

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 практическим занятиям по специальности
31.05.03 Стоматология (очная форма обучения)**

Красноярск

2018

Общественное здоровье и здравоохранение : сборник методических указаний для обучающихся к практическим занятиям по специальности 31.05.03 Стоматология (очная форма обучения) / сост. Н.В. Тихонова, М.В. Шубкин. - Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018.

Составители:

к.м.н., доцент Н.В. Тихонова
к.м.н. М.В. Шубкин

Сборник методических указаний к практическим занятиям предназначен для аудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС ВО 2016 по специальности 31.05.03 Стоматология (очная форма обучения), рабочей программой дисциплины (2016 г.) и СТО СМК 7.5.03.17. Выпуск 4.

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

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

1. Тема № 1. Организация охраны здоровья населения (Компетенции: ПК-1)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Здоровье населения Российской Федерации является стратегическим ресурсом. Снижение средней продолжительности жизни, высокий уровень заболеваемости определяют приоритетность направления сохранения и укрепления здоровья населения. определения понятий индивидуальное здоровье, общественное здоровье

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения, **уметь** использовать основные критерии оценки здоровья населения, **владеть** методами профилактики стоматологической заболеваемости

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Аннотация (краткое содержание темы)

1. I. Здоровье как объект службы здравоохранения.

Перечислите уровни анализа состояния здоровья.

Уровни здоровья:

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

Обоснуйте, какое из известных вам определений индивидуального здоровья наиболее полно характеризует его?

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.^[1] Данную концепцию мы можем рассматривать как устремленную в будущее, то к чему должно стремиться государство и его жители, поскольку в настоящем трудно найти человека, отвечающего перечисленным требованиям.

Обоснуйте, какое из известных вам определений индивидуального здоровья наиболее приемлемо в практической деятельности врача?

Ниже представлены наиболее распространенные определения здоровья сделанные общепризнанными авторитетами в области организации здравоохранения.

Здоровье человека - это динамическое равновесие организма с окружающей природной и социальной средой, при котором все заложенные в биологической и социальной сущности человека способности проявляются наиболее полно. (Венедиктов Д. Д.)

Здоровье человека - это процесс сохранения и развития биологических, физиологических, психологических функций, оптимальной трудоспособности и социальной активности человека при максимальной продолжительности его активной жизни. (Казначеев В.П.)

Здоровье человека - это сумма резервных мощностей основных функциональных систем. В свою очередь, эти резервные мощности следует выразить через коэффициент резерва, как максимальное количество функции, отнесенное к ее нормальному уровню. (Амосов Н. М.)

Здоровье человека - это гармоничное единство биологических и социальных качеств, обусловленных врожденными и приобретенными биологическими и социальными воздействиями. (Лисицын Ю.П.)

Приведенные выше определения не в коей мере не взаимоисключающие, а взаимодополняющие. Общие же акценты можно поставить на гармоничное развитие всех функций организма, развитие его резервных возможностей, активное долголетие и социальную полезность индивидуума.

Для практического использования мы будем использовать определение здоровья как состояние человека, имеющее физические, психологические и социальные параметры, каждый из которых может быть представлен в виде

континуума с положительным и отрицательным полюсами[2].

Положительный полюс (хорошее здоровье) характеризуется способностью выдерживать воздействия неблагоприятных факторов, а отрицательный полюс (плохое здоровье) характеризуется болезненностью и летальностью.

Перечислите основные задачи здравоохранения применительно к улучшению здоровья индивидуума?

Как следует из схемы представленной на рисунке 3, **роль здравоохранения заключается в том, что бы сохранить здоровье снизить до минимума вероятность возникновения или утяжеления заболевания или физического дефекта, увеличить резервные возможности организма и продолжительность жизни (отдалить смерть).** Важной составляющей медицинских исследований является открытие новых возможностей для индивидуума (аутотренинг, осознанный контроль и управление функциями организма).

По каким критериям осуществляется оценка индивидуального здоровья?

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

Каковы критерии распределения населения по группам здоровья при комплексной оценке индивидуального здоровья?

При комплексной оценке индивидуального здоровья население подразделяется на группы здоровья:

- 1 группа - здоровые лица (не болевшие в течение года или редко обращающиеся к врачу без потери трудоспособности);
- 2 группа - практически здоровые лица с функциональными и некоторыми морфологическими изменениями или редко болевшие в течение года (единичные случаи острых заболеваний);
- 3 группа - больные с частыми острыми заболеваниями (более 4х случаев и 40 дней нетрудоспособности в году);
- 4 группа - больные с длительно текущими хроническими заболеваниями (компенсированное состояние);
- 5 группа - больные с обострением длительно текущих заболеваний (субкомпенсированное состояние).

2. Определение понятия - общественное здоровье.

Дайте определение общественному здоровью.

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.

Среди названий научных направлений по изучению общественного здоровья наиболее часто встречаются саналогия, валеология и реже здравология.

Существует, несколько десятков определений общественного здоровья остановимся на наиболее распространенных из них.

Определения, данные Минздравом РФ:

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).

Прежде чем перейти к подробному рассмотрению факторов определяющих общественное здоровье, немного остановимся на вопросе его оценке. Выражение «немного остановимся» не должно ввести вас в заблуждение относительно значимости оценки общественного здоровья для повышения эффективности здравоохранения. В основе планирования деятельности и оценки качества на всех уровнях медико-профилактической деятельности лежит оценка здоровья населения. Однако, в силу целесообразности, к подробному изучению показателей здоровья населения мы перейдем после изучения раздела «Медицинская статистика».

Перечислите основные составляющие оценки общественного здоровья?

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.

Охарактеризуйте понятие и дайте определение «фактор риска».

В данном разделе мы познакомимся с перечнем факторов определяющих риск возникновения болезни, инвалидности и летального исхода.

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.

Перечислите факторы, обуславливающие здоровье населения в зависимости от степени их влияния.

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.

Дайте характеристику образа жизни как главного фактора здоровья. Перечислите категории образа жизни.

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[3] (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.

3.1.1. Понятие «качество жизни связанное со здоровьем» и его оценка.

Охарактеризуйте понятие качество жизни связанное со здоровьем.

В современной медицине широкое распространение получил термин «качество жизни, связанное со здоровьем». Одним из принципиальных положений концепции качества жизни в медицине, представленной экспертами Межнационального центра исследования качества жизни (А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд; 1998, 1999), относится постулат о том, что качество жизни (КЖ) – универсальный критерий для оценки состояния основных функций человека: физической, психологической, социальной и духовной. Определение понятия «качество жизни» логично и структурно связано с определением здоровья, данным ВОЗ. Доказано, что метод исследования КЖ является доступным, информативным, эффективным, экономичным и достоверным методом интегральной оценки состояния индивидуального, группового и популяционного здоровья (Новик А.А., Ионова Т.И., 2002). Проблема качества жизни населения в настоящее время в нашей стране является одной из наиболее актуальных.

Оценка качества жизни является важной составляющей определения эффективности лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий, поскольку многие болезни не приводят непосредственно к смерти, но формируют ограничения жизнедеятельности.

Существуют две основные концепции определения бремени болезни и физических отклонений:

QALY (Quality Adjusted Life Years) – годы жизни, скорректированные по качеству.

DALY – (Disability Adjusted Life Years) – годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности.

В чем заключается сущность методики оценки качества жизни по QALY?

Концепция QALY стала стандартным инструментом в оценке программ укрепления здоровья в середине восьмидесятых годов. В данном подходе основное внимание уделяется оценке с помощью сложных и дорогостоящих (при масштабных исследованиях) методов, потерь индивидуумом, скорректированных по качеству лет жизни в связи с со снижением физического, умственного или социального статуса в течение определенного времени из-за

различных причин.

Ключевым моментом метода является выбор заранее установленных утилитарных показателей, которые в количественной форме отражают обусловленное состоянием здоровья качество жизни при различных состояниях или заболеваниях.

Перечислите этапы алгоритма определения QALY на основе таблиц, разработанный Торренсом с соавторами.

В качестве основного способа оценки качества жизни применяется метод QALY, по алгоритму определения полезности на основе таблиц, разработанный Торренсом и соавторами (Torrance G. W. Boyle M. H., Horwood S. P. (1982) Application of multiattribute utility theory to measure social preferences for health states Operation Research, 30 (6), 1043-69.).

Предложенный алгоритм применим для людей старше 3 лет и позволяет определить коэффициенты полезности для различных состояний здоровья на основе четырех признаков (P, R, S, H), представленных в таблицах 1 - 4. Показатель P характеризует физическое состояние, подвижность и физическую активность (табл. 1), показатель R связан со способностью к самообслуживанию и другим формам повседневной жизнедеятельности (табл. 2), показатель S - с психическим состоянием (табл. 3), показатель H - с особыми проблемами здоровья (табл. 4). Каждый из четырех признаков характеризуется несколькими уровнями. Чтобы определить коэффициент полезности, характеризующий данное состояние, для каждого из признаков выбирается уровень, соответствующий этому состоянию. Таким образом, состояние определяется при помощи задания четырех уровней. Зная уровни, соответствующие состоянию, по таблице 5 находят соответствующие им числа m_1 , m_2 , m_3 , m_4 - мультипликативные факторы полезности, и рассчитывают коэффициент полезности (U), используя эмпирическую формулу:

$$U = 1,42 \times (m_1 \times m_2 \times m_3 \times m_4) - 0,42 \quad (1);$$

В формуле 1 полному здоровью соответствует полезность, равная единице, а смерти - полезность, равная нулю. При очень низких значениях мультипликативных факторов полезности может получиться значение меньше нуля - «состояние, худшее, чем смерть»

8. Вопросы по теме занятия

1. Перечислите уровни анализа состояния здоровья.

Компетенции: ПК-1

2. Обоснуйте, какое из известных вам определений индивидуального здоровья наиболее полно характеризует его?

Компетенции: ПК-1

3. Перечислите основные задачи здравоохранения применительно к улучшению здоровья индивидуума?

Компетенции: ПК-1

4. По каким критериям осуществляется оценка индивидуального здоровья?

Компетенции: ПК-1

5. Каковы критерии распределения населения по группам здоровья при комплексной оценке индивидуального здоровья?

Компетенции: ПК-1

6. Дайте определение общественному здоровью.

Компетенции: ПК-1

7. Перечислите основные составляющие оценки общественного здоровья?

Компетенции: ПК-1

8. Охарактеризуйте понятие и дайте определение «фактор риска».

Компетенции: ПК-1

9. Перечислите факторы, обуславливающие здоровье населения в зависимости от степени их влияния. Дайте характеристику образа жизни как главного фактора, здоровья. Перечислите категории образа жизни.

Компетенции: ПК-1

10. Охарактеризуйте понятие качество жизни связанное со здоровьем.

Компетенции: ПК-1

11. В чем заключается сущность методики оц-ки кач. жизни по QALY?

Компетенции: ПК-1

12. В чем заключается сущность методики оценки качества жизни по DALY?

Компетенции: ПК-1

13. Перечислите этапы алгоритма определения QALY на основе таблиц, разработанный Торренсом и соавторами.

Компетенции: ПК-1

14. Дайте определение понятия - здоровый образ жизни.

Компетенции: ПК-1

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ГЛАВНОЙ ЦЕЛЬЮ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Изучение - влияния социальных факторов на здоровье населения отдельного человека;
- 2) Повышение качества и доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения, санитарно-эпидемиологического благополучия;
- 3) Снижение стоимости медицинской помощи, повышение доступности и качества лекарственного обеспечения, санитарно-эпидемиологического благополучия;
- 4) Повышение доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения, санитарно-эпидемиологического благополучия;

Компетенции: ПК-1

2. 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;

Компетенции: ПК-1

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

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

Компетенции: ПК-1

4. 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;

Компетенции: ПК-1

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

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

Компетенции: ПК-1

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

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

Вопрос 1: Дать определение здоровья согласно ВОЗ;

Вопрос 2: Дать определение здоровья по 323-ФЗ;

Вопрос 3: В чем отличия данных определений;

Компетенции: ПК-1

2. 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: К какой группе здоровья должен быть отнесен данный пациент; Ответ 1: Приказ Минздрава России от 03.02.2015 N 36ан Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения;

Компетенции: ПК-1

11. Примерная тематика НИРС по теме

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

2. Определить показатели качества жизни зависящего от здоровья для пациентов со стоматологической патологией

с различной степенью проявления зубной боли

3. Качество жизни. Методики изучения

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- дополнительная:

61 М79 [Морально-правовые особенности современной медицины](#) [Электронный ресурс] : монография / В. Ю. Колмаков, И. В. Гецманова, М. М. Петрова [и др.] ; редкол. И. П. Артюхов, М. М. Петрова, С. Ю. Никулина [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 194 с. - ISBN 9785942851514

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

1. **Тема № 2. Основы медицинской статистики** (Компетенции: ПК-4, ПК-18, ОПК-6)

2. **Разновидность занятия:** комбинированное

3. **Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный

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

5. **Цели обучения**

- **обучающийся должен знать** ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях стоматологического профиля, осуществление экспертизы трудоспособности, **уметь** использовать основные критерии оценки здоровья населения, **владеть** методикой расчета основных показатели работы лечебно-профилактических учреждений

6. **Место проведения и оснащение занятия:**

7. **Аннотация** (краткое содержание темы)

Относительные величины. Статистические коэффициенты.

1.1. Абсолютные величины и статистические коэффициенты.

Какие вы знаете абсолютные величины?

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.).

Какие вы знаете статистические коэффициенты?

Относительные величины (статистические коэффициенты) широко используются в официальной статистике для оценки медико-демографической и санитарно-эпидемиологической ситуации, оценки деятельности медицинских учреждений и т. п.

Относительной статистической величиной в наиболее общем виде 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. Различают общие и специальные интенсивные коэффициенты.

Общие - характеризуют общую (усредненную) интенсивность явления, **специальные** - дают более детальную характеристику явления.

Интенсивный показатель всегда остается именованной величиной (случай рождения, смерти, заболевания). Одной из особенностей интенсивных коэффициентов является невозможность их прямого сложения.

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 относительной интенсивности применяются когда невозможно получить прямые интенсивные коэффициенты или когда необходимо степень диспропорции в структуре двух или нескольких близких процессов.

Применяется в частности, при отсутствии данных о численности населения.

Коэффициенты соотношения - применяются, когда приходится оценивать взаимосвязь разнородных величин. Например, обеспеченность населения врачами или больничными койками, соотношение средних медицинских работников и врачей. Данные коэффициенты вычисляются через пропорцию. Могут вычисляться на 100, на 1000, на 10000. Могут выражаться дробными числами: 1, 53 медсестры на врача.

1.2. Оценка динамических рядов.

Что такое динамический ряд?

Динамический ряд – ряд однородных статистических величин, показывающий изменения какого-либо явления во времени. С помощью статистического анализа динамических рядов решаются следующие задачи:

- выявление и описание характерных тенденций изменения явления во времени;
- подбор статистической модели, описывающей эти изменения;
- определение соответствующих промежуточных значений (интерполяция) на основе имеющихся показателей;
- прогнозирование на основе имеющихся результатов будущих значений (экстраполяция) анализируемого ряда.

Какие существуют виды динамических рядов?

Различают следующие виды динамических рядов:

Простой – ряд, составленный из абсолютных величин, характеризующих динамику одного явления.

Сложный – динамический ряд, отражающий изменение во времени параллельно нескольких явлений.

Производный – ряд, составленный из средних или относительных величин.

Моментный – динамический ряд, состоящий из величин, характеризующих явление на какой-либо определенный момент времени. Например: численность населения на конец года.

Интервальный – ряд, характеризующий изменение явления в течении какого-либо периода (интервала). Например: число рождений, заболеваний за год, месяц, квартал и т. п.

Какие показатели используют для оценки динамических рядов?

Наиболее часто для оценки динамических рядов используются следующие показатели.

Абсолютный прирост (убыль) – характеризует изменение явления в единицу времени.

Темп роста – показывает соотношение в процентах последующего и предыдущего уровней.

Темп прироста – показывает на сколько процентов увеличился или уменьшился уровень явления.

Абсолютное значение 1% прироста – характеризует значение 1% прироста изучаемого явления.

Коэффициент наглядности – используются для облегчения сравнения и повышения наглядности. Не изменяя по существу отношения между числами, они дают более отчетливое представление о характере изменения явления во времени. Выражаются коэффициенты наглядности в процентах, которые вычисляют от исходного уровня, принимаемого за 1 или за 100%.

1.3. Применение метода стандартизации.

Для чего и как используется метод стандартизации показателей?

Стандартизация является способом позволяющим устранить влияние возрастного состава населения (пациентов, исследуемых и т. д.).

Наиболее распространен метод стандартизации при оценке показателей смертности.

Стандартизованный коэффициент смертности разработан для устранения влияния возрастного состава населения и позволяет корректно сравнивать смертность на различных территориях.

Наиболее часто используется метод прямой стандартизации.

Рассмотрим в качестве примера данные по г. Шарыпово и г. Назарово для мужского населения за 2003 г.

На первом этапе вычисляем повозрастные коэффициенты смертности (таблица 1).

Таблица 1

Вычисление повозрастных коэффициентов смертности.

Возраст в годах	Город Назарово			Город Шарыпово		
	Численность населения	Число умерших	Смертность на 1000 жителей	Численность населения	Число умерших	Смертность на 1000 жителей
	1	2	гр.2*1000/гр.1	3	4	гр.4*1000/гр.3
до 1	273	3	11,0	289	4	13,9
1-4	1010		0,00	1171		0,00
5-9	1477	2	1,35	1771		0,00
10-14	2484	3	1,21	3390	3	0,88
15-19	2801	7	2,50	3690	4	1,08
20-24	2386	14	5,87	2501	10	4,00
25-29	2375	17	7,16	1864	7	3,76
30-34	4457	10	2,24	790	16	20,27
35-39	2436	31	12,73	2647	22	8,31
40-44	2684	46	17,14	3917	41	10,47
45-49	2367	50	21,12	2863	33	11,53
50-54	2008	65	32,37	1602	55	34,34
55-59	774	45	58,18	516	17	32,98
60-64	1148	68	59,23	675	34	50,41
65-69	780	70	89,80	411	27	65,69
70 и старше	938	144	153,52	312	70	224,72
Итого	30396	575	18,92	28405	343	12,08

Из полученных результатов следует, что общий показатель смертности в г. Назарово выше, чем в г. Шарыпово. В то же время имеются значительные различия в возрастной структуре: доля лиц старше 70 лет в г. Назарово в 3 раза больше. Для того, чтобы исключить влияние возрастной структуры выбирается стандарт численности, в качестве которого может выступать общая численность населения территории. Однако более рационально применение общепринятых стандартов, в частности, стандарт численности, используемый ЕРБ ВОЗ, что позволяет проводить сравнения с данными других авторов.

После выбора стандарта численности можно переходить непосредственно к вычислению стандартизованного показателя смертности (табл. 2).

Таблица 2

Вычисление стандартизованного коэффициента прямым методом.

Возраст в годах	Смертность на 1000 жителей		Стандарт ЕОБ ВОЗ	Предполагаемое число умерших в конкретном возрасте при имеющихся возрастных уровнях смертности и используемом стандарте численности	
	Город Назарово	Город Шарыпово		Город Назарово	Город Шарыпово
	1	2	3	3	4
до 1	11,01	13,86	1600,0	0,18	0,22
1-4	0,00	0,00	6400,0	0,00	0,00
5-9	1,35	0,00	7000,0	0,09	0,00
10-14	1,21	0,88	7000,0	0,08	0,06
15-19	2,50	1,08	7000,0	0,17	0,08
20-24	5,87	4,00	7000,0	0,41	0,28
25-29	7,16	3,76	7000,0	0,50	0,26
30-34	2,24	20,27	7000,0	0,16	1,42
35-39	12,73	8,31	7000,0	0,89	0,58
40-44	17,14	10,47	7000,0	1,20	0,73
45-49	21,12	11,53	7000,0	1,48	0,81
50-54	32,37	34,34	7000,0	2,27	2,40
55-59	58,18	32,98	6000,0	3,49	1,98
60-64	59,23	50,41	5000,0	2,96	2,52
65-69	89,80	65,69	4000,0	3,59	2,63

Возраст в годах	Смертность на 1000 жителей		Стандарт ЕОБ ВОЗ	Предполагаемое число умерших в конкретном возрасте при имеющихся возрастных уровнях смертности и используемом стандарте численности	
	Город Назарово	Город Шарыпово		Город Назарово	Город Шарыпово
70 и старше	153,52	224,72	7000,0	10,75	15,73
Итого	18,92	12,08	100000,0	28,23	29,70

Из таблицы 6 следует, что стандартизованный показатель смертности г. Шарыпово больше чем г. Назарово. Таким образом, применение данной методики изменило выводы относительно сравнительного благополучия по уровню смертности в рассматриваемых нами городах на противоположные.

8. Вопросы по теме занятия

1. Дайте определение: население, когорта. Какие выделяют возрастные типы населения?

Компетенции: ПК-4, ПК-18, ОПК-6

2. Какие существуют абсолютные величины и статистические коэффициенты?

Компетенции: ПК-4, ПК-18, ОПК-6

3. Задачи, решаемые с помощью динамических рядов и показатели для этого применяемые?

Компетенции: ПК-4, ПК-18, ОПК-6

4. Для чего и как используется метод стандартизации показателей?

Компетенции: ПК-4, ПК-18, ОПК-6

5. Какие показатели используют для оценки динамических рядов?

Компетенции: ПК-4, ПК-18, ОПК-6

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ВЕЛИЧИН МОЖНО ПРЕДСТАВИТЬ В АБСОЛЮТНЫХ ЦИФРАХ:

- 1) Заболеваемость населения;
- 2) Численность населения;
- 3) Рождаемость населения;
- 4) Обеспеченность койками;

Компетенции: ПК-4

2. ИНТЕНСИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТ::

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

Компетенции: ПК-18

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

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

Компетенции: ПК-18

4. ПОКАЗАТЕЛЬ СООТНОШЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТ:

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

Компетенции: ПК-18

5. ЭКСТЕНСИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ - ЭТО:

- 1) частота распространения явления в среде;
- 2) показатель структуры явления;
- 3) соотношение двух независимых совокупностей;
- 4) соотношение средних величин;

Компетенции: ПК-4

6. ПОКАЗАТЕЛЬ НАГЛЯДНОСТИ ОТРАЖАЕТ:

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

Компетенции: ПК-18

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Уровень госпитализации в Козульском районе составил на 1000 населения: (2010 – 182 2011 – 192 2012 – 206).
Заболеваемость корью (число случаев на 100000 населения): (2010 – 122 2011 – 194 2012 – 143 2003 – 134)

Вопрос 1: Определите темп роста, темп прироста, абсолютный прирост уровня госпитализации для первого и последнего уровней;

Вопрос 2: Вычислите показатель динамического ряда заболеваемости корью: абсолютный прирост;

Компетенции: ПК-4, ПК-18, ОПК-6

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

Вопрос 1: Составьте вариационный ряд;

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

Компетенции: ПК-4, ПК-18, ОПК-6

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Сформировать цель, задачи, план и программу статистического исследования под выбранное направление исследования.
2. Сбор, обработка и анализ данных. Формирование выводов исследования по выбранному направлению исследования
3. Определение среднего значения веса студентов в группе (по данным измерения веса в студенческой группе оценить форму распределения полученных данных, выбрать соответствующую форму средней величины и рассчитать ее)

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

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

1. Тема № 3. Медицинская демография (Компетенции: ПК-4)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный

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

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения, **уметь** оценить основные демографические показатели, **владеть** методикой расчета демографических показателей

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Аннотация (краткое содержание темы)

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).

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 **динамика 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.

Смертность – процесс убыли населения вследствие смерти.

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

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

Специальные коэффициенты смертности.

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

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

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

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

Младенческая смертность.

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

Под **материнской смертностью**, согласно определению ВОЗ, понимается смерть женщин, обусловленная беременностью, независимо от ее продолжительности, и наступившая в период беременности, во время родов или в 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.

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).

8. Вопросы по теме занятия

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

Компетенции: ПК-4

2. Дайте определение: население, когорта. Какие выделяют возрастные типы населения?

Компетенции: ПК-4

3. Каково значение изучения демографических показателей для здравоохранения?

Компетенции: ПК-4

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

Компетенции: ПК-4

5. Назовите основные методы изучения статистики населения.

Компетенции: ПК-4

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ДЕМОГРАФИЯ КАК НАУКА ИЗУЧАЕТ:

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

Компетенции: ПК-4

2. ПОКАЗАТЕЛИ ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ЕСТЕСТВЕННОЕ ДВИЖЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ:

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

Компетенции: ПК-4

3. ИСТОЧНИКИ ИЗУЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЕСТЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ:

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

Компетенции: ПК-4

4. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗАВИСИТ:

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

Компетенции: ПК-4

5. ГРУППА БОЛЕЗНЕЙ, ЛИДИРУЮЩАЯ В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ ВСЕГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ:

- 1) болезни системы кровообращения;
- 2) новообразования;
- 3) болезни органов дыхания;
- 4) болезни нервной системы и органов чувств;

Компетенции: ПК-4

6. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РОССИИ:

- 1) травмы, несчастные случаи, отравления;
- 2) новообразования;
- 3) заболевания органов дыхания;
- 4) врожденные пороки развития;

Компетенции: ПК-4

7. ТИП НАСЕЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ ПЕРЕПИСИ:

- 1) стационарный;
- 2) динамический;
- 3) прогрессивный;

- 4) отстающий;

Компетенции: ПК-4

8. ИСТОЧНИКИ ИЗУЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЕСТЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ:

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

Компетенции: ПК-4

9. МЕДИЦИНСКАЯ ДЕМОГРАФИЯ - ЭТО:

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

Компетенции: ПК-4

10. ЧТО ПОДРАЗУМЕВАЕТСЯ ПОД ТЕРМИНОМ “МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ”?:

- 1) смертность детей 1-ого месяца жизни;
- 2) смертность детей 1-ого года жизни;
- 3) смертность детей в 1-ю неделю жизни;
- 4) смертность детей в 1-е сутки после рождения;

Компетенции: ПК-4

11. РАННЯЯ НЕОНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ - ЭТО.:

- 1) смертность на первой неделе жизни;
- 2) смертность в первый год жизни;
- 3) смертность в первый месяц жизни;
- 4) смертность в первые 28 дней жизни;

Компетенции: ПК-4

12. ПОКАЗАТЕЛИ ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ЕСТЕСТВЕННОЕ ДВИЖЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ:

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

Компетенции: ПК-4

13. ИСТОЧНИКИ ИЗУЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЕСТЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ:

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

Компетенции: ПК-4

14. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗАВИСИТ:

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

Компетенции: ПК-4

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

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

Вопрос 1: Рассчитайте и оцените коэффициент рождаемости;

Вопрос 2: Рассчитайте и оцените коэффициент общей и суммарной плодovitости;

Компетенции: ПК-4

2. 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;

Компетенции: ПК-4

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Медико-социальные аспекты демографических процессов. Медицинская демография как наука. Основные

показатели оценки демографической ситуации. Общемировые тенденции динамики рождаемости и смертности.

Демографическая ситуация в России. Демографический «крест» (проблемы и пути решения)

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

3. Болезни системы кровообращения как социально-гигиеническая проблема.

4. Аборт как медико-социальная проблема.

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

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

1. Тема № 4. Заболеваемость населения (Компетенции: ПК-4)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный

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

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения, **уметь** оценить показатели заболеваемости, **владеть** методикой расчета показателей общей, первичной заболеваемости, патологической пораженности заболеваемости, подлежащей специальному учету

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Заболеваемость является одним из критериев оценки состояния здоровья населения. 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.

Какие показатели заболеваемости, применяемые в статистике вы знаете?

В статистике заболеваемости существуют следующие показатели.

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

Боллезненность — 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.

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. В основном это хронические заболевания, но могут быть учтены и острые заболевания, имеющиеся на данный момент. В практическом здравоохранении этим термином могут быть определены результаты медицинских осмотров населения. Рассчитывают как отношение числа заболеваний, выявленных при медицинском осмотре, к числу осмотренных лиц, умноженное на 1000.

Перечислите причины роста заболеваемости в России.

Рост заболеваемости связан с общими причинами социально-экономической нестабильности в стране:

1. Социальный стресс вследствие нарушения привычного образа жизни;
2. Снижение для многих уровня питания;
3. Нарастающая безработица, инфляция, миграция;
4. Ухудшение санитарно-эпидемической обстановки;
5. Экономический кризис государственной системы здравоохранения;
6. Снижение профилактической работы, недостаток лекарств;
7. Ухудшение экологической обстановки.

Дайте характеристику общей заболеваемости.

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.

Перечислите специальные показатели заболеваемости.

Специальные показатели заболеваемости: заболеваемость по полу, возрасту, нозологическим формам, административным территориям.

Дайте характеристику первичной заболеваемости.

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

Инфекционная и неэпидемическая заболеваемость. Ее медико-социальное значение.

Заболеваемость инфекционными болезнями изучается путем учета каждого инфекционного заболевания или подозрения на него. Учетным документом является экстренное извещение об инфекционном заболевании. Экстренное извещение составляется на каждое инфекционное заболевание или подозрение на заболевание и направляется в течение 12 ч в центр ГСЭН. Экстренное извещение до отправления регистрируется в журнале инфекционных заболеваний (форма № 060). На основе записей в этом журнале составляется отчет о динамике инфекционных заболеваний за каждый месяц, квартал, полугодие и год.

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.** Специальные показатели — возрастно-половые, в зависимости от профессии, стажа работы и др.

Рассчитывается структура инфекционной заболеваемости (в %) — удельный вес инфекционных заболеваний среди общего числа зарегистрированных заболеваний, оценивается показатель летальности (число умерших на 10000 зарегистрированных больных) и др.

При углубленном изучении инфекционной заболеваемости анализируются сезонность, источники заражения, эффективность профилактических прививок и т. д., что дает возможность врачам разработать мероприятия по борьбе с инфекционными болезнями.

Охарактеризуйте важнейшую неэпидемическую заболеваемость.

Заболеваемость важнейшими неэпидемическими заболеваниями (туберкулез, венерические заболевания, новообразования, трихофития и др.), зарегистрированными впервые в данном году, рассчитывается на 10000 жителей (уровень, структура). Единицей наблюдения при изучении неэпидемической заболеваемости является каждый больной с впервые в жизни установленным диагнозом одного из указанных заболеваний. Учет заболеваний ведется в диспансерах.

Дайте характеристику заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Каким образом и на основании каких документов проводят ее анализ?

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ВУТ) занимает особое место в статистике заболеваемости в связи с высокой экономической значимостью. **Заболеваемость с ВУТ — один из видов заболеваемости по обращаемости, является приоритетной характеристикой состояния здоровья работающих.** Заболеваемость с ВУТ характеризует распространенность тех случаев заболеваемости работающих, которые повлекли за собой невыход на работу.

Единицей наблюдения при изучении заболеваемости с ВУТ является каждый случай временной нетрудоспособности в связи с заболеванием или травмой в данном году. Учетным документом служит листок нетрудоспособности, который является не только медицинским статистическим, но и юридическим документом, удостоверяющим временное освобождение от работы, и финансовым, на основании которого производится выплата пособия из средств социального страхования. Помимо паспортных данных (фамилия, имя, отчество, пол, возраст), в листке нетрудоспособности имеются сведения о месте работы заболевшего, диагнозе и продолжительности лечения.

Оценка заболеваемости с ВУТ проводится как по общепринятой методике на основании отчетов о временной нетрудоспособности (форма № 16-ВН), так и по углубленной методике с помощью полицейского метода. По общепринятой методике на основе данных формы № 16-ВН может быть рассчитан ряд показателей:

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.

При анализе ЗВУТ определяется структура временной нетрудоспособности в случаях и днях (первое место — заболевания острыми респираторными инфекциями, далее — болезни нервной системы и органов чувств, гипертоническая болезнь, болезни костно-мышечной системы, инфекции кожи, болезни органов пищеварения и др.). Все показатели заболеваемости оцениваются по нозологическим формам (в случаях и в днях на 100 работающих) и в динамике за ряд лет. При углубленной методике изучения заболеваемости с ВУТ полицейским методом на каждого работающего заполняется лицевая, или персональная, карта. Единицей наблюдения при этой методике является работающий. При полицейском учете заболеваемости оцениваются: индекс здоровья; кратность заболеваний (1, 2, 3 раза); удельный вес часто болеющих (4 раза и более в году) и длительно болеющих (более 40 дней).

Перечислите и охарактеризуйте группы здоровья работающего населения?

По группам здоровья работающих можно распределять на 5 основных групп:

- 1) здоровые (не имевшие ни одного случая нетрудоспособности в году);
- 2) практически здоровые (имевшие в году 1—2 случая нетрудоспособности по поводу острых форм заболеваний);
- 3) имевшие в году 3 и более случаев утраты трудоспособности по поводу острых форм заболеваний;
- 4) имеющие хронические заболевания, но не имевшие случаев утраты трудоспособности;
- 5) имеющие хронические заболевания и имевшие по поводу этих заболеваний случаи утраты трудоспособности.

Дайте характеристику госпитализированной заболеваемости.

Заболеваемость госпитализированных больных — это учет лиц, лечившихся в стационаре в течение года. Сведения о госпитализированной заболеваемости позволяют судить о своевременности госпитализации, продолжительности и исходе лечения, совпадении или расхождении диагнозов, объеме оказанной медицинской помощи и др. Данные о госпитализированной заболеваемости учитываются при планировании коечного фонда, определении потребности в различных видах стационарной помощи. Единицей наблюдения при изучении госпитализированной заболеваемости является каждый случай госпитализации. Учетной статистической формой служит карта выбывшего из стационара.

Общий уровень госпитализации составляет около 150 случаев на 1000 человек. В структуре госпитализированных больных основную долю составляют больные заболеваниями органов кровообращения, пищеварения, хроническими заболеваниями органов дыхания, больные с травмами.

Дайте характеристику заболеваемости, выявляемой активно при периодических и массовых медицинских осмотрах.

Заболеваемость, выявляемая при профилактических медицинских осмотрах, называется патологической пораженностью. Периодические и массовые медицинские осмотры позволяют выявить ранее не известные хронические заболевания, по поводу которых население не обращается активно в медицинские учреждения. Учету подлежат случаи начальных (скрытых) проявлений тех или иных болезней. Достоинством метода активных медицинских осмотров является также уточнение диагностики некоторых хронических заболеваний и патологических отклонений.

Основной учетный документ при изучении этого вида заболеваемости — «Список лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру». Анализ изучения заболеваемости по данным медицинских осмотров проводится по показателям частоты выявленных при профилактических осмотрах заболеваний (отношение числа выявленных заболеваний к числу обследованных, умноженное на 1000). При этом анализе производится и расчет структуры выявленной патологии, определяется индекс здоровья.

При выборе основного диагноза следует руководствоваться «Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем» (10-й пересмотр, 1995 г.). При диагностике и шифровке заболеваемости предпочтение следует отдавать:

- 1) основной болезни, а не осложнению;
- 2) более тяжелой и смертельной болезни;
- 3) инфекционным, а не неинфекционным заболеваниям;

- 4) острой форме заболевания, а не хронической;
- 5) специфическому заболеванию, связанному с определенными условиями труда и быта.

Дайте понятие международной классификации болезней

Международная классификация болезней (МКБ) — это система группировки болезней и патологических состояний, отражающая современный этап развития медицинской науки. МКБ является основным нормативным документом при изучении состояния здоровья населения в странах—членах ВОЗ.

Управление здравоохранением, включающее оценку качества лечения и профилактики, невозможно без достоверных сведений о частоте тех или иных заболеваний, патологических состояний, травм, анализа причин смерти. Международная классификация болезней (МКБ), создаваемая усилиями экспертов многих стран, нацелена на стандартизацию медицинского учета и отчетности во всем мире.

Расскажите о структуре МКБ -10.

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).

Каковы основные нововведения в МКБ десятого пересмотра?

По сравнению с девятым пересмотром в МКБ-10 увеличено число классов (с 17 до 21). Класс болезней нервной системы и органов чувств разделен на классы VI "Болезни нервной системы", VII "Болезни глаза и его придаточного аппарата" и VIII "Болезни уха и сосцевидного отростка". Вспомогательный E-код заменен на самостоятельный класс XX "Внешние причины заболеваемости и смертности", а V-код — на класс XXI "Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения".

Общее число блоков в МКБ-10 доведено до 258. Для шифровки (кодирования) рубрик используют английская буква (первый знак) и две цифры. Использованы все буквы английского алфавита, кроме буквы U. Ее решено зарезервировать в качестве запасного класса для временного обозначения вновь выявляемых болезней, а также заболеваний с невыясненной этиологией. Коды с этим знаком могут применяться в научно-исследовательских разработках и в рамках специальных проектов.

Замена первого знака рубрики с цифры на букву увеличила число трехзначных рубрик с 999 до 2600, что позволило детализировать группы учитываемых заболеваний. В отдельных случаях рубрика включает, по сути, лишь одно конкретное заболевание, но большинство рубрик содержит группы болезней с общими характеристиками. Болезни внутри рубрик расположены с учетом частоты и их значимости для здравоохранения. В МКБ-10 имеются и другие особенности.

8. Вопросы по теме занятия

1. Перечислите основные виды учитываемой заболеваемости населения.

Компетенции: ПК-4

2. Как регистрируются хронические заболевания?

Компетенции: ПК-4

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

Компетенции: ПК-4

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

Компетенции: ПК-4

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

Компетенции: ПК-4

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ:

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

Компетенции: ПК-4

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

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

Компетенции: ПК-4

3. СКОЛЬКО КЛАССОВ БОЛЕЗНЕЙ В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ, ТРАВМ И ПРИЧИН СМЕРТИ 10 ПЕРЕСМОТРА:

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

Компетенции: ПК-4

4. ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА БОЛЬНОГО С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, У КОТОРОГО ЗАРЕГИСТРИРОВАНО ОДНО ОБОСТРЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА:

- 1) I;
- 2) II;
- 3) III;
- 4) IV;

Компетенции: ПК-4

5. ПОНЯТИЕ “ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ”:

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

Компетенции: ПК-4

6. ЦЕЛИ ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ:

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

Компетенции: ПК-4

7. МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ:

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

Компетенции: ПК-4

8. ИСТОЧНИК ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ:

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

Компетенции: ПК-4

9. УГЛУБЛЕННОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВУТ НЕОБХОДИМО ДЛЯ:

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

Компетенции: ПК-4

10. 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 установленным впервые в жизни;

Компетенции: ПК-4

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Число вновь возникших заболеваний органов дыхания в Красноярском крае составило 108600. Число случаев заболеваемости гепатитом составило 8458 случаев. Численность населения 3000000 человек.

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

Вопрос 2: Рассчитать заболеваемость населения региона гепатитом;

Компетенции: ПК-4

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;

Компетенции: ПК-4

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Заболеваемость населения как критерий оценки общественного здоровья. Эпидемиологический и неэпидемиологический тип заболеваемости.
2. Онкологические заболевания как социально-гигиеническая проблема.
3. Психические заболевания как социально-гигиеническая проблема.

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

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

1. Тема № 5. Организация амбулаторно-поликлинической, в том числе стоматологической помощи населению. Профилактика (Компетенции: ПК-1, ОПК-5, ОПК-6)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный

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

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать , уметь** оценить основные показатели работы лечебно-профилактических учреждений, **владеть** методикой расчета основных показатели работы лечебно-профилактических учреждений

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Составляющие элементы ПМСП:

ПМСП — это первичный элемент многогранной структуры охраны здоровья населения, которая максимально приближает медицинскую помощь к месту жительства и построена по принципу "от периферии к центру".

ПМСП должна удовлетворять основные потребности населения в области здравоохранения:

- укрепление здоровья;
- лечение;
- реабилитация и поддержка;
- содействие в само- и взаимопомощи.

Целесообразно выделить два основных стратегических **элемента ПМСП:**

- необходимость ориентации услуг в области здравоохранения таким образом, чтобы ПМСП являлась ядром системы здравоохранения, в то время как вторичная и третичная медицинская помощь выступали в качестве вспомогательных консультационных элементов;
- разработка современных медико-организационных технологий для эффективного использования ресурсов и их перераспределение из больниц в сектор ПМСП.

Таким образом, ПМСП должна включать в себя следующие **составляющие:**

- санитарное просвещение по актуальным проблемам охраны здоровья и способам их решения, включая профилактику;
- обеспечение достаточным количеством продуктов питания и содействие рациональному питанию;
- снабжение достаточным количеством чистой питьевой воды;
- проведение основных санитарно-гигиенических мероприятий;
- охрана здоровья матери и ребенка;
- вакцинация против основных инфекционных болезней;
- лечение распространенных заболеваний и травм;
- обеспечение основными лекарственными средствами.

В России концепция ПМСП ориентирована преимущественно на оказание медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

2. Амбулаторно-поликлинические учреждения:

Специальным приказом МЗ РФ №395 от 03.11.99г. утверждена номенклатура амбулаторно-поликлинических учреждений.

Амбулатория;

Косметологическая лечебница;

Линейная амбулатория на железнодорожном транспорте;

Поликлиники:

-восстановительного лечения

-городская

-детская городская

-детская стоматологическая

-консультативно-диагностическая

-на водном транспорте (центральная бассейновая, бассейновая, портовая, линейная)

-на железнодорожном транспорте (центральная, дорожная, отделенческая, узловая, линейная)

-стоматологическая

-физиотерапевтическая

-центральная районная

Фельдшерско-акушерский пункт

Центры:

-восстановительного лечения для детей

-диагностический

-консультативно-диагностический для детей

-лечебной физкультуры и спортивной медицины

-патологии речи и нейрореабилитации.

3. *Определение поликлиники, ее структура, функции и задачи.*

Городская поликлиника является амбулаторным учреждением, оказывающим лечебно-профилактическую помощь населению в возрасте 18 лет и старше и призванным осуществлять в районе своей деятельности проведение широких профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости; раннее выявление больных; диспансеризацию; оказание амбулаторно-поликлинической квалифицированной специализированной медицинской помощи населению. Городская поликлиника проводит активную работу по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, формированию здорового образа жизни и т. д.

Поликлиники организуются в городах, рабочих поселках и поселках городского типа для оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению, проживающему в районе ее деятельности, по территориальному принципу, а также прикрепленным работникам промышленных предприятий, строительных организаций и предприятий транспорта — по цеховому (производственному) принципу.

Городская поликлиника (не входящая в состав объединенной городской больницы) пользуется правами юридического лица, имеет штамп и печать с обозначением своего наименования. **Структура** поликлиники определяется ее мощностью и численностью обслуживаемого населения, поэтому ниже мы приводим лишь примерную схему организационной структуры городской поликлиники для взрослых, которая включает:

1. Руководство поликлиники.
2. Регистратуру.
3. Отделение профилактики (кабинет доврачебного приема, смотровой женский кабинет, кабинет диспансеризации, кабинет санитарного просвещения и гигиенического воспитания населения).
4. Лечебно-профилактические подразделения:
 - терапевтические отделения;
 - цеховые терапевтические отделения;
 - хирургическое отделение (кабинет);
 - травматологическое отделение (кабинет);
 - урологический кабинет;
 - офтальмологическое отделение (кабинет);
 - оториноларингологическое отделение (кабинет);
 - неврологическое отделение (кабинет);
 - кардиологический кабинет;

- ревматологический кабинет;
- эндокринологическое отделение (кабинет);
- кабинет инфекционных заболеваний;
- отделение реабилитации и восстановительного лечения;
- дневной стационар;
- физиотерапевтическое отделение (кабинет);
- отделение (кабинет) лечебной физкультуры;
- кабинет лазеротерапии;
- ингаляторий;
- процедурный кабинет.

5. Вспомогательные лечебно-диагностические подразделения:

- рентгенологическое отделение (кабинет);
- клинико-биохимическая лаборатория;
- отделение (кабинет) функциональной диагностики;
- эндоскопический кабинет;
- кабинет учета и медицинской статистики;
- аптека;
- хозяйственная часть;
- хозрасчетные отделения и отделения дополнительных платных услуг.

Кроме того, на базе поликлиник могут быть развернуты отделение медико-социальной реабилитации и терапии; службы ухода; дневные стационары; центры амбулаторной хирургии; центры медико-социальной помощи и т. д.

Основными **задачами** городской поликлиники (поликлинического отделения городской больницы) являются:

- оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи населению непосредственно в поликлинике и на дому;
- организация и проведение среди населения обслуживаемого района и работников прикрепленных промышленных предприятий комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности;
- осуществление диспансеризации населения и прежде всего лиц с повышенным риском заболеваний сердечно-сосудистой системы, онкологических и других болезней;
- организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, пропаганде здорового образа жизни.

Для осуществления этих задач городская поликлиника **организует и проводит:**

- оказание первой и неотложной медицинской помощи больным при острых и внезапных заболеваниях, травмах, отравлениях и других несчастных случаях;
- оказание врачебной помощи на дому больным, которые по состоянию здоровья и характеру заболевания не могут посетить поликлинику, нуждаются в постельном режиме, систематическом наблюдении врача или решении вопроса о госпитализации;
- раннее выявление заболеваний, квалифицированное и в полном объеме обследование больных и здоровых, обратившихся в поликлинику;
- своевременное и квалифицированное оказание врачебной помощи населению на амбулаторном приеме в поликлинике и на дому;
- своевременную госпитализацию лиц, нуждающихся в стационарном лечении, с предварительным максимальным обследованием;
- восстановительное лечение больных;
- все виды профилактических осмотров (предварительные при поступлении на работу, периодические, целевые и др.);
- диспансеризацию населения;
- противоэпидемические мероприятия, которые осуществляются в тесном контакте с ЦГСЭН (прививки, выявление инфекционных больных, динамическое наблюдение за лицами, бывшими в контакте с заразным больным, и за реконвалесцентами, сигнализация в ЦГСЭН и др.);
- экспертизу временной и стойкой утраты трудоспособности, выдачу и продление листов нетрудоспособности

и трудовых рекомендаций нуждающимся в переводе на другие участки работы, отбор на санаторно-курортное лечение;

- направление на медико-социальную экспертизу лиц с признаками стойкой утраты трудоспособности;
- санитарно-просветительную работу среди населения;
- учет деятельности персонала и подразделений, составление отчетов по формам, утвержденным МЗ РФ, и анализ статистических данных;
- привлечение общественности района для оказания помощи в работе поликлиники и осуществления контроля за ее деятельностью;
- мероприятия по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала.

4. **Принципы организации работы поликлиники.**

Основными **принципами** амбулаторно-поликлинической помощи являются:

1. участковость;
2. доступность;
3. профилактическая направленность;
4. преемственность и этапность лечения.

5. **Руководство поликлиники, функциональные обязанности должностных лиц, работающих в поликлинике.**

Если амбулаторно-поликлиническое учреждение является самостоятельным, его работой руководит **главный врач**. Главный врач осуществляет руководство деятельностью учреждения и несет ответственность за качество и культуру лечебно-профилактической помощи, а также организационную, административно-хозяйственную и финансовую деятельность. Он разрабатывает план работы по оказанию лечебно-профилактической помощи населению в районе деятельности и обеспечивает его выполнение.

Главный врач проводит подбор и укомплектование учреждения медицинским персоналом и административно-хозяйственными кадрами, 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, утверждает графики работы персонала и т. д.

Из наиболее квалифицированных, 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 лечебно-профилактическую деятельность учреждения. С этой целью заместитель главного врача по лечебной работе организует и контролирует правильность и своевременность обследования и лечения больных на приеме и на дому; следит за постоянным внедрением в практику современных, наиболее эффективных методов профилактики, диагностики и лечения больных, новых организационных форм и методов работы передовых медицинских учреждений. Он обеспечивает преемственность в обследовании и лечении больных между поликлиникой и стационарами, организацию госпитализации больных, нуждающихся в стационарном лечении, руководит всей профилактической работой, обеспечивает выполнение плана повышения квалификации медицинского персонала, организует лечебно-контрольные комиссии с обсуждением состояния лечебно-диагностической работы, причин расхождения диагнозов и врачебных ошибок; работу кабинета медицинской статистики.

У главного врача есть и другие заместители — **по клинко-экспертной работе** (несет ответственность за осуществление всей клинко-экспертной деятельности) и **по административно-хозяйственной части** (осуществляет руководство всей административно-хозяйственной работой: организует проведение ремонта, обеспечение электроэнергией, водой, снабжение учреждения и т. д.).

Свою долю ответственности за качество лечебно-профилактической помощи в поликлинике, культуру работы персонала также несут и **заведующие отделениями**. Они осуществляют непосредственное руководство и контроль за лечебно-профилактической работой врачей; консультируют больных с тяжелыми, сложными для диагностики формами заболеваний; контролируют обоснованность выдачи листков временной нетрудоспособности врачами своих отделений; организуют своевременную госпитализацию больных, которым необходимо стационарное лечение, обеспечивают проведение мероприятий по повышению квалификации 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.

6. Нормативы обслуживания населения в городской поликлинике.

Должность участкового врача в территориальной поликлинике может занимать врач-терапевт или врач общей практики (семейный врач) — приказ МЗ РФ № 237 от 26.08.92 г.

Нормативы участковости:

1) для терапевта — 1700 жителей старше 14 лет;

2) для врача общей практики — 1500 жителей старше 14 лет;

3) для семейного врача — 1200 человек всех возрастов.

Штатный норматив — 5,9 должности участкового терапевта на 10000 взрослых жителей. Норма нагрузки — 5 посещений в час на амбулаторном приеме, 2 посещения в час на вызовах.

7. Организация работы регистратуры поликлиники.

Регистратура организует прием больных в поликлинике и обслуживание на дому. В задачи регистратуры входит:

- осуществление записи на прием к врачам при непосредственном обращении и по телефону;
- регулирование интенсивности потока пациентов с целью обеспечения равномерной нагрузки на приеме, распределение больных по видам оказываемой помощи;
- своевременный подбор медицинской документации и доставка ее в кабинеты врачей, правильное ведение и хранение картотеки.

Таким образом, важнейшими разделами работы регистратуры являются запись посетителей на прием, регистрация вызовов на дом, направление на флюорографическое обследование и профилактические осмотры. Рациональное управление мощным потоком пациентов, обращающихся в амбулаторно-поликлинические учреждения, возможно только при внедрении новых прогрессивных форм организации труда и обеспечении регистратуры оргтехникой.

В оптимизации работы регистратуры важное место занимает рациональное устройство рабочего места регистратора, где должны быть размещены номер отделения, перечислены названия улиц и номера домов, которые им обслуживаются, указаны фамилии участковых врачей и работающих вместе с ними специалистов. В вестибюле целесообразно организовать более подробную "немую справку", в которой указываются расписание работы врачей всех специальностей с указанием часов приема на все дни недели, номеров кабинетов, врачебных участков с входящими в них улицами и домами и распределение их между врачами. "Немая справка" должна содержать информацию о времени и месте приема населения главным врачом и его заместителями; адреса дежурных поликлиник и стационаров района (города), оказывающих экстренную специализированную помощь населению в воскресные дни; поэтажный указатель врачебных кабинетов; номера телефонов вызова врачей на дом и вызова дежурных врачей в дневное и вечернее время; сведения о часах и объеме работы кабинетов доврачебного приема, правилах подготовки к исследованиям (рентгеноскопии, рентгенографии, анализам крови) и т. д.

8. Функции врача поликлиники.

Участковый терапевт обязан обеспечивать:

1. своевременную квалифицированную терапевтическую помощь населению своего участка в поликлинике и на дому;
2. экстренную медицинскую помощь больным, независимо от их места жительства, в случае их непосредственного обращения при возникновении острых состояний, травм, отравлений и т. д.;
3. своевременную госпитализацию больных с обязательным предварительным обследованием при плановой госпитализации;
4. консультирование больных (в необходимых случаях) заведующим терапевтическим отделением, врачами других специальностей;
5. использование в своей работе современных методов профилактики, диагностики и лечения;
6. экспертизу временной нетрудоспособности больных в соответствии с действующим положением;
7. организацию и проведение комплекса мероприятий по диспансеризации взрослого населения участка в соответствии с перечнем нозологических форм, подлежащих диспансерному наблюдению у врача-терапевта, анализ эффективности и качества диспансеризации;

8. выдачу заключений жителям своего участка, проходящим медицинские осмотры; раннее выявление, диагностику и лечение инфекционных заболеваний, немедленную сигнализацию заведующему терапевтическим отделением и врачу кабинета инфекционных заболеваний о всех случаях инфекционных заболеваний или подозрительных на инфекцию больных, о пищевых и профессиональных отравлениях, о всех случаях нарушения режима и невыполнения противоэпидемических требований инфекционными больными, оставляемыми для лечения на дому, направление в ЦГСЭН экстренного извещения;
9. систематическое повышение своей квалификации и уровня медицинских знаний участковой медсестры;
10. активное и систематическое проведение санитарно-просветительной работы среди населения участка, борьбу с вредными привычками и подготовку общественного актива участка.

Работа участкового терапевта осуществляется по графику, утверждаемому заведующим отделением или руководителем учреждения, в котором предусматриваются фиксированные часы амбулаторного приема, время для оказания помощи на дому, профилактической и другой работы. Распределение времени приема, и помощи на дому определяется в зависимости от численности и состава населения участка, от сложившейся посещаемости и др.

9. Задачи узких специалистов, работающих в поликлинике.

Важную роль в организации лечебно-профилактической помощи населению играют врачи узких специальностей, которые в своей работе непосредственно подчиняются заведующему отделением, заместителю главного врача по медицинской части или руководителю учреждения.

Для выполнения основных задач врач-специалист обеспечивает:

1. проведение профилактических мероприятий;
2. раннее выявление заболеваний, квалифицированное и своевременное обследование и лечение больных своего профиля;
3. проведение экспертизы временной нетрудоспособности, своевременное направление больных с хроническими формами заболеваний на МСЭК;
4. преемственность между стационаром и поликлиникой в лечении больных;
5. своевременную госпитализацию больных по показаниям;
6. диспансерное наблюдение за больными своего профиля, за инвалидами и участниками Великой Отечественной войны, персональными пенсионерами, участниками ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС и другими категориями лиц, подлежащих диспансерному наблюдению;
7. систематическое повышение уровня своей теоретической подготовки и профессиональной квалификации; систематическое повышение квалификации среднего медицинского персонала;
8. активное участие в проведении санитарно-профилактической работы, гигиеническом воспитании населения;
9. своевременное и качественное ведение медицинской документации.

1. Показатели деятельности поликлиники.

Обеспеченность врачебными кадрами (средними мед. работниками):

Число штатных врачебных должностей $\times 1000$

Общая численность населения

Укомплектованность врачами (средними мед. работниками)

Число занятых врачебных должностей $\times 100$

Число штатных врачебных должностей

Участковость:

Число посещений детьми участкового врача $\times 100$

Общее число посещений участковых врачей

Заболеваемость и болезненность (на 1000 населения) по учреждению:

Зарегистрированные случаи с диагнозом, установленным впервые x 1000

Численность населения в районе обслуживания

Все зарегистрированные случаи x 1000

Численность населения в районе обслуживания

Организация работы поликлиники также оценивается по показателям, характеризующим:

- динамику посещений (отношение числа посещений поликлиники в данном году к числу посещений в прошлом году, умноженное на 100);
- структуру посещений — по поводу заболеваний или с профилактической целью (отношение числа посещений по поводу заболеваний или с профилактической целью к числу всех посещений, умноженное на 100);
- нагрузку на врачебную должность (отношение числа посещений всех врачей к числу занятых врачебных должностей);
- активность посещения врачами пациентов на дому (отношение числа активных посещений на дому к числу всех посещений на дому, умноженное на 100).

Профилактическая работа поликлиники оценивается:

- полнотой охвата медицинскими осмотрами (отношение числа осмотренных к числу населения, подлежащего осмотру, умноженное на 100);
- процентом населения, осмотренного с целью выявления заболевания (отношение числа осмотренных к численности населения);
- частотой выявленных заболеваний (отношение числа выявленных заболеваний к числу осмотренных);
- показателями диспансеризации (полнота охвата, своевременность взятия на диспансерный учет, удельный вес вновь взятых под наблюдение, среднее число диспансеризуемых на одном участке, исходы и эффективность диспансеризации).

11. Понятие диспансеризации населения, ее цели, задачи.

Под **диспансеризацией** понимается активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья определенных контингентов населения (здоровых и больных), взятие этих групп населения на учет с целью раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения и комплексного лечения заболевших, проведение мероприятий по оздоровлению условий их труда и быта, предупреждению развития и распространения болезней, восстановлению трудоспособности и продлению периода активной жизнедеятельности.

Диспансеризация предусматривает прежде всего сохранение здоровья у здоровых, активное выявление больных с ранними стадиями заболеваний и предупреждение случаев нетрудоспособности; конечной ее целью является сохранение и укрепление здоровья и трудоспособности диспансеризуемого контингента. Этим определяется социально-гигиеническая сущность (значимость) диспансеризации.

Диспансерный метод наблюдения является функцией лечащих врачей общей сети внебольничных учреждений (поликлиник, амбулаторий), обслуживающих население по месту жительства и по месту работы, а также врачей специализированных учреждений — диспансеров и центров ГСЭН.

В настоящее время существуют различные диспансеры (врачебно-физкультурные, кожно-венерологические, противотуберкулезные, наркологические, кардиологические, онкологические, психоневрологические и др.). Диспансеры и диспансерные отделения (кабинеты) проводят мероприятия по массовой профилактике, направленные на предупреждение заболеваний, ведут учет заболеваемости и смертности от патологии по своему профилю, а также осуществляют лечебные мероприятия, консультации больных и организационно-методическое руководство работой врачей общей сети по борьбе с соответствующими заболеваниями. В задачи диспансеров входят: проведение обучения врачей общего профиля по соответствующим специальностям; внедрение в практику лечебно-профилактических учреждений современных методов профилактики, диагностики и лечения; пропаганда здорового образа жизни.

Основными документами, которые оформляются на больных, состоящих на диспансерном учете, являются медицинская карта амбулаторного больного и контрольная карта диспансерного наблюдения, в которой фиксируются своевременность посещения врача и прохождения очередного медицинского осмотра, выполнение назначенных видов лечения, оздоровительных мероприятий и рекомендаций по трудоустройству.

Особое место в работе врачей, обеспечивающих население первичной медико-санитарной помощью, занимает диспансеризация (активное раннее выявление, динамическое наблюдение и лечение, комплексное оздоровление). Оценка организации диспансеризации проводится с помощью таких показателей, как:

1) качество диспансеризации (охват диспансерным наблюдением не наблюдавшихся в течение года, охват различными социально-оздоровительными и лечебно-профилактическими мероприятиями — санаторно-курортное

лечение, диетпитание, рациональное трудоустройство и др.);

2) эффективность диспансеризации (динамика заболеваемости и болезненности по данным ЗВУТ — для работающих; общей заболеваемости — по основной и сопутствующей патологии; госпитализированной заболеваемости; инвалидизация, в том числе первичная; летальность; исходы диспансеризации по данным годовых эпикризов — выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение).

12. Модели организации работы врачей общей практики.

Создание института **врачей общей практики** в России началось в 1988 г. В настоящее время ВОП работают в основном в государственных медицинских учреждениях (территориальные поликлиники, городские и сельские врачебные амбулатории), относительно небольшая часть работают в негосударственных учреждениях и как частнопрактикующие. В обобщенном виде можно говорить о следующих формах работы ВОП: индивидуальный прием пациентов и групповая практика (отделения или бригады). Обычно в бригаду входят стоматолог, хирург, акушер-гинеколог, реже педиатр.

В качестве ВОП работают в основном участковые терапевты, прошедшие специальную подготовку на факультетах усовершенствования врачей. Первичная додипломная подготовка ВОП осуществляется сейчас во многих вузах России. Разработана и утверждена МЗ РФ программа подготовки ВОП и медицинских сестер общей практики.

ВОП не только выполняют функции участковых терапевтов, но также ведут прием пациентов с неврологическими, офтальмологическими, хирургическими и ЛОР-заболеваниями. По мнению экспертов, проанализировавших состав пациентов, обращающихся к врачам-специалистам, ВОП может взять на себя 22,7% от общего числа посещений хирурга и 36,4; 41 и 46,6% от общего числа посещений соответственно офтальмолога, отоларинголога и невропатолога.

График рабочего дня ВОП строится следующим образом: 4 ч — амбулаторный прием и 2,5 ч — посещение больных на дому. Часть ВОП выполняют ночные дежурства в стационарах, но специальные койки для их пациентов нигде не выделены.

Практика выделения квартир для ВОП в пределах территориального участка привела к тому, что больные довольно часто пользуются услугами врачей в вечернее и даже в ночное время.

В среднем в месяц на одного ВОП приходится от 820 до 1200 посещений, то есть ежедневный прием составляет 16—20 пациентов. ВОП ведут прием совместно с медицинскими сестрами, а на селе, кроме того, и с фельдшерами-акушерками. Соотношение врачебного и среднего медперсонала в учреждениях колеблется от 1:1 до 1:3. Специально подготовленных медицинских сестер пока не хватает, планируется расширить их додипломную подготовку в медицинских училищах и на факультетах высшего сестринского образования медицинских вузов.

ВОП, работающие в поликлиниках, пользуются лечебно-диагностической базой своего учреждения. Во врачебных амбулаториях, удаленных от поликлиник, ВОП ограничиваются назначением пациентам простейших исследований (ЭКГ, рино- и отоскопия, функция внешнего дыхания, экспресс-анализы мочи на сахар, белок и др.). Из лечебных мероприятий в амбулаториях проводятся различные инъекции, массаж, физиотерапевтические процедуры (УВЧ, ингаляции, УФО, электрофорез и др.).

Численность населения, обслуживаемого одним ВОП, колеблется от 1600 до 2500 человек; радиус обслуживаемого участка в городе — менее 1 км, однако имеются участки с радиусом 3 км и более. На участках, где высока доля лиц пожилого и старческого возраста, примерно каждый пятый визит делается с медико-социальной целью. Многие ВОП ведут учет одиноких, хронически больных, инвалидов, лиц с асоциальным поведением, поддерживают связь с органами социального обеспечения, оформляют нуждающихся в дома-интернаты, организуют стационары на дому.

Картину заболеваемости взрослого населения по обращаемости к ВОП в основном определяют 5 классов болезней: болезни органов дыхания — 250,5 случая на 1000 жителей старше 15 лет; болезни системы кровообращения — 97,8‰; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани — 89,0 ‰, травмы и отравления — 78,1‰ и болезни органов пищеварения — 51,7‰, что составляет соответственно 36; 14; 12,8; 11,3 и 7,4% от общего числа заболеваний.

В течение года на консультацию к «узким» специалистам в среднем направляется 19,1% пациентов, на обследование в другие учреждения — 14,3%, госпитализируется — 7,1% больных.

Опрос врачей показал, что после того как они занялись общей практикой, изменился характер их работы (расширился диапазон заболеваний, с которыми обращаются пациенты, уменьшилось число консультаций у специалистов, увеличился объем диагностической работы), обслуживание стало удобнее для пациентов (быстрее устанавливается диагноз и начинается лечение), удалось лучше узнать больного, его семью, возросло доверие пациентов к врачу, появилась самостоятельность в работе, повысился интерес к ней.

Первые итоги внедрения общеврачебной (семейной) практики свидетельствуют о целесообразности развития этой службы в стране. Проблема заключается в расширении додипломной и последипломной подготовки ВОП и медицинских сестер общей практики, обеспечении их необходимым лечебно-диагностическим оборудованием, создании оптимальных условий для работы, разработке правовой базы, механизма дифференцированной оплаты труда.

13. Модели работы врачей общей практики за рубежом.

В настоящее время в мире существует несколько моделей организации работы ВОП, семейного врача.

Первая модель. ВОП, семейный врач, работающие в индивидуальном порядке.

Вторая модель. Групповая врачебная практика (врачебная амбулатория). При такой организации работы врачей немного снижается уровень доступности медицинской помощи населению, так как врачебная амбулатория обслуживает до 10000 жителей, но появляется возможность более оперативного обследования населения с использованием минимального набора тестов, взаимозаменяемости врачей и разделения некоторых их функций, более высокого технического оснащения. Врачи общей практики (семейные врачи), объединенные в групповую практику, в основном ведут прием пациентов, а остальную работу выполняют средние медицинские работники.

Третья модель. Центры здоровья (ЦЗ), которые представляют собой объединение нескольких групповых врачебных практик с дополнением целого ряда новых функций, включая организацию специальных стационаров по уходу за больными, инвалидами и престарелыми. В сельской местности такие центры создаются на 30—35 тыс. жителей, в городах — на 35—40 тыс. человек. В задачи ЦЗ входят:

1. охрана здоровья матери и ребенка;
2. охрана здоровья работающего населения;
3. забота о здоровье учащихся;
4. охрана здоровья престарелых;
5. оказание стоматологической помощи;
6. оказание первичной медицинской и лечебной помощи (амбулаторная, стационарная);
7. пропаганда здорового образа жизни;
8. транспортировка больных.

8. Вопросы по теме занятия

1. Решение, каких задач обеспечивает деятельность поликлиники.

Компетенции: ПК-1, ОПК-5, ОПК-6

2. Структура поликлиники

Компетенции: ПК-1, ОПК-5, ОПК-6

3. Штатные нормативы поликлиники

Компетенции: ПК-1, ОПК-5, ОПК-6

4. Функциональные обязанности главного врача поликлиники, заместителя по лечебной работе, заместителя по клинико-экспертной работе, заместителя по организационно-методической работе, заведующего отделением, участкового врача

Компетенции: ПК-1, ОПК-5, ОПК-6

5. Охарактеризуйте показатели работы поликлиники

Компетенции: ПК-1, ОПК-5, ОПК-6

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

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

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

Компетенции: ОПК-5

2. ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА ПАЦИЕНТА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРУЮ ПНЕВМОНИЮ ДВАЖДЫ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА:

- 1) I;
- 2) II;
- 3) III;
- 4) IV;

Компетенции: ОПК-6

3. КАК РАССЧИТАТЬ ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СРЕДНИМИ МЕД. РАБОТНИКАМИ ПОЛИКЛИНИКИ:

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

Компетенции: ОПК-5

4. В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПОЛИКЛИНИКИ РАБОТАЮТ:

- 1) участковые врачи-терапевты;
- 2) цеховые врачи-терапевты;

- 3) узкие специалисты;
- 4) специалисты физиотерапевты;

Компетенции: ОПК-5

5. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ:

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

Компетенции: ОПК-5

6. КАК РАССЧИТАТЬ ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ВРАЧЕБНЫМИ КАДРАМИ ПОЛИКЛИНИКИ:

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

Компетенции: ОПК-5

7. НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ВМЕСТЕ С ВРАЧОМ РАБОТАЕТ:

- 1) фельдшер;
- 2) узкий специалист;
- 3) мед. сестра;
- 4) мед. Регистратор;

Компетенции: ОПК-5

8. ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА БОЛЬНОГО С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, У КОТОРОГО ЗАРЕГИСТРИРОВАНО ОДНО ОБОСТРЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА:

- 1) I;
- 2) II;
- 3) III;
- 4) IV;

Компетенции: ОПК-6

9. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) организационно-методический отдел;
- 2) АХЧ;
- 3) реабилитационное отделение;
- 4) мед. Архив;

Компетенции: ОПК-5

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

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

Вопрос 1: Что включает в себя первичная профилактика;;

Вопрос 2: Определите удельный вес посещений с целью медицинских осмотров;;

Компетенции: ПК-1, ОПК-5, ОПК-6

2. Поликлиника обслуживает 20000 детей. В 2016 г. в ней заполнено 1100 талонов для регистрации заключительных уточнённых диагнозов на больных с заболеваниями нервной системы, в том случае 630 талонов заполнено со знаком (+) на больных, у которых в 2017 г. эти заболевания выявлены впервые

Вопрос 1: Рассчитайте показатели первичной заболеваемости;;

Вопрос 2: Рассчитайте показатель общей заболеваемости;;

Компетенции: ПК-1, ОПК-5, ОПК-6

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Укрепление здоровья населения современные проблемы профилактики. Определение понятия. Роль профилактики в современном здравоохранении. Основные виды профилактики. Применение принципов профилактики в работе практического врача-стоматолога. Критерии эффективности профилактической деятельности.

2. Модели организации работы врачей общей практики.

3. Стационарзамещающие технологии как эффективная форма работы в АПУ

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

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

- электронные ресурсы:

Видеофильм (<http://hl.mailru.su/mcached>)

1. Тема № 6. Страховая медицина. Контроль качества медицинской помощи в условиях бюджетно-страховой медицины (Компетенции: ОПК-6)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Качество и доступность медицинской помощи определяется системой социальных гарантий действующих в стране. В Российской Федерации основным направлением соблюдения прав граждан на бесплатную медицинскую помощь является обязательное медицинское страхование

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** принципы управления лечебным процессом в медицинских организациях стоматологического профиля, **уметь** оценить основные показатели работы лечебно-профилактических учреждений, **владеть** методикой расчета основных показатели работы лечебно-профилактических учреждений

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Аннотация (краткое содержание темы)

В настоящее время работа учреждений здравоохранения осуществляется в условиях бюджетно-страховой медицины, в связи с этим практическому врачу необходимо знание основ медицинского страхования, его нормативно-правовой базы, особенностей работы медицинских учреждений в условиях бюджетно-страховой медицины, вопросов лицензирования и аккредитации, основных положений Краевой программы обязательного медицинского страхования.

В процессе занятия мы должны изучить: Цель, задачи. Основные положения медицинского страхования граждан РФ. Обязательное и добровольное медицинское страхование. субъекты медицинского страхования. Работу медицинских учреждений в условиях бюджетно-страховой медицины лицензирование и аккредитация. Краевая программа обязательного медицинского страхования. Ознакомиться с принципами и основными положениями страховой медицины, ее достоинствами и недостатками в сопоставлении с государственной системой охраны здоровья, основной терминологией медицинского страхования, с целями, структурой и основными задачами Краевой Программы государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи.

Выраженное «недофинансирование» здравоохранения привело к тяжелому состоянию материально-технической базы отрасли. Здравоохранение в целом (особенно первичная мед. помощь) стало не восприимчивым к достижениям научно-технического прогресса, что привело к снижению уровня и качества мед. обслуживания. Таким образом, возникло несоответствие между возросшими потребностями населения в здоровье и возможностью их удовлетворения системой государственной медицинской помощи. Углубилась диспропорция в распределении ответственности за состояние общественного здоровья между здравоохранением, государственными и другими институтами общества. Разрешение кризиса потребовало коренного пересмотра сложившейся системы охраны здоровья и поиска новых путей выведения отечественного здравоохранения на необходимый качественный уровень. Одним из действенных путей решения указанных проблем является формирование страховой медицины. Целью введения страховой медицины является прежде всего изыскание дополнительных источников финансирования здравоохранения.

Страховая медицина – это система лечебных и профилактических мероприятий, осуществляемых за счет средств страхования граждан.

Страхование здоровья - возмещение возможного ущерба здоровью отдельного человека из страхового фонда здоровья, который формируется на основе периодических целевых денежных взносов и служит для оплаты оказанной мед. помощи или другой формы компенсации здоровью человека.

Охрана здоровья населения предполагает одновременное существование двух систем - бюджетной (государственной) и страховой. При таком положении возникает ряд проблем обусловленных отличием организационных принципов данных систем, так, для государственной системы мед. помощи характерны:

- а. жесткое, сверхцентрализованное административное управление,
- б. нормативно-распределительные отношения.,
- в. жесткое бюджетное финансирование,
- г. единообразие организационных форм,
- д. «бесплатное» получение населением медицинской помощи.

Страховая медицина характеризуется:

- а. Децентрализованным управлением,
- б. прямым участием потребителей в финансировании медицинской помощи,
- в. разнообразием организационных форм,
- г. возможностью потребителей влиять на организацию мед. помощи и т.д. К числу преимуществ, которыми обладает страховая медицина перед государственной системой охраны здоровья, можно отнести следующее:

1. Потребитель мед. помощи, непосредственно вовлекаясь в финансирование последней получает возможность активно влиять на качество своего мед. обследования.
2. Прямая зависимость поставщиков мед. помощи от ее потребителей /ответственность мед. работников перед своими пациентами/.
3. Стимулирование мед. работников к поддержанию своей профессиональной деятельности на высоком качественном уровне.
4. Усиление заинтересованности потребителя мед. помощи в своем здоровье.
5. Усиление ответственности работодателя за состояние здоровья работников, имеющих медицинскую страховку.
6. Ориентация мед. помощи на человека /больного/, а не течение «клинического случая».

Среди недостатков, присущих системе страховой медицины, можно выделить следующие:

1. Ограниченные возможности в охвате различных групп населения страховой мед. помощью.
2. Неполная компенсация застрахованному его расходов на медицинскую помощь.
3. Увеличение расходов пациента на медицинскую помощь.
4. Уменьшение степени вовлечения государства в охрану здоровья народа.
5. Нарушение принципов бесплатности и общедоступности мед. помощи.

Основным документом является закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР», принятый 28 июня 1991 года Верховным советом РСФСР. Настоящий закон направлен на усиление заинтересованности и ответственности населения и государства, предприятий, учреждений, организаций в охране здоровья граждан в новых экономических условиях и обеспечивает конституционное право граждан РФ на мед. помощь.

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ М.С.

В соответствии с законом в системе мед. страхования взаимодействуют различные субъекты, являющиеся юридическими лицами. Их статус и взаимоотношения определены перечнем прав и обязанностей. Центральным субъектом мед. страхования является пациент, представленный в законе как «гражданин». Реализация его прав, обеспечивающих гарантированное получение мед. помощи – бесплатной, ограниченно платной, позволяющих свободно выбирать мед. организацию, мед. учреждение и врача, контролировать качество мед. обслуживания, выступает основной задачей мед. страхования. В соответствии с этим определен характер деятельности остальных субъектов М.С. /страхователей, страховых мед. организаций, мед. учреждений/. Их взаимоотношения урегулируются соответствующими договорами: между страхователем и страховой мед. организацией, СМО и мед. учреждением. В соответствии с договорами М.С. осуществляется финансирование мероприятий по оказанию мед. помощи и оказание ее гражданам. Кроме того, заключение договора обеспечивает юридическую сторону отношений субъектов М.С. / условия, ответственность и т.д./.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ М.С.

Предполагают коренные преобразования в системе охраны здоровья населения: децентрализацию управления здравоохранением., появление новых организационных форм и структур., активное влияние потребителей на организацию мед. помощи., внедрение механизмов, позволяющих контролировать и улучшать качество мед. обслуживания., широкое использование новых, нетрадиционных форм мед. помощи, коренные изменения кадровой политики здравоохранения/ перехода к оказанию мед. помощи врачам общей практики – семейным врачам/.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ М.С.

Первоочередным условием при становлении системы М.С. граждан является изменение механизмов финансирования здравоохранения. Это позволяет значительно увеличить объем расходов на мед. обслуживание пациентов. Финансирование здравоохранения в условиях БСМ осуществляется их двух основных источников:

1. Отчисление из гос. бюджета.
2. Страховые взносы, представляющие собой отчисления от фонда заработной платы в размере 5,1 % из них на мед. обслуживание работающего населения 3,1% и 2,0% на модернизацию здравоохранения.
3. Определения понятий: медицинское страхование, страховой случай, объект медицинского страхования

страховой риск.

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.

Объект обязательного медицинского страхования - страховой риск, связанный с возникновением страхового случая.

Страховой риск - предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи.

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.

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.

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.

Застрахованное лицо - физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с настоящим Федеральным законом.

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.

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.

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.

Страховой мед. полис - документ, который получает каждый гражданин на основании договора медицинского страхования. Гарантирует оказание мед. помощи в рамках программы ОМС на всей территории России.

Территориальный /ТФОМС/ - некоммерческое финансово-кредитное учреждение, осуществляющее аккумуляцию взносов на ОМС, финансирование ОМС.

Федеральный /ФФОМС/ - по аналогии с ТФОМС, осуществляет защиту интересов граждан в системе ОМС,

выравнивание условий деятельности ТФОМС по обеспечению программ ОМС, финансирование целевых программ в рамках ОМС /кадры, МТБ/.

Ассоциация врачей – общественная организация создаваемая в целях защиты прав мед. работников, их постдипломной подготовки. Принимает участие в лицензировании и аккредитации мед.учреждений, разработке территориальных программ по ОМС и разраб отке профессиональных стандартов /МЭСов/.

Лицензирование – выдача ЛПУ гос. разрешения /лицензии/ на право заниматься определенными видами мед. деятельности.

Аккредитация – определение соответствия ЛПУ установленным профессиональным стандартам по оказанию мед. помощи и услуг по основным аспектам: кадры, МТБ, условия работы, правила ТБ и ППБ. Лицензирование и аккредитация проводятся с целью определения возможностей ЛПУ реализовать МЭС.

МЭС – перечень мероприятий по оказанию мед.помощи населению разработанный для отдельного заболевания или группы однотипных заболеваний с учетом тарифов на мед. услуги. МЭС позволяют определить необходимый объем мед.помощи /диагностика, лечение, конечный результат/ и ее стоимость в рамках программ МС. граждан.

Общие положения Краевой Программы государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи.

Краевая Программа разработана исходя из нормативов, а также фактических объемов медицинской помощи, которые являются основой для формирования расходов на здравоохранение в бюджетах всех уровней и бюджете Красноярского краевого фонда обязательного медицинского страхования.

Краевая Программа обеспечивает реализацию конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи за счет соответствия гарантированных видов и объемов медицинской помощи и необходимых для их реализации финансовых средств.

Основные задачи и структура Краевой Программы государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи.

Основные задачи и структура Краевой Программы государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи включают:

- Перечень заболеваний, видов медицинской помощи и медицинских услуг, предоставляемых населению края бесплатно из средств краевого, местных бюджетов и за счет средств обязательного медицинского страхования.
- Перечень видов медицинской помощи, предоставляемой населению края бесплатно из средств краевого, местных бюджетов и за счет средств обязательного медицинского страхования.
- Перечень заболеваний, видов медицинской помощи и медицинских услуг, предоставляемых населению края бесплатно из средств краевого и местных бюджетов.
- Перечень заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемой населению края за счет средств обязательного медицинского страхования.
- Перечень мероприятий, финансируемых из средств краевого и местных бюджетов.
- Типы учреждений здравоохранения (структурных подразделений), финансируемых из средств краевого и местных бюджетов.
- Перечень учреждений здравоохранения, видов деятельности, финансируемых из средств краевого бюджета и за счет средств обязательного медицинского страхования.
- Перечень учреждений здравоохранения, видов деятельности, финансируемых из средств бюджетов и за счет средств обязательного медицинского страхования.
- Свободный расчет объемов и стоимости краевой Программы.
- Объемы стационарной, амбулаторно-поликлинической, скорой медицинской помощи, медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах и размер их финансирования для муниципальных образований (муниципальный заказ-задание на предоставление государственных, муниципальных медицинских услуг в учреждениях здравоохранения муниципальных образований).
- Планы-задания учреждениям здравоохранения Красноярского края и ведомственным учреждениям здравоохранения на реализацию государственных, муниципальных медицинских услуг в объемах стационарной, амбулаторно-поликлинической, скорой медицинской помощи и медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах.
- Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, применяемых при реализации

государственных гарантий.

- Условия и порядок предоставления бесплатной медицинской помощи населению на территории Красноярского края.
- Сводный баланс расчетной и утвержденной стоимости краевой Программы.

Перечень заболеваний, видов медицинской помощи и медицинских услуг, предоставляемых населению края бесплатно из средств краевого, местных бюджетов и средств обязательного медицинского страхования.

Населению, проживающему на территории Красноярского края, бесплатно из средств краевого, местных бюджетов и за счет обязательного медицинского страхования предоставляются следующие виды медицинской помощи:

1. Скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, осложнениями беременности и при родах.
2. Амбулаторно-поликлиническая помощь, включает проведение мероприятий по профилактике (в том числе диспансерному наблюдению, включая наблюдение здоровых детей), диагностике (в том числе в диагностических центрах) и лечению заболеваний как в поликлинике, так и на дому.
3. Стационарная помощь при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения, изоляции больного по эпидемиологическим показаниям; при патологии беременности, родах и абортах; при плановой госпитализации с целью проведения диагностических мероприятий, лечения и реабилитации, требующих круглосуточного медицинского наблюдения, в том числе и детских специализированных санаториев.
4. Медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах всех типов, при плановой госпитализации с целью проведения лечения, диагностических мероприятий и реабилитации, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

8. Вопросы по теме занятия

1. Дайте определение понятиям: страховая медицина и страхование здоровья

Компетенции: ОПК-6

2. Охарактеризуйте основные принципы государственной и страховой систем здравоохранения, выделите преимущества и недостатки страховой медицины

Компетенции: ОПК-6

3. Какой документ регламентирует функционирование медицинского страхования в РФ

Компетенции: ОПК-6

4. Какие правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения в РФ определяет закон

Компетенции: ОПК-6

5. Дайте определение следующим понятиям: медицинское страхование, страховой случай, объект медицинского страхования страховой риск

Компетенции: ОПК-6

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. КОНТРОЛЬ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- 1) путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи;
- 2) путём выездной налоговой проверки;
- 3) путём проверки необходимых всех документов;
- 4) путём проведения экспертизы правовых документов;

Компетенции: ОПК-6

2. МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА:

- 1) проверка первичной бухгалтерской документации;
- 2) установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации;
- 3) проверка качества оказания медико-социальных услуг населению;
- 4) проведения экспертизы медицинских документов на соответствие действующего законодательства;

Компетенции: ОПК-6

3. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ – ЭТО:

- 1) объект обязательного медицинского страхования;
- 2) 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;
- 3) ограничение возможности для пациента выбирать врача, мед. учреждение, СМО;
- 4) предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи;

Компетенции: ОПК-6

4. СТРАХОВОЙ РИСК - ЭТО:

- 1) права и обязанности субъектов мед. 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 осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи;

Компетенции: ОПК-6

5. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО:

- 1) безработный гражданин, зарегистрированный в соответствии с законодательством о занятости;
- 2) гражданин имеющий право на получение в пользу него социальных выплат;
- 3) физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с действующим законодательством;
- 4) гражданин, обучающиеся по очной форме в образовательных учреждениях начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования;

Компетенции: ОПК-6

6. ПРЕДПРИЯТИЯ И УЧРЕЖДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ, МУНИЦИПАЛЬНОЙ И ЧАСТНОЙ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОГУТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ТОЛЬКО ПРИ НАЛИЧИИ:

- 1) сертификата соответствия стандартам;
- 2) лицензии на медицинские услуги и работы;
- 3) сертификата и лицензии;
- 4) разрешения органа местного самоуправления;

Компетенции: ОПК-6

7. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ ЛИЦЕНЗИЙ УЧРЕЖДЕНИЯМ ВСЕХ ФОРМ СОБСТВЕННОСТИ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ:

- 1) Президентом РФ;
- 2) Правительством РФ;
- 3) Федеральным Собранием РФ;
- 4) Министерством здравоохранения и социального развития РФ;

Компетенции: ОПК-6

8. ОСНОВНОЙ ДОКУМЕНТ, КОТОРЫМ РЕГУЛИРУЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РФ.:

- 1) закон «Об Обязательном Медицинском Страховании в РФ»;
- 2) договорами между медицинскими учреждениями и СМО;
- 3) Конституция РФ;
- 4) Гражданский Кодекс РФ;

Компетенции: ОПК-6

9. ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА ИМЕЮТ ПРАВО НА:

- 1) на получение полиса обязательного медицинского страхования;
- 2) бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая;
- 3) отказ от получения медицинской услуги;
- 4) пользование другими видами страхования;

Компетенции: ОПК-6

10. ОБЪЕКТ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ - ЭТО:

- 1) предполагаемое событие;
- 2) страховой риск, связанный с возникновением страхового случая;
- 3) медицинская услуга;
- 4) медицинская экспертиза;

Компетенции: ОПК-6

11. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ЯВЛЯЕТСЯ:

- 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;
- 2) законность;
- 3) гласность;
- 4) соблюдение действующего законодательства всеми гражданами;

Компетенции: ОПК-6

12. ПРЕДМЕТОМ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЗАКОНА ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования;
- 2) страховые мед. организации;
- 3) страхователи;
- 4) граждане;

Компетенции: ОПК-6

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Пациенту Петрову В. И. было отказано в госпитализации, на основании отсутствия у него при поступлении полиса ОМС, показания к госпитализации по причине тяжелого состояния и по профилю заболевания соответствовали принятым стандартам и этапу медицинской помощи. Пациент утверждал, что он застрахован в страховой компании Медпроф, а полис утратил

Вопрос 1: Какие нормативно-правовой акты регулирует правила получения бесплатной медицинской помощи;

Вопрос 2: Правомочен ли данный отказ;

Вопрос 3: По каким причинам не правомочен данный отказ;

Компетенции: ОПК-6

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 пищеводного 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;

Компетенции: ОПК-6

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Страховая медицина. Нормативно-правовая база. Виды медицинского страхования. ОМС в Красноярском крае.
2. ОМС в Красноярском крае. Добровольное медицинское страхование в России. Проблемы, перспективы.
3. ОМС в Красноярском крае.

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- **обязательная:**

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

- **дополнительная:**

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

1. Тема № 7. Организация медико-социальной экспертизы. Экспертиза временной нетрудоспособности. Реабилитация (Компетенции: ПК-14, ПК-15)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Данная тема имеет особое значение в связи с растущей актуальностью клинико-экспертной работы. Значимость подобного материала обусловлена теми негативными тенденциями в состоянии здоровья работающего населения России. Растет уровень первичной инвалидности среди лиц трудоспособного возраста. Данное занятие предусматривает изучение нормативно-правовых основ медико-социальной экспертизы

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях стоматологического профиля, осуществление экспертизы трудоспособности, **уметь** оценить основные показатели работы лечебно-профилактических учреждений, **владеть** методикой формирования маршрута реабилитации инвалида

6. Место проведения и оснащение занятия:

7. Аннотация (краткое содержание темы)

ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Экспертиза - это изучение специалистом или группой специалистов вопроса, требующего для своего решения специальных знаний в какой-либо области науки, техники, искусства и т.д.

Медицинская экспертиза - это проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина.

В Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определено несколько видов медицинской экспертизы.

Экспертиза временной нетрудоспособности граждан в связи с заболеваниями, травмами, отравлениями и иными состояниями, связанными с временной потерей трудоспособности, долечиванием в санаторно-курортных организациях, при необходимости ухода за больным членом семьи, в связи с карантином, на время протезирования в стационарных условиях, в связи с беременностью и родами, при усыновлении ребенка проводится в целях определения способности работника осуществлять трудовую деятельность, необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, а также принятия решения о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу.

ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ЭКСПЕРТИЗЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ.

Экспертиза трудоспособности - область медицинских и научных знаний, изучающая трудоспособность человека при наличии у него заболевания, травмы, увечья, анатомического дефекта, беременности, а также некоторых других причин, регламентированных законодательством по государственному социальному страхованию и преследующих социально-профилактические цели (уход за больным членом семьи, санаторно-курортное лечение, карантин, стационарное протезирование и

др.).

Организация экспертизы трудоспособности в России построена на трех основных принципах:

Первый принцип - государственный характер, который заключается в том, что существуют единые государственные органы, которым дано право решения всех вопросов связанных с нетрудоспособностью;

Второй принцип - профилактическое направление. Главной задачей рассматриваемого вида экспертизы трудоспособности является максимально быстрое восстановление трудоспособности и предотвращение инвалидности;

Третий принцип - коллегиальность в решении всех вопросов экспертизы трудоспособности, что достигается одновременным участием нескольких специалистов, администрации.

Экспертиза трудоспособности в России является государственной функцией. Российским законодательством определены единые органы экспертизы трудоспособности:

1. лечебно-профилактические учреждения, независимо от их уровня, профиля, ведомственной принадлежности

- и формы собственности, при наличии лицензии на данный вид медицинской деятельности;
- 2. органы социальной защиты населения различных территориальных уровней;
- 3. профсоюзные органы.

Объектом исследования экспертизы трудоспособности является трудоспособность больного, увечного человека.

Трудоспособность - это такое состояние организма, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяет выполнять работу определенного объема и качества.

Нетрудоспособность - это состояние, обусловленное болезнью, травмой, ее последствиями или другими причинами, когда выполнение профессиональной деятельности невозможно.

Нарушение трудоспособности человека принято делить по степени и по характеру.

По степени выделяют:

- ограничение трудоспособности;
- утрата трудоспособности;

По характеру выделяют:

- временную утрату трудоспособности (полную и частичную);
- стойкую утрату трудоспособности (инвалидность).

Временная нетрудоспособность (ВН) - это состояние организма человека, обусловленное заболеванием, травмой и другими причинами, при которых нарушения функций сопровождаются невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение определенного промежутка времени, т.е. носят обратимый характер.

Установление факта ВН является медицинским действием, поскольку оно направлено на устранение неблагоприятных факторов и означает начало лечения.

Полная нетрудоспособность - это утрата работающим способности к любому труду на определенный срок, сопровождающаяся необходимостью создания специального режима и проведения лечения.

Частичная нетрудоспособность - это временная нетрудоспособность в отношении своей обычной профессиональной работы при сохранении способности выполнять другую работу с иным, облегченным, режимом или уменьшенным объемом.

Стойким нарушением трудоспособности (инвалидностью) называется такое состояние, при котором функциональные и органические нарушения, обусловленные заболеванием, увечьем или анатомическим дефектом, носят устойчивый или постоянный характер и препятствуют продолжению работы по основной профессии (полностью или частично) на длительный срок или постоянно.

Особое место среди различных видов медицинской экспертизы занимает экспертиза нетрудоспособности, тесно сопрягающаяся 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.

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 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).

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.

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.

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.

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.

8. Вопросы по теме занятия

1. Осветить понятие реабилитации как системы деятельности. Сформулировать цель реабилитации

Компетенции: ПК-14

2. Назовите общие правила проведения реабилитационных мероприятий

Компетенции: ПК-14

3. Этапы медицинской реабилитации

Компетенции: ПК-14

4. Аспекты реабилитации

Компетенции: ПК-14

5. Порядок оформления листка нетрудоспособности

Компетенции: ПК-14

6. Правила выдачи листка нетрудоспособности

Компетенции: ПК-14

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. РЕШЕНИЕ КАКОГО ВОПРОСА ВХОДИТ В КОМПЕТЕНЦИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ?:

- 1) продление листка нетрудоспособности свыше 15 календарных дней;
- 2) диспансеризация длительно и часто болеющих пациентов;
- 3) выдача листков нетрудоспособности работающему населению;
- 4) установление сроков и причин инвалидности;

Компетенции: ПК-14

2. К ДОКУМЕНТАМ, УСТАНОВЛЕННОЙ ФОРМЫ, УДОСТОВЕРЯЮЩИМ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ГРАЖДАН ОТНОСИТСЯ.:

- 1) санаторно-курортная карта;
- 2) листок нетрудоспособности;
- 3) карта выбывшего из стационара;
- 4) карта амбулаторного больного;

Компетенции: ПК-14

3. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ ВЫДАЕТСЯ.:

- 1) по уходу за взрослым членом семьи при лечении в амбулаторных условиях;
- 2) по уходу за взрослым членом семьи, находящимся в стационаре;
- 3) при возникновении нетрудоспособности в период очередного отпуска;
- 4) при протезировании в условиях стационара;

Компетенции: ПК-14

4. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН.:

- 1) граждан, у которых нетрудоспособность или отпуск по беременности и родам наступили в течение месячного срока после увольнения с работы по уважительным причинам;
- 2) гражданам, признанными безработными и состоящими на учете в территориальных органах труда и занятости населения;
- 3) гражданам, у которых нетрудоспособность наступила через два месяца после увольнения с работы по собственному желанию;
- 4) бывшим военнослужащим, уволенным со срочной службы из Вооруженных Сил РФ при наступлении нетрудоспособности в течение месяца после увольнения;

Компетенции: ПК-14

5. ВЫДАЧА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ ЛИЧНОГО ОСМОТРА ПАЦИЕНТА ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ.:

- 1) в день обращения больного за медицинской помощью;
- 2) в день установления факта временной нетрудоспособности;
- 3) в день установления диагноза;
- 4) после проведения лабораторно-диагностических мероприятий;

Компетенции: ПК-14

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. В связи с заболеванием больной лечился у частнопрактикующего врача. В связи с тяжелым стоматологическим заболеванием был нетрудоспособен 15 дней.

Вопрос 1: При каких необходимых условиях частнопрактикующий врач имеет право выдать листок нетрудоспособности?;

Вопрос 2: Какие существуют правила выдачи листка нетрудоспособности и как должен поступить врач в данном случае?;

Компетенции: ПК-14

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Особенности реабилитации онкологических больных.
2. Современные аспекты медико-социальной экспертизы
3. Инвалидность как медико-социальная проблема

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

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

- дополнительная:

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

- электронные ресурсы:

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