
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;
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;
25. В НОРМЕ НЕТТО-КОЭФФИЦИЕНТ ДОЛЖЕН БЫТЬ::
- 1) не меньше 2;
 - 2) не больше 3;
 - 3) не меньше 1;
 - 4) 50%;
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;
27. ПОКАЗАТЕЛЬ ЕСТЕСТВЕННОГО ПРИРОСТА НАСЕЛЕНИЯ РАССЧИТЫВАЕТСЯ?:
- 1) (число родившихся - число умерших \times 100) / среднегодовая численность населения;

- 2) (число родившихся - число умерших x 1000) / число детей родившихся живыми и мертвыми;
- 3) (число родившихся - число умерших x 1000) / среднегодовая численность населения;
- 4) (среднегодовая численность населения x 1000) / (число родившихся - число умерших);
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;
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;
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;
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;
32. К ОСНОВНЫМ ДЕМОГРАФИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ, ОТНОСИТСЯ::
- 1) инвалидность;
 - 2) смертность;
 - 3) больничная летальность;
 - 4) число часто и длительно болеющих;
33. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ДЕМОГРАФИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ, ЯВЛЯЕТСЯ::
- 1) заболеваемость;
 - 2) смертность;
 - 3) младенческая смертность;
 - 4) рождаемость;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Вычислите и оцените показатель материнской смертности, если за 2016 год в городе X 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.;

1) 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.;

2) В расчет показателя не включаем случай смерти на 50 неделе и от ДТП. В итоге получаем 6 деленное на 50000 и умноженное на 100000 или 12 на 100000 живорожденных.;

3) Средний показатель по России составил 8,6 на 100000, мы видим существенное превышение показателя в городе X;

2. 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.;

1) Коэффициент рождаемости = число родившихся живыми за год x 1000 / Среднегодовая численность

населения = $1500/55000 \times 1000 = 27,3$ промилле.;

2) Коэффициент общей плодовитости = число родившихся живыми за год $\times 1000$ / среднегодовая численность женщин фертильного возраста = $1500/20000 \times 1000 = 75$ промилле. Коэффициент суммарной плодовитости = коэффициент общей плодовитости $\times 35 / 1000 = 75 \times 35 / 1000 = 2,6$ Коэффициенты высокие, характерны для населения с преимущественно молодым составом;

3) Доля женщин фертильного возраста. Психология (религиозный фактор, традиции и др.). Здравоохранение (сохранение и восстановление репродуктивного здоровья). Экономический (минимальный прожиточный уровень, программы поддержки семьи).;

3. 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.;

1) Коэффициент смертности = число умерших за год $\times 1000$ / среднегодовая численность населения = $47351 \times 1000 / 2996923 = 15,8\%$;

2) Показатель естественного прироста = число родившихся-число умерших $\times 1000$ / среднегодовая численность населения = $33865 - 47351 \times 1000 / 2996923 = -4,5\%$;

3) В 2005 году показатели смертности и рождаемости в Красноярском крае составляли 15,7 и 10,5 на 1000 населения соответственно, а в 2015 году возрос до уровня 14,4 на 1000 населения, превысив показатель смертности который составил 12,7 на 1000 населения.;

4) 4. Заполненный шаблон.;

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.;

1) Показатель перинатальной смертности = число мертворожденных + число, умерших от 0 до 6 дней жизни $\times 1000$ / общее число родившихся живыми и мертвыми за год = $73 + 50 \times 1000 / 1735 + 73 = 68$ промилле.;

2) Показатель мертворождаемости = число родившихся мертвыми за год $\times 1000$ / общее число, родившимися живыми и мертвыми = $73 \times 1000 / 1735 + 73 = 40,3\%$; ▲ □;

3) Общее состояние здоровья населения (особенно здоровье матерей, поскольку причиной смерти плода нередко являются инфекционные заболевания, токсикозы беременности, заболевания сердца, лёгких, почек и других внутренних органов матери); наличие и качество системы медицинских консультаций; организация системы родовспоможения; употребление населением сильных наркотиков (с ними связан значительный риск мертворождения).;

5. Число вновь возникших онкологических заболеваний (ОЗ) в Регионе X 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.;

1) Общая заболеваемость населения изучается по данным всех первичных обращений за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения. Основным учетным документом в амбулаторно-поликлинических учреждениях является медицинская карта. Единицей наблюдения при изучении общей заболеваемости является первичное обращение больного в текущем календарном году по поводу данного заболевания. При изучении общей заболеваемости вычисляются общие и специальные показатели. Показатель общей заболеваемости определяется числом первичных обращений за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения в данном году на 1000 жителей. Общая заболеваемость ОЗ 26,7 на 1000 жителей.;

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

3) Заболеваемость ОЗ 16,8 на 1000 жителей. Первичная заболеваемость возросла на 10,3%.;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- **обязательная:**

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

- **электронные ресурсы:**

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 № 6. Заболеваемость населения.

2. 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.

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** способы получения актуальной, достоверной статистической информации, методику расчета показателей медицинской статистики, основы профилактической медицины, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения; методы санитарно-просветительской работы; оценить эффективность диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными. факторы риска при наиболее часто встречающихся эндокринологических заболеваниях, а также основы первичной и вторичной профилактики, **уметь** оценить показатели заболеваемости., давать оценку показателям заболеваемости (в т.ч. со стойкой и временной утратой трудоспособности)., **владеть** методикой расчета показатели общей, первичной заболеваемости, патологической пораженности заболеваемости, подлежащей специальному учету., методами профилактики заболеваемости., методиками расчета общей, первичной заболеваемости, патологической пораженности, а также показателей временной нетрудоспособности. использования международной классификации болезней (МКБ).

4. 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.

5. Вопросы по теме занятия

1. Перечислите основные виды учитываемой заболеваемости населения
2. Как регистрируются хронические заболевания
3. Как вычисляются показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности?
4. Как осуществляется учет и анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности? Значение для оценки

здоровья населения.

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

6. Как осуществляется учет и анализ госпитализированной заболеваемости

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. 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;

2. 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;

3. 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 %;

4. ПОКАЗАТЕЛИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТ::

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

5. 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;

6. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ:

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

7. ПОКАЗАТЕЛЬ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ:

- 1) (число госпитализированных больных x 1000) / число всех заболевших;
- 2) (абсолютн. число случ. госпитализации x 1000) / средняя численность населения;
- 3) (число всех заболевших x 1000) / число госпитализированных больных;
- 4) (средняя численность населения x 1000) / абсолютное число случаев госпитализации;

8. 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;

9. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВСЕГО НАСЕЛЕНИЯ ДАЕТ НАИБОЛЕЕ ПОЛНЫЕ СВЕДЕНИЯ::

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

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;

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

- 1) патологической пораженности;

- 2) госпитализированной;
 - 3) общей;
 - 4) неэпидемической;
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;
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;
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;
15. ЦЕЛИ ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ:.
- 1) характеристика резервов здоровья населения;
 - 2) планирование медицинской помощи;
 - 3) оценка уровня санитарной культуры населения;
 - 4) оценка состояния здоровья пациента;
16. МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ:
- 1) по причинам смерти;
 - 2) по переписи населения;
 - 3) по структуре вызовов скорой медицинской помощи;
 - 4) по антропометрическим измерениям;
17. ВИДЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ:
- 1) систематическая заболеваемость;
 - 2) не систематическая заболеваемость;
 - 3) периферическая заболеваемость;
 - 4) патологическая пораженность;
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;
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;
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;
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;
22. УЧЕТУ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОДЛЕЖАТ:.
- 1) осложнения;
 - 2) основные группы болезней;
 - 3) жалобы больного;

- 4) остаточные явления;
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;
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;
25. ЕДИНИЦЕЙ УЧЕТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВУТ ЯВЛЯЕТСЯ::
- 1) больной;
 - 2) листок нетрудоспособности;
 - 3) случай потери трудоспособности;
 - 4) коллектив работающих;
26. ПОКАЗАТЕЛЬ ЧАСТОТЫ СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ВУТ РАССЧИТЫВАЕТСЯ:
- 1) (среднее число работающих x 100) / число случаев временной нетрудоспособности;
 - 2) число случаев временной нетрудоспособности X среднее число работающих;
 - 3) (число случаев врем. нетрудоспособн. x 100) / среднее число работающих;
 - 4) (число случаев временной нетрудоспособности) / число дней временной нетрудоспособности;
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;
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;
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 заболев. 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;
30. КОЭФФИЦИЕНТ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭТО:
- 1) экстенсивный коэффициент;
 - 2) интенсивный коэффициент;
 - 3) показатель наглядности;
 - 4) показатель соотношения;
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;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Частота всех имеющихся заболеваний 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;

1) Общая заболеваемость = $3951300 * 1000 / 3000000 = 1317,1$ $1317,1 - 100\%$, $x - 15,4\%$, $x = 202,8$ $1317,1 - 202,8 = 1114,3$ Общая заболеваемость пять лет назад составляла 1114,3 на тысячу населения. Общая заболеваемость в прошлом году составила 1317,1на тысячу населения.;;

2) Да все случаи не хронических заболеваний учитываются как впервые выявленные.;

3) Да, но только впервые выявленные в данном году.;
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;

1) Число дней ВУТ на 100 работающих = Число дней ВУТ * 100 / средняя численность работающих = $32000 / 3800 * 100 = 842,1$;

2) Число случаев ВУТ на 100 работающих = Число случаев ВУТ * 100 / средняя численность работающих = $1700 / 3800 * 100 = 44,7$;

3) Средняя продолжительность одного случая нетрудоспособности = Число дней ВУТ / Число случаев ВУТ = $32000 / 1700 = 18,8$;

4) СОГЛАСНО ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 025-12/У-10-СПБ "ТАЛОН АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА". См. Шаблон;

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;

1) Общая заболеваемость населения изучается по данным всех первичных обращений за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения. Основным учетным документом в амбулаторно-поликлинических учреждениях является медицинская карта. Единицей наблюдения при изучении общей заболеваемости является первичное обращение больного в текущем календарном году по поводу данного заболевания. При изучении общей заболеваемости вычисляются общие и специальные показатели. Показатель общей заболеваемости определяется числом первичных обращений за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения в данном году на 1000 жителей.;

2) Общая заболеваемость вирусным гепатитом 2,8 на 1000 жителей;

3) Заболеваемость (первичная) — это совокупность вновь возникших заболеваний за календарный год; рассчитывается как отношение числа вновь возникших заболеваний к средней численности населения, умноженное на 1000. Заболеваемость вирусным гепатитом 1,7 на 1000 жителей.;

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.;

1) Общая заболеваемость населения изучается по данным всех первичных обращений за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения. Основным учетным документом в амбулаторно-поликлинических учреждениях является медицинская карта. Единицей наблюдения при изучении общей заболеваемости является первичное обращение больного в текущем календарном году по поводу данного заболевания. При изучении общей заболеваемости вычисляются общие и специальные показатели. Показатель общей заболеваемости определяется числом первичных обращений за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения в данном году на 1000 жителей.;

2) Общая заболеваемость БОД 83,4 на 1000 жителей;

3) Заболеваемость (первичная) — это совокупность вновь возникших заболеваний за календарный год; рассчитывается как отношение числа вновь возникших заболеваний к средней численности населения, умноженное на 1000. Заболеваемость БОД 36,2 на 1000 жителей.;

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.;

1) Общая заболеваемость населения изучается по данным всех первичных обращений за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения. Основным учетным документом в амбулаторно-поликлинических учреждениях является медицинская карта. Единицей наблюдения при изучении общей заболеваемости является первичное обращение больного в текущем календарном году по поводу данного заболевания. При изучении общей заболеваемости вычисляются общие и специальные показатели. Показатель общей заболеваемости определяется числом первичных обращений за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения в данном году на 1000 жителей.;

2) Общая заболеваемость БСК 233,3 на 1000 жителей.;

3) Важнейшие неэпидемические заболевания. Заболеваемость БСК 88,3 на 1000 жителей.;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

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

- 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 № 7. Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению.

2. 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.

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** основы профилактической медицины, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения; методы санитарно-просветительской работы; оценить эффективность диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными. факторы риска при наиболее часто встречающихся эндокринологических заболеваниях, а также основы первичной и вторичной профилактики., основы законодательства российской федерации по охране здоровья населения, основные нормативно-правовые документы в области здравоохранения., **уметь** оценить основные показатели работы лечебно-профилактических учреждений., **владеть** методикой расчета основных показатели работы лечебно-профилактических учреждений.

4. 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 контингента 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 преимущества 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 × 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 × 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	$\frac{\text{Число врачебных посещений на дому}}{\text{Число врачебных посещений в поликлинике и на дому}} \times 100$
Показатели нагрузки врача амбулаторно-поликлинического учреждения	
Плановая функция врачебной должности (рассчитывается для отдельных специальностей)	Нормативная нагрузка на один день работы × 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 выбывшего 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», «Выписка из карт стационарного пациента», «Книге назначений на госпитализацию».
----	--------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 вольется 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" освоют не менее чем 500 участников проекта, на начало следующего года их число достигнет 1 тыс., а в декабре комплекс предложенных разработок освоют 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.

Развитие первичной медико-санитарной помощи

ПРОЕКТ "БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА"

Создание поликлиник-образцов в 3 регионах России

(Ярославской, Калининградской областях и городе Севастополь)

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> 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>

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».

5. Вопросы по теме занятия

1. В чем заключается сущность "Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь".
2. Расскажите цели и задачи стационара дневного пребывания
3. Объясните цели и задачи применения стационар замещающих технологий.
4. Какие виды стационар замещающих технологий вам известны.
5. Расскажите цели и задачи стационара на дому
6. Расскажите цели и задачи применения телемедицинских технологий.
7. Опишите регламент телемедицинских консультаций в Красноярском крае

6. 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;
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;
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;
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;
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;
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;
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;
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;
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;
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;

7. 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;

- 1) Дневной стационар;
- 2) Снижение расходов на гостиничные услуги. Работа в несколько смен.;
- 3) Пациенты основной отрезок времени дня могут находиться дома в привычной и комфортной для них обстановке. При отсутствии противопоказаний могут осуществлять трудовую деятельность.;

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.;

- 1) Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ и Положением 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;
- 2) На должность заведующего дневным стационаром назначаются специалисты, соответствующие квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения;
- 3) 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.;

4) 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.;

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.;

1) 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. 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. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 16 октября 2017 года ПУБЛИЧНАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ ЦЕЛЕЙ И ЗАДАЧ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА 2017 ГОД.;

2) - 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.;

3) - 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;

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.;

1) К третьему уровню, оказания высокоспециализированной помощи.;

2) 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 клинико-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.);

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.;

1) Да. Так как в районную поликлинику имеют право обращаются сельские жители по направлениям медицинских учреждений сельских врачебных участков для получения специализированной медицинской помощи, функционального обследования, консультаций у врачей-специалистов.;

2) На второй этап высококвалифицированной помощи в межрайонный центр.;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- **обязательная:**

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

- **электронные ресурсы:**

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

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

1. Тема № 8. Организация стационарной помощи населению.

2. 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.

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** основы профилактической медицины, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения; методы санитарно-просветительской работы; оценить эффективность диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными. факторы риска при наиболее часто встречающихся эндокринологических заболеваниях, а также основы первичной и вторичной профилактики., методику расчета показателей медицинской статистики, **уметь** оценить основные показатели работы лечебно-профилактических учреждений., **владеть** методикой расчета основных показатели работы лечебно-профилактических учреждений.

4. 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 санитарнопросветительную работу с больными;

- несет ответственность за правильное хранение, учет и выдачу ядовитых и сильнодействующих лекарств в отделении и др.

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

Врачу-ординатору

отделения помогают палатные (постовые) медицинские сестры, которые непосредственно подчиняются старшей медицинской сестре отделения.

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

В работе стационара выделяют две системы организации ухода за больными: двухступенную и трехступенную. При двухступенной системе непосредственный уход за больными осуществляют врачи и медицинские сестры, а младший медицинский персонал лишь помогает в создании надлежащего санитарногигиенического

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 лечебноохранительный 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 санаторнокурортные 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.

5. Вопросы по теме занятия

1. Приведите классификацию больничных учреждений в РФ.
2. Перечислите основные задачи стационара.
3. Какова структура стационара?
4. Перечислите пути поступления больных в стационар.
5. Работа приемного отделения больницы.
6. Охарактеризуйте организационные механизмы управления деятельностью больницы.
7. Какие показатели характеризуют качество и доступность стационарной помощи.

6. 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/;

2. ПО ПРОФИЛЮ РАЗЛИЧАЮТ СТАЦИОНАРЫ:

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

3. ВРАЧ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА ЗАПОЛНЯЕТ ФОРМУ:

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

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;

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;

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;

7. СТАЦИОНАР - ЭТО.:

- 1) медицинское учреждение для оказания мед. помощи проходящим 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;

8. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ СТАЦИОНАРА ЯВЛЯЕТСЯ.:

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

9. ОСНОВНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРА ЯВЛЯЮТСЯ.:

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

10. К ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРА ОТНОСЯТСЯ.:

- 1) летальность в первые сутки;
 - 2) заболеваемость населения;
 - 3) патологическая пораженность;
 - 4) частота внутрибольничных инфекций;
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;
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;
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;
14. К ЧИСЛУ ОСНОВНЫХ СТРУКТУРНЫХ ЕДИНИЦ СТАЦИОНАРА ОТНОСЯТСЯ::
- 1) реабилитационное отделение;
 - 2) отделение мед. статистики;
 - 3) поликлиника;
 - 4) опер. блок;
15. НА БОЛЬНОГО, НАХОДЯЩЕГОСЯ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ЗАВОДИТСЯ ?:
- 1) амбулаторная карта;
 - 2) журнал посещений;
 - 3) история болезни;
 - 4) стат. талон;
16. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ СТАЦИОНАРА ЯВЛЯЮТСЯ::
- 1) стол справок;
 - 2) регистратура;
 - 3) отделение профилактики;
 - 4) вспомогательное диагностическое подразделение;
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;
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;
19. КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ОЦЕНИВАЕТ КАЧЕСТВО И ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ?:
- 1) укомплектованность врачами;
 - 2) уровень госпитализации населения;
 - 3) общебольничная летальность;
 - 4) оборот койки;
20. МОЩНОСТЬ СТАЦИОНАРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:
- 1) числом структурных подразделений;
 - 2) числом больничных коек;
 - 3) числом врачей;
 - 4) наличием высококвалифицированной помощи;
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 патолоанатомических диагнозов;
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 x 10000)/ общее количество больных;
 - 3) (общее количество коек на конец года x 10000)/ численность населения;
 - 4) (общее количество коек на конец года x 10000)/ общее количество использованных больных;
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;
24. ФАКТОРЫ НЕПОСРЕДСТВЕННО ВЛИЯЮЩИЕ НА ПОТРЕБНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:
- 1) медико-демографические;
 - 2) политические;
 - 3) уровень финансирования здравоохранения;
 - 4) принципы финансирования здравоохранения;
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;
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;

7. 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. Кочный фонд всех медицинских учреждений района составляет - 1100 коек. Одним из медицинских учреждений, обслуживающих район является ЦРБ, рассчитанных на 470 коек.

Отделение	Койки	<u>Пользов-х б-х</u>	Умерло/в первые сутки	<u>К-Д</u>
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);

1) Обеспеченность района стационарной помощью (койками) = $78,6$ на 10 тыс. Укомплектованность врачами = $428/728 \cdot 100\% = 58,8\%$ Укомплектованность средних медработников - обеспечить средних мед. работников $1400/1730 \cdot 100 = 80,92\%$. $1730/140000 \cdot 10000 = 123,5$ Показатели работы ЦРБ. Структура госпитализаций по нозологии Терапевтическое отделение - 29,7% Хирургическое отделение - 32,1% Инфекционное отделение - 18,79% Детское отделение - 7,46 % Удельный вес умерших в 1-е сутки = $2/16 \cdot 100 = 12,5\%$ Среднегодовая занятость койки: Терапевт./отд 300 Хирургич./отд 252 Инфекционное./отд 314 Родильное ./отд 263 Детское./отд 330 Всего 285;

2) Терапевт./отд 16,6 Хирургич./отд 18 Инфекционное./отд 14 Родильное ./отд 26 Детское./отд 15,7 Всего 17,8;

3) Терапевт./отд 18 Хирургич./отд 14 Инфекционное./отд 22 Родильное ./отд 10 Детское./отд 21 Всего 15,9;

4) Терапевт./отд 0,08 Хирургич./отд 0,15-0,07 Инфекционное./отд - Родильное ./отд - Детское./отд - Всего 0,07-0,023;

5) Выполнение плана койко-дней = $133800/138000 \cdot 100 = 97\%$;

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.;

1) Обеспеченность койками = $150/150\ 000 \cdot 10000 = 10$ коек на 10000 населения.;

2) Задачи больничных учреждений — оказание медпомощи в тех случаях, когда проведение лечения или сложных диагностических исследований невозможно в амбулаторно-поликлинических условиях; если выздоровление или улучшение состояния больного может быть быстрее достигнуто в стационаре, чем при амбулаторном лечении; если пребывание больного дома представляет угрозу для окружающих (при ряде инфекционных и венерических заболеваний, некоторых видах психических расстройств и др.);

3) Наиболее приемлемым способом повышения работы койки можно обеспечить путем сокращения или реорганизации коечного фонда. Возможной причиной низкой функции могло являться проведение ремонта.;

3. В городской больнице №3 за месяц умерло 3 человека, выбыло 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;

1) $3/(280+3) \cdot 100 = 1,1\%$;

2) Приём больных, постановка диагноза и решение вопроса о необходимости госпитализации. Регистрация больных и учёт их движения в стационаре. Медицинская сортировка больных. Оказание при необходимости неотложной медицинской помощи. Санитарная обработка больных (в ряде случаев). Выполнение функций справочного центра о состоянии больных.;

3) $20300/70 = 290$ дней. Невыполнение плана составит $320-290 = 30$ дней на 1 койку.;

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;

1) Нет. Лечащий врач должен назначить повторный анализ крови при выписке.;

2) Если в анализе будут выявленные изменения которые будут указывать, что ребенок болен, лечение следует продолжать в амбулаторных условиях.;

3) При выписке лечащий врач обязан предупредить о последствиях и осложнениях, которые могут наступить у ребенка.;

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;

1) Лечащий врач должен назначить повторный анализ крови и рентгенографию грудной клетки, провести дифференциальный диагноз с туберкулезом легких.;

2) Действия врача были неправомерны.;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- **обязательная:**

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

- **электронные ресурсы:**

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

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

1. Тема № 9. Профилактика, реабилитация. (в интерактивной форме)

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Перед здравоохранением стоит первостепенная задача – сохранить и укрепить здоровье нации. Для этого необходимо знание современных подходов к профилактике.

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** основы профилактической медицины, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения; методы санитарно-просветительской работы; оценить эффективность диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными. факторы риска при наиболее часто встречающихся эндокринологических заболеваниях, а также основы первичной и вторичной профилактики., основы теории установки, закономерности формирования установки на здоровый образ жизни, подходы и методы проведения общественных и персональных информационно-просветительских мероприятий направленных на повышение санитарно-гигиенической грамотности населения., **уметь** оценить основные показатели работы лечебно-профилактических учреждений., давать оценку показателям заболеваемости (в т.ч. со стойкой и временной утратой трудоспособности)., **владеть** технологией анализа качества жизни и человеческого капитала здоровья человека., методикой разработки мероприятий по управлению факторами влияющими на общественное здоровье.

4. Аннотация (краткое содержание темы)

Раздел ПРОФИЛАКТИКА

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 зоровья" 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 сосредоточивают 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, кроветворной 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, противозидемической 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 раздельно 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 Оте-

чественной 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, %

Раздел РЕАБИЛИТАЦИЯ

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 сурдологической 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 .

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 :

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 , 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).

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 , выданная медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

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 ;

Учетная форма 072/у "Санаторно-курортная карта", утвержденная Приказом N 834н.

- в) санаторно-курортная карта для детей ;

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 ;

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 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.

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 .

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 .

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 .

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 июня 2011 г. N 624н "Об утверждении Порядка выдачи листков 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 .

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.

5. Вопросы по теме занятия

1. Дать определения понятию "профилактика"
2. Группы диспансерного наблюдения. Их динамическое наблюдение
3. Что такое диспансеризация? Цели и задачи диспансеризации. Роль отделения профилактики в ее осуществлении
4. Дать характеристику отделению профилактики, его структуре
5. Определить роль первичной профилактики в формировании здорового образа жизни
6. Назвать основные виды профилактики по отношению к населению
7. Охарактеризуйте показатели здоровья населения которые характеризуют эффективность профилактической работы.

6. 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;

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;

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;

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;

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 индивиди;
 - 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;
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;
7. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВСЕГО НАСЕЛЕНИЯ ДАЕТ НАИБОЛЕЕ ПОЛНЫЕ СВЕДЕНИЯ::
- 1) о больничной летальности;
 - 2) о заболеваемости с ВУТ;
 - 3) об общей заболеваемости;
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;
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;
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;
- 7. 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;
- 1) Приказ Минздрава России от 03.02.2015 N 36ан Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения;
 - 2) I, II, IIIа, IIIб;
 - 3) Нет;
 - 4) 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);
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;
- 1) Приказ Минздрава России от 03.02.2015 N 36ан Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения;
 - 2) I, II, IIIа, IIIб.;
 - 3) Нет;
 - 4) 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;

3. При проведении диспансеризации пациент с ИБС в начальной стадии развития заболевания, был отнесен во вторую группу 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;

1) Приказ Минздрава России от 03.02.2015 N 36н Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения;

2) I, II, IIIa, IIIб;

3) Нет;

4) IIIa 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;

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;

1) 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.;

2) Вторичная профилактика - это 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.;

3) $(2800+120)/104878*100= 2,78 \%$;

4) $3250/104878*100=3,09 \%$;

5) $120/104878/*100= 0,11 \%$;

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;

1) 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.;

2) Диспансеризация - это 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.;

3) $15300/283455*100=5,3\%$;

4) $10200/283455*100=3,5\%$;

5) $5800/283455*100=2,04\%$;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

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

- электронные ресурсы:

Социальная реабилитация инвалидов, видео (<http://www.fassen.net/show>)

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

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

Пенсионный фонд РФ (<http://www.pfrf.ru/>)

Фонд социального страхования Красноярского края (http://fss.ru/ru/regional_office/in_territory/6459.shtml)

1. Тема № 10. Организация медицинского страхования в РФ.

2. 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.

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** подходы к оценке качества медицинской помощи, основы законодательства российской федерации по охране здоровья населения, основные нормативно-правовые документы в области здравоохранения., **уметь** оценить показатели заболеваемости., оценить основные показатели работы лечебно-профилактических учреждений., **владеть** методикой расчета основных показатели работы лечебно-профилактических учреждений.

4. Аннотация (краткое содержание темы)

Согласно Федеральным 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;

б) 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 конституционный закон 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

4. Страховые медицинские организации ведут отдельный 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 отдельный 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", опубликовывают 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 опубликовываться 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 аборты;

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 на колясках. 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.

5. Вопросы по теме занятия

1. Какие основные нормативно правовые акты регламентируют деятельность системы ОМС и ДМС в РФ.

2. Дайте определение понятию "обязательное медицинское страхование"

3. Что является объектом ОМС

4. Охарактеризуйте понятия "страховой риск", "страховой случай", "страховое обеспечение".

5. Перечислите основные принципы ОМС

6. Кто является субъектами и участниками в системе ОМС?

7. Перечислите права и обязанности застрахованных по ОМС лиц.

8. Перечислите права и обязанности медицинских организаций в системе ОМС

9. Что является дефектом оказания медицинской помощи в системе ОМС

6. 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;

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;

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;

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;

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;

6. ОБЪЕКТ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЭТО:

- 1) страховая медицинская организация;
- 2) страховой риск;
- 3) медицинская услуга;
- 4) медицинская экспертиза;

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;

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;

9. СТРАХОВАТЕЛЕМ ДЛЯ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) государство;
- 2) организация-работодатель;
- 3) местная администрация;
- 4) сам гражданин;

10. СУБЪЕКТАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ::

- 1) отдел социального страхования;
- 2) застрахованные лица;
- 3) частные страховые фирмы;
- 4) спонсоры;

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;
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;
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;
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;
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;
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;
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;
18. МЕДИКО ЭКОНОМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ЭТО:
- 1) тщательное ведение финансовой документации ОМС;
 - 2) установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи предоставленных 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;
19. МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРОВОДИТЬСЯ 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;

7. 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.;

1) Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 03.07.2016) Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации, Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н (ред. от 28.06.2016) Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования, Базовая и Территориальные программы оказания бесплатной медицинской помощи жителям РФ.;

2) Данный отказ не правомочен.;

3) 1. Выраженная тяжесть состояния пациента, отказ в данном случае, создает высокие риски возникновения осложнения и угрозу жизни пациента. 2. Наличие или отсутствие полиса ОМС у пациента можно проверить через базу застрахованных лиц ТФОМС.;

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".;

1) Да;

2) Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 03.07.2016) Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации;

3) Согласно Федеральным законам от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 03.07.2016) Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации 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.;

4) Для контроля исполнения "Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" форма N 62 "Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи" составляется учреждениями здравоохранения по итогам отчетного года, независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности, функционирующими на территории субъекта Российской Федерации, участвующими в реализации территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.;

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. Красноярска 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.;

1) Нет. Поскольку для оказания экстренной медицинской помощи не играет значения наличие или отсутствие страхового полиса ОМС.;

2) Нет. Поскольку для оказания экстренной медицинской помощи не играет значения наличие или отсутствие гражданства РФ.;

3) Да. Поскольку сначала был предложен вариант бесплатной медицинской услуги, а эндоскопическая операция не входит в ПГГ РФ.;

4) В случае если бы данная услуга входила в базовый вариант ПГГ РФ.;

4. Пенсионер, временно проживающий по улице Батурина г. Красноярска, 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;

- 1) Нет. Поскольку данные действия могут повлечь серьезные негативные последствия для здоровья пациента;
 - 2) В СМО телефон указан в полисе или в ТФОМС;
 - 3) Закон «Об обязательном медицинском страховании», ПГГ РФ и Красноярского края, а также Генеральное тарифное соглашение (ГТС) в системе ОМС Красноярского края;
 - 4) Да. При обращении в страховую компанию при наличии чека денежные средства будут возмещены, а за тем взысканы с поликлиники;
 - 5) В случае если данный случай не является экстренным или неотложным и отсрочка в оказании помощи не повлечет значительного прогрессирования болезни;
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;

1) Врачом поликлиники по месту жительства;

2) Как вызов по поводу неотложного состояния;

3) Нет. Она входит в базовую ПГГ РФ;

4) В СМО телефон указан в полисе или в ТФОМС;

5) Да. Такое право закреплено Законом «Об Обязательном медицинском страховании»;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

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

- 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 № 11. Контроль качества медицинской помощи в условиях бюджетно-страховой медицины.

2. 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.

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** подходы к оценке качества медицинской помощи, основы законодательства российской федерации по охране здоровья населения, основные нормативно-правовые документы в области здравоохранения., **уметь** оценить основные показатели работы лечебно-профилактических учреждений., **владеть** методикой расчета основных показатели работы лечебно-профилактических учреждений.

4. 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 персонализированный 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 организации 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 тромболитический 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).

5. 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"
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"
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"
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"
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"
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"
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"
8. Охарактеризуйте порядок проведения контроля, объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС согласно приказу ФФОМС №230 от 01.12.2015 г.
9. Какие главные принципы и критерии качества медицинской помощи представлены в приказе МЗ РФ №520н от 15.07.2016 г.

6. 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;
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;
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;
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;
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;
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;
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;
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;

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 персонализированный учет при осуществлении медицинской деятельности;
- 4) увеличения числа внеплановых проверок медицинских организаций;

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;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. В страховую компанию "X" 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;

- 1) Да;
- 2) Медико-экономическую экспертизу;
- 3) Врач соответствующего профиля, со стажем работы 5 и более лет, имеющего обучение по разделу "Экспертиза качества";
- 4) Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом, являющимся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.;

2. При проверке экспертом страховой компании "X", в качестве претензии к качеству оказания медицинской услуги в медицинской организации "Y", 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;

- 1) Да;
- 2) 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;
- 3) Приказ Минздрава России от 15.07.2016 N 520н Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи;

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;

- 1) Нет. Если репозиция перелома с применением металлических пластин не входит в перечень ПГГ и ГТС, пациенту сначала должны быть предложены бесплатные варианты лечения;
- 2) В СМО телефон указан в полисе или в ТФОМС;
- 3) Закон «Об обязательном медицинском страховании», ПГГ РФ и Красноярского края, а также Генеральное тарифное соглашение в системе ОМС Красноярского края;
- 4) Да. При обращении в страховую компанию при наличии чека денежные средства будут возмещены, а за тем взысканы с поликлиники;
- 5) В случае если данный вариант лечения не входит в ПГГ и ГТС;

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;

1) Да. Если на территории г. Норильска действуют ее филиалы;

2) Осуществить выбор СМО;

3) Да. Данное право закреплено в Законе «Об обязательном медицинском страховании»;

4) Да. До 1. Ноября ежегодно;

5) 30 дней с момента смены жительства;

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;

1) $0.5+0.71+0.68=1.89/3=0.63$;

2) Возможна дальнейшая работа врача, но при условии профессиональной переподготовки в текущем году;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

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

- электронные ресурсы:

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

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

1. Тема № 12. Организация экспертизы временной нетрудоспособности. Организация медико-социальной экспертизы.

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): освоение необходимых теоретических знаний по вопросам медицинской экспертизы, приобретение необходимых навыков и умений при организации и проведении экспертизы нетрудоспособности.

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** основы профилактической медицины, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения; методы санитарно-просветительской работы; оценить эффективность диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными. факторы риска при наиболее часто встречающихся эндокринологических заболеваниях, а также основы первичной и вторичной профилактики., основы законодательства российской федерации по охране здоровья населения, основные нормативно-правовые документы в области здравоохранения., **уметь** использовать основные критерии оценки здоровья населения., давать оценку показателям заболеваемости (в т.ч. со стойкой и временной утратой трудоспособности)., **владеть** методами профилактики заболеваемости., методиками расчета общей, первичной заболеваемости, патологической пораженности, а также показателей временной нетрудоспособности. использования международной классификации болезней (мкб).

4. 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 одновременно 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)	$\frac{\text{Число случаев нетрудоспособности}}{\text{Среднее число работающих}} \times 100$
2	Число дней нетрудоспособности (на 100 работающих)	$\frac{\text{Число дней нетрудоспособности}}{\text{Среднее число работающих}} \times 100$
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, подробности 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, подробности 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 (dezориентация) 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 трудоспособном возрасте $\times 10000$ 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 трудоспособном возрасте $\times 100000$ Численность населения в трудоспособном возрасте
3	Доля, впервые признанных инвалидами по возрастным группам (в %)	Число лиц, впервые признанных инвалидами данной возрастной группы $\times 100$ Впервые признано инвалидами всего
4	Доля, впервые признанных инвалидами по группам инвалидности (в %)	Число лиц, впервые признанных инвалидами данной группы $\times 100$ Впервые признано инвалидами всего
5	Коэффициент стабильности групп инвалидности (%)	Число инвалидов, у которых при переосвидетельствовании группа инвалидности не изменилась $\times 100$ 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 $\times 100$ Сумма переосвидетельствованных инвалидов I и II группы
7	Коэффициент полной реабилитации инвалидов (%)	Число инвалидов, признанных при переосвидетельствовании трудоспособными $\times 100$ 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 $\times 100$ 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 признанных инвалидами $\times 10000$ Численность детского населения (0-17 лет)
10	Признано инвалидами детей (на 10 тыс. детского населения)	Число детей (0-17 лет), признанных инвалидами $\times 10000$ Численность детского населения (0-17 лет)
11	Доля детей-инвалидов в данной возрастной группе (в %)	Число детей инвалидов в данной возрастной группе $\times 100$ Всего инвалидов детей
12	Доля детей-инвалидов от данной причины (в %)	Число детей инвалидов от данной причины $\times 100$ 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

5. Вопросы по теме занятия

1. Что является основными задачами врачебно-трудовой экспертизы?
2. Дайте определение экспертизе временной нетрудоспособности и назовите уровни ее проведения.
3. Назовите звенья управления экспертизой временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях?
4. Каковы функции лечащего врача при экспертизе временной нетрудоспособности?
5. Кто имеет и не имеет право на выдачу документов, удостоверяющих нетрудо-способность?
6. Каков порядок оформления документов, удостоверяющих временную нетру-доспособность?
7. 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?
8. Каков порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу?

6. 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;
 - 5) приобретение медицинского оборудования;
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;
 - 5) бланк учета нетрудоспособности;
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;
 - 5) за хроническими больными в период обострения заболевания;
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;
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;
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;
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;
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;
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;
10. ПЕРВЫМ УРОВНЕМ ЭКСПЕРТИЗЫ ВН ЯВЛЯЕТСЯ::
 - 1) заведующий отделением;
 - 2) лечащий врач;
 - 3) ВК ЛПУ;
 - 4) главный специалист по экспертизе ВН;
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;
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.;
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;
14. ТРЕТЬИМ УРОВНЕМ ЭКСПЕРТИЗЫ ВН ЯВЛЯЕТСЯ::
 - 1) органы управления здравоохранения территории, входящей в субъект Федерации;
 - 2) лечащий врач;
 - 3) зав. отделением;
 - 4) ВК ЛПУ;
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;
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;
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;
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;
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;
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;
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;
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;
23. К ВИДАМ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОТНОСЯТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:
- 1) заболевание;
 - 2) карантин;
 - 3) протезирование;
 - 4) инвалидность;
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;
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;
26. СУММАРНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДОРОВОДОГО И ПОСЛЕРОДОВОГО ОТПУСКОВ::
- 1) 120 календарных дней;
 - 2) 156 календарных дней;
 - 3) 140 календарных дней;
 - 4) 70 календарных дней;
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.;
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;
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;
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;
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;
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»;
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;
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;
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;
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;
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;
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;
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;
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;
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;
42. КОРЕШКИ ИСПОЛЬЗОВАННЫХ БЛАНКОВ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ХРАНЯТСЯ В ТЕЧЕНИЕ:
- 1) 1 год;
 - 2) 2 года;
 - 3) 3 года;
 - 4) 5 лет;
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;
44. В ГРАФЕ «РЕЖИМ» ПРИ ВЫДАЧЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В СВЯЗИ С КАРАНТИНОМ УКАЗЫВАЕТСЯ:
- 1) санаторный;
 - 2) стационарный;
 - 3) амбулаторный;
 - 4) постельный;
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;
46. ОДНА ИЗ ФУНКЦИЙ СПРАВКИ УЧАЩЕГОСЯ (ФОРМА №095У)::
- 1) юридическая;
 - 2) финансовая;
 - 3) экономическая;
 - 4) социальная;
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;
48. ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО ХАРАКТЕРУ МОЖНО РАЗДЕЛИТЬ НА.:
- 1) полную и частичную;
 - 2) медицинскую и социальную;
 - 3) временную и стойкую;
 - 4) первичную и вторичную;
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;
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 к труду;

51. ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ДО 12 МЕСЯЦЕВ ВОЗМОЖНО ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ:

- 1) онкологические заболевания;
- 2) туберкулез;
- 3) инфаркт миокарда;
- 4) язвенная болезнь желудка;

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) доплатной листок нетрудоспособности;

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;

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;

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;

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;

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;

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;

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;

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;

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;
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 КЭЖ;
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;
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;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. 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;

1) Вариационный ряд V (число дней нетрудоспособ.) - 5 6 7 8 9 10 P (кол-во больных) - 5 5 5 2 3 5 $p=N=25$ $V \times P$ - 25 30 35 16 27 50 =183;

2) Методика вычисления средней арифметической (взвешенной): $M=V'P/n = 183/25= 7,3$ дн.;

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;

1) Число дней ВУТ на 100 работающих = Число дней ВУТ * 100 / средняя численность работающих = 32000 / 3800 * 100 = 842,1;

2) Число случаев ВУТ на 100 работающих = Число случаев ВУТ * 100 / средняя численность работающих = 1700 / 3800 * 100 = 44,7;

3) Средняя продолжительность одного случая нетрудоспособности = Число дней ВУТ / Число случаев ВУТ = 32000 / 1700 = 18,8;

4) СОГЛАСНО ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 025-12/У-10-СПБ "ТАЛОН АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА". См. Шаблон;

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?;

1) При наличии свидетельства об окончании курса повышения квалификации по экспертизе временной нетрудоспособности (ЭВН) и лицензии на проведение ЭВН.;

2) Лечащий врач, в т. ч. частнопрактикующий, одновременно единолично выдает листок нетрудоспособности на срок до 10 дней. Если возникает необходимость продлить листок нетрудоспособности свыше 10 дней, врач направляет пациента на ВК. В данном случае частнопрактикующий врач через 10 дней должен направить пациента на ВК в стоматологическую поликлинику по месту жительства (в соответствии с программой ОМС).;

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;

1) Установление инвалидности осуществляется учреждениями медико-социальной экспертизы в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» (далее – Порядок). В соответствии с разделом III Порядка, гражданин направляется на медико-социальную экспертизу медицинской организацией, после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями. При этом в направлении на медико-социальную экспертизу указываются данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведенных реабилитационных мероприятий. Медицинские организации несут ответственность за достоверность и полноту сведений, указанных в направлении на медико-социальную экспертизу, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Медико-социальная экспертиза проводится специалистами бюро МСЭ по месту жительства по заявлению гражданина, которое подается в бюро в письменной форме с приложением направления на медико-социальную экспертизу, выданного организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, по форме N 088/у-06, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 января 2007 г. N 77, медицинских документов, подтверждающих нарушение здоровья. Оценка выраженности расстройства функций организма и степени ограничения категорий жизнедеятельности производится специалистами бюро медико-социальной экспертизы на основании данных личного осмотра и данных о состоянии здоровья гражданина, указанных в направлении на медико-социальную экспертизу, и других медицинских документах. Медико-социальная экспертиза осуществляется с использованием классификаций и критериев, разрабатываемых и утверждаемых в порядке, определяемом уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти. В настоящее время действуют Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, утвержденные Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17.12.2015 г. № 1024-н. По результатам медико-социальной экспертизы выносятся решение о группе инвалидности, а также о сроке, на который она установлена (инвалидность 1 группы устанавливается на 2 года, 2 и 3 групп – на 1 год; при наличии определенных показаний инвалидность может быть установлена бессрочно);

2) В соответствии с п. 41 Порядка, переосвидетельствование инвалида ранее установленного срока проводится по его личному заявлению (заявлению его законного или уполномоченного представителя), по направлению медицинской организации в связи с изменением состояния здоровья, либо при осуществлении главным бюро контроля за решением, принятым бюро. Таким образом, в случае, если после проведения освидетельствования состояние здоровья гражданки С. изменилось, она имеет право обратиться в медицинскую организацию для проведения лечебно-диагностических мероприятий и, в случае выявления соответствующих показаний, для оформления направления на медико-социальную экспертизу ранее установленного срока – в соответствии с указанным выше п. 41 Порядка. Также необходимо обратить внимание, что инвалиды 2 группы могут осуществлять трудовую деятельность в специально созданных условиях с учетом показаний и противопоказаний, которые указываются в индивидуальной программе реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА) по результатам освидетельствования в бюро медико-социальной экспертизы;

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;

1) По результатам освидетельствования гражданина в учреждении медико-социальной экспертизы оформляется справка, подтверждающая факт установления инвалидности, которая является документом строгой отчетности, выписывается в одном экземпляре и выдается гражданину на руки при объявлении экспертного решения. Также оформляется выписка из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, и направляется соответствующим бюро медико-социальной экспертизы в орган, осуществляющий пенсионное обеспечение гражданина, в 3-дневный срок со дня принятия решения о признании гражданина инвалидом, и подлежит там хранению в пенсионном деле гражданина. Хранению в учреждении медико-социальной экспертизы справка, подтверждающая факт установления инвалидности, и выписка из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, не подлежат. Нормативно-правовыми документами по медико-социальной экспертизе выдача гражданину более одного экземпляра справки (копии) не предусмотрена. В случае утраты справки об инвалидности федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы по месту жительства инвалида выдают дубликат справки по заявлению инвалида. В случае отсутствия акта освидетельствования, в соответствии с которым была выдана утраченная справка, ее дубликат выдается на основании копии выписки, подлинник которой хранится в органе, осуществляющем пенсионное обеспечение. При этом оформляется новый акт освидетельствования в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы без дополнительного освидетельствования инвалида, в котором делается запись о выдаче новой справки взамен выданной ранее справки и оформляется протокол;

2) Выдача копии справки об установлении инвалидности действующим законодательством не предусмотрена;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

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

- электронные ресурсы:

Социальная реабилитация инвалидов, видео (<http://www.fassen.net/show>)

Пенсионный фонд РФ (<http://www.pfrf.ru/>)

Фонд социального страхования Красноярского края (http://fss.ru/ru/regional_office/in_territory/6459.shtml)