

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ**К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ № 106/У-08****СЕРИЯ _____ № _____**

Дата выдачи «____» _____ 20__ г.

(окончательного, предварительного, взамен предварительного, взамен окончательного)**(подчеркнуть)****серия _____ № _____ «____» _____ 20__ г.**

1. Фамилия, имя, отчество умершего(ей) _____
 2. Пол: мужской [1], женский [2]
 3. Дата рождения : число _____, месяц _____, год _____
 4. Дата смерти : число _____, месяц _____, год _____, время _____
 5. Место постоянного жительства (регистрации) умершего(ей) : республика, край, область _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ кв. _____
 6. Смерть наступила: на месте происшествия [1], в машине скорой помощи [2], в стационаре [3], дома [4], в другом месте [5]
- Для детей, умерших в возрасте до 1 года:**
7. Дата рождения: число _____, месяц _____, год _____, число месяцев _____, дней жизни _____
 8. Место рождения _____
 9. Фамилия, имя, отчество матери _____

линия отреза

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
Наименование медицинской организации _____
адрес _____
Код по ОКПО _____
Для врача, занимающегося частной практикой:
номер лицензии на медицинскую деятельность _____
адрес _____

Код формы по ОКУД _____
Медицинская документация
Учетная форма № 106/у-08
Утверждена приказом Минздравсоцразвития России
от «26» декабря 2008 г. № 782н

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ**СЕРИЯ _____ № _____**

Дата выдачи «____» _____ г.

(окончательное, предварительное, взамен предварительного, взамен окончательного (подчеркнуть))**серия _____ № _____ «____» _____ 20__ г.**

1. Фамилия, имя, отчество умершего(ей) _____
2. Пол: мужской [1], женский [2]
3. Дата рождения : число _____, месяц _____, год _____
4. Дата смерти : число _____, месяц _____, год _____, время _____
5. Место постоянного жительства (регистрации) умершего(ей) : республика, край, область _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ кв. _____
6. Местность: городская [1], сельская [2]
7. Место смерти: республика, край, область _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ кв. _____
8. Местность: городская [1], сельская [2]
9. Смерть наступила: на месте происшествия [1], в машине скорой помощи [2], в стационаре [3], дома [4], в другом месте [5].
10. Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 месяца: доношенный (37-41 неделя) [1], недоношенный (менее 37 недель) [2], переносный (42 недель и более) [3].
11. Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 года:
масса тела ребенка при рождении _____ грамм [1], каким по счету был ребенок у матери (считая умерших и не считая мертворожденных) [2], дата рождения матери _____ [3], возраст матери (полных лет) _____ [4],
фамилия матери _____ [5], имя _____ [6], отчество _____ [7]
- 12.* Семейное положение: состоял(а) в зарегистрированном браке [1], не состоял(а) в зарегистрированном браке [2], неизвестно [3].
- 13.* Образование: профессиональное: высшее [1], неполное высшее [2], среднее [3], начальное [4]; общее: среднее (полное) [5], основное [6], начальное [7]; не имеет начального образования [8]; неизвестно [9].
- 14.* Занятость: был(а) занят(а) в экономике: руководители и специалисты высшего уровня квалификации [1], прочие специалисты [2], квалифицированные рабочие [3], неквалифицированные рабочие [4], занятые на военной службе [5]; не был(а) занят(а) в экономике: пенсионеры [6], студенты и учащиеся [7], работавшие в личном подсобном хозяйстве [8], безработные [9], прочие [10].
15. Смерть произошла: от заболевания [1]; несчастного случая: не связанного с производством [2], связанного с производством [3]; убийства [4]; самоубийства [5]; в ходе действий: военных [6], террористических [7]; род смерти не установлен [8].

* В случае смерти детей, возраст которых указан в пунктах 10-11, пункты 12 - 14 заполняются в отношении их матерей.

Оборотная сторона

10. Причины смерти:

I. а) _____
(болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)

б) _____
(патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)

в) _____
(первоначальная причина смерти указывается последней)

г) _____
(внешняя причина при травмах и отравлениях)

Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Код по МКБ-10
_____	____.____
_____	____.____
_____	____.____
_____	____.____

II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)

____.____

11. В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила – в течение 30 суток [1], из них в течение 7 суток [2].

12. В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) [1], в процессе родов (аборта) [2], в течение 42 дней после окончания беременности, родов (аборта) [3]; кроме того в течение 43-365 дней после окончания беременности, родов [4]

13. Фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство о смерти _____ Подпись _____

14. Фамилия, имя, отчество получателя _____
Документ, удостоверяющий личность получателя (серия, номер, кем выдан) _____
« ____ » _____ 20 ____ г. Подпись получателя _____

~~16. В случае смерти от несчастного случая, убийства, от военных и террористических действий, при неустановленном роде смерти - указать дату травмы (отравления): число ____ месяц _____, год _____, время _____, а также место и обстоятельства, при которых произошла травма (отравление) _____~~

17. Причины смерти установлены: врачом, только установившим смерть [1], лечащим врачом [2], фельдшером (акушеркой) [3], патологоанатомом [4], судебно-медицинским экспертом [5].

18. Я, врач (фельдшер, акушерка) _____, (фамилия, имя, отчество)

должность _____,
удостоверяю, что на основании: осмотра трупа [1], записей в медицинской документации [2], предшествующего наблюдения за больным(ой) [3], вскрытия [4] мною определена последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлены причины смерти.

19. Причины смерти:

I. а) _____
(болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)

б) _____
(патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)

в) _____
(первоначальная причина смерти указывается последней)

г) _____
(внешняя причина при травмах и отравлениях)

Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Код по МКБ-10
_____	____.____
_____	____.____
_____	____.____
_____	____.____
_____	____.____

II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)

____.____

20. В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила – в течение 30 суток [1], из них в течение 7 суток [2].

21. В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) [1], в процессе родов (аборта) [2], в течение 42 дней после окончания беременности, родов (аборта) [3]; кроме того в течение 43-365 дней после окончания беременности, родов [4].

22. Фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство о смерти _____ Подпись _____

Руководитель медицинской организации, частнопрактикующий врач (подчеркнуть) _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Печать _____

23. Свидетельство проверено врачом, ответственным за правильность заполнения медицинских свидетельств.
« ____ » _____ 20 ____ г. _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество врача)

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ

К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ №106-2/у -08

СЕРИЯ _____ № _____

Дата выдачи " _____ " _____ 20 ____ г.

(окончательного, предварительного, взамен предварительного, взамен окончательного (подчеркнуть))

серия _____ № _____ « _____ » _____ 20 ____ г.

1. Роды мертвым плодом: число _____, месяц _____, год _____, час. _____, мин. _____
2. Ребенок родился живым: число _____, месяц _____, год _____, час. _____, мин. _____
и умер дата: число _____, месяц _____, год _____, час. _____, мин. _____
3. Смерть наступила: ☐ до начала родов, ☐ во время родов, ☐ после родов, ☐ неизвестно
4. Фамилия, имя, отчество матери _____
5. Дата рождения матери: число _____, месяц _____, год _____
6. Место постоянного жительства (регистрации) матери умершего (мертворожденного) ребенка:
республика, край, область _____ район _____
город (село) _____ улица _____ дом _____ кв. _____
7. Местность: городская ☐ , сельская ☐
8. Фамилия, имя, отчество умершего ребенка (фамилия плода) _____
9. Пол: мальчик ☐ , девочка ☐
10. Смерть (мертворождение) произошла: в стационаре ☐ , дома ☐ , в другом месте ☐

----- линия отреза -----

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Наименование медицинской организации _____
адрес _____
Код по ОКПО _____
Для врача, занимающегося частной практикой: номер лицензии на медицинскую деятельность _____
адрес _____

Код формы по ОКУД _____
Медицинская документация
Учетная форма №106-2/у-08
Утверждена приказом Минздравсоцразвития России от «26» декабря 2008 г. №782н

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ

СЕРИЯ _____ № _____

Дата выдачи « _____ » _____ 20 ____ г.

окончательное, предварительное, взамен предварительного, взамен окончательного (подчеркнуть)

серия _____ № _____ « _____ » _____ 20 ____ г.

1. Роды мертвым плодом: число _____, месяц _____, год _____, час. _____, мин. _____
2. Ребенок родился живым: число _____, месяц _____, год _____, час. _____, мин. _____
и умер - число _____, месяц _____, год _____, час. _____, мин. _____
3. Смерть наступила: до начала родов ☐ , во время родов ☐ , после родов ☐ , неизвестно ☐

Мать

Ребенок (плод)

4. Фамилия, имя, отчество _____
5. Дата рождения матери

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
число		месяц		год					
6. Место постоянного жительства (регистрации):
республика, край, область _____
район _____
город (село) _____
улица _____ дом _____ кв. _____
7. Местность: городская ☐ , сельская ☐
8. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке ☐ , не состоит в зарегистрированном браке ☐ , неизвестно ☐
9. Образование: профессиональное: высшее ☐ , неполное высшее ☐ , среднее ☐ , начальное ☐ ; общее: среднее (полное) ☐ , основное ☐ , начальное ☐ ; не имеет начального образования ☐ ; неизвестно ☐
10. Занятость: была занята в экономике: руководители и специалисты высшего уровня квалификации ☐ , прочие специалисты ☐ , квалифицированные рабочие ☐ , неквалифицированные рабочие ☐ , занятые на военной службе ☐ ; не была занята в экономике: пенсионеры ☐ , студенты и учащиеся ☐ , работавшие в личном подсобном хозяйстве ☐ , безработные ☐ , прочие ☐
11. Которые по счету роды ☐ ☐

12. Фамилия ребенка (плода) _____
13. Место смерти (мертворождения):
республика, край, область _____
район _____
город (село) _____
14. Местность: городская ☐ , сельская ☐
15. Смерть (мертворождение) произошла(о):
в стационаре ☐ , дома ☐ , в другом месте ☐ , неизвестно ☐
16. Пол: мальчик ☐ , девочка ☐
17. Масса тела ребенка(плода) при рождении г
18. Длина тела ребенка (плода) при рождении см
19. Мертворождение или живорождение произошло:
при одноплодных родах ☐ ☐
при многоплодных родах: которыми по счету ☐ ☐
число детей родившихся (живыми и мертвыми) ☐ ☐

11. Причины перинатальной смерти:

Код по МКБ-10

а) основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка

--	--	--	--

б) другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка

.

в) основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка

			•	
--	--	--	---	--

г) другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка

.

д) другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, смерти

.

12. _____ (должность врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство о перинатальной смерти)	_____ (подпись)	_____ (фамилия, имя, отчество)
---	-----------------	--------------------------------

13. Запись акта о мертворождении, смерти (нужное подчеркнуть) № _____ от « ____ » _____ 20__ г., наименование органа ЗАГС _____, фамилия, имя, отчество работника органа ЗАГС _____

14. Получатель _____

(фамилия, имя, отчество и отношение к мертворожденному (умершему ребенку))

Документ, удостоверяющий личность получателя (серия, номер, кем выдан) _____

« _____ » 20 ____ г.

(подпись)

— линия отреза

20. Которым по счету ребенок был рожден у матери (считая умерших и не считая мертворожденных)

21. Смерть ребенка (плода) произошла: от заболевания , несчастного случая , убийства , род смерти не установлен

22. Лицо, принимавшее роды: врач , фельдшер, акушерка , другое

23. Причины перинатальной смерти:

Код по МКБ-10

а) основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка

			•	
--	--	--	---	--

б) другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка

--	--	--	--	--

--

в) основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка

--	--	--	--	--

--

г) другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка

--	--	--	--

 .

--

д) другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, смерти

--	--	--

 .

--

24. Причины смерти установлены:
врачом, только удостоверившим смерть [1], врачом-акушером-гинекологом, принимавшим роды [2], врачом-неонатологом (педиатром), лечившим ребенка [3], врачом-патологоанатомом [4], судебно-медицинским экспертом [5], акушеркой [6], фельдшером [7]
на основании: осмотра трупа [1], записей в медицинской документации [2], собственного предшествовавшего наблюдения [3], вскрытия [4].

25.	(должность врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство о перинатальной смерти)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество)
-----	--	-----------	--------------------------

Руководитель медицинской организации,
частнопрактикующий врач (подчеркнуть)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

Печать

26. Свидетельство проверено врачом, ответственным за правильность заполнения медицинских свидетельств.

« » 20 г.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество врача)

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ К ФОРМЕ № 103/у – 98**СЕРИЯ** _____ **№** _____

Дата выдачи « _____ » _____ г.

Наименование учреждения здравоохранения _____
Ф.И.О. частнопрактикующего врача _____

1. Фамилия, имя, отчество матери _____
2. Адрес (место постоянного жительства матери): республика, область (край) _____
_____ район _____, город – 1, село – 2 _____
улица _____ дом _____ кв. _____
3. Дата рождения матери: год _____, месяц _____, число _____
4. Национальность матери _____
5. Семейное положение матери: состоит в браке – 1, не состоит в браке – 2
6. Образование матери: высшее – 1, незаконченное высшее – 2, среднее специальное – 3
среднее общее – 4, неполное среднее – 5, начальное и ниже – 6
7. Дата родов: год _____, месяц _____, число _____, час _____, мин. _____
8. Место родов _____
в стационаре, на дому, в другом месте
9. Пол ребенка: мальчик – 1, девочка – 2, не определен – 3
10. Ребенок родился при сроке беременности _____ недель
11. Которые по счету роды _____
12. Которая по счету беременность _____
13. Который по счету родившийся ребенок у матери _____
14. Ребенок родился при многоплодных родах – 1, первым из двойни – 2, вторым из двойни – 3, при других многоплодных родах – 4
15. Масса ребенка при рождении _____ г. Рост ребенка при рождении _____ см.
16. Оценка по шкале Апгар _____ 1 мин., _____ 5 мин.
17. Критерии живорождения: дыхание – 1, сердцебиение – 2, пульсация пуповины – 3, определенные движения произвольной мускулатуры – 4.

✂----- Линия отреза -----

Министерство здравоохранения Российской Федерации Наименование учреждения здравоохранения _____ Ф.И.О. частнопрактикующего врача
--

Код формы по ОКУД Медицинская документация форма № 103/у-98 Утверждена приказом Минздрава России от 07. 08. 1998 № 241

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ**СЕРИЯ** _____ **№** _____

Дата выдачи « _____ » _____ г.

1. Фамилия, имя, отчество матери _____
2. Адрес (место постоянного жительства матери): республика, область (край) _____
_____ район _____, город – 1, село – 2 _____
улица _____ дом _____ кв. _____
3. Дата рождения матери: год _____, месяц _____, число _____
- 4.* Национальность матери _____
5. Семейное положение матери: состоит в браке – 1, не состоит в браке – 2
6. Образование матери: высшее – 1, незаконченное высшее – 2, среднее специальное – 3
среднее общее – 4, неполное среднее – 5, начальное и ниже – 6

* заполняется по желанию заявителя

18.Медицинские факторы риска настоящей беременности:	
Анемия	01
Болезни системы кровообращения	02
Болезни органов дыхания	03
Инфекционные и паразитарные болезни матери	04
Гипертензия кардиоваскулярная	05
Гипертензия почечная	06
Вызванная беременностью гипертензия	07
Сахарный диабет	08
Болезни почек	09
Гидрамнион (многоводие)	10
Олигогидрамнион	11
Эклампсия	12
Кровотечение в ранние сроки беременности	13
Инфекция мочеполовых путей	14
Недостаточность питания при беременности	15
Генитальный герпес	16
Недостаточность плаценты	17
Rh-сенсibilизация	18
Крупный плод	19
Гипотрофия плода	20
Другие (указать)	21
Не было	00
19.Прочие факторы риска во время беременности:	
Курение	01
Употребление алкоголя	02
20.Осложнения родов:	
Гипертермия во время родов	01
Предлежание плаценты	02
Преждевременная отслойка плаценты	03
Неудачная попытка стимуляции родов	04
Стремительные роды	05
Затрудненные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода	06
Кровотечение во время родов	07
Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс)	08
Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины	09
Другие (указать)	10
Не было	00

21.Акушерские процедуры:	
Амниоцентез	01
Мониторинг плода	02
Стимуляция плода	03
Ультрасонография	04
Другие (указать)	05
Не производили	00
22.Осложнения новорожденного:	
Анемия	01
Фетальный алкогольный синдром	02
Синдром мекониевой пробки	03
Легочная вентиляция до 30 минут	04
Легочная вентиляция свыше 30 минут	05
Другие (указать)	06
Нет осложнений	00
23.Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения)	
Анэнцефалия	01
Спинно-мозговая грыжа	02
Энцефалоцеле	03
Гидроцефалия	04
Расщелина неба	05
Тотальная расщелина губы	06
Атрезия пищевода	07
Атрезия ануса	08
Эписпадия	09
Редукционные пороки конечностей	10
Омфалоцеле	11
Синдром Дауна	12
Другие (указать)	13
Не было	00

Свидетельство выдал врач (фельдшер, акушерка) _____
подчеркнуть

✂----- Линия отреза -----

7. Дата родов: год _____, месяц _____, число _____, час _____, мин. _____

8. Место родов _____
в стационаре, на дому, в другом месте

9. Пол ребенка: мальчик –1, девочка – 2

10.Который по счету родившийся ребенок у матери _____

11.Ребенок родился при одноплодных родах – 1, первым из двойни – 2, вторым из двойни – 3, при других многоплодных родах – 4

12.Врач (фельдшер, акушерка) _____
Ф.И.О. и подпись выдавшего свидетельство о рождении

Печать
учреждения здравоохранения
или частнопрактикующего врача

Подпись выдавшего свидетельство о рождении

К сведению родителей

В соответствии со ст. Федерального Закона “Об актах гражданского состояния” регистрация ребенка в органах ЗАГС обязательна. Заявление о рождении ребенка должно быть сделано не позднее чем через месяц со дня рождения.

Заболеваемость населения. Инвалидизация населения.

Заболеваемость населения - это важнейшая составляющая комплексной оценки здоровья населения. Учет заболеваемости ведется практически всеми медицинскими учреждениями. Анализ заболеваемости необходим для выработки управленческих решений как на федеральном, так на региональном и муниципальном уровнях управления системой здравоохранения. Только на ее основе возможны правильное планирование и прогнозирование развития сети учреждений здравоохранения, оценка потребности в различных видах ресурсов. Показатели заболеваемости служат одним из критериев оценки качества работы медицинских учреждений, системы здравоохранения в целом.

Основные источники получения информации о заболеваемости населения следующие:

- регистрация случаев заболевания при обращении населения за медицинской помощью в организации здравоохранения;
- регистрация случаев заболевания при медицинских осмотрах;
- регистрация случаев заболеваний и причин смерти по данным патологоанатомических и судебно-медицинских исследований.

Учет заболеваемости по данным обращаемости населения за медицинской помощью в организации здравоохранения ведется на основании разработки «Талона амбулаторного пациента» (ф. 025-6(7)/у-89; 025-10/у-97; 025-11/у-02; 025-12/у-04) или «Единого талона амбулаторного пациента» (ф. 025-8/у-95). Талоны заполняются на все заболевания и травмы (кроме острых инфекционных заболеваний), во всех поликлиниках, амбулаториях в городах и сельской местности.

В зависимости от системы организации работы в поликлинике талоны заполняются по окончании приема врачами или медицинскими сестрами по указанию врачей или централизованно статистиком учреждения по данным переданных ему с приема «Медицинских карт амбулаторного больного», «Историй развития ребенка» и т.д. В настоящее время в организациях здравоохранения внедряется новая методика учета заболеваемости по законченному случаю обслуживания с автоматизированной обработкой первичной медицинской документации на основании данных «Талона амбулаторного пациента».

Однако данные заболеваемости населения (по обращаемости) за медицинской помощью не всегда носят объективный характер, поэтому для более полной оценки общественного здоровья показатели заболеваемости по данным обращаемости необходимо уточнять и дополнять. Для этого используют данные о заболеваемости населения, полученные в результате проводимых медицинских осмотров.

Результаты медицинских осмотров фиксируются в «Карте подлежащего периодическому осмотру» (ф. 046/у) - для лиц, проходящих обязательные периодические осмотры, в «Медицинской карте амбулаторного больного» (ф. 025/у-87, 025/у-04), в «Истории развития ребенка» (ф. 112/у), «Медицинской карте ребенка» (ф. 026/у), в «Медицинской карте студента вуза».

В зависимости от поставленных задач и используемых организационных технологий медицинские осмотры подразделяют на:

- предварительные медицинские осмотры;
- периодические медицинские осмотры;
- целевые медицинские осмотры.

Предварительные медицинские осмотры проводят при поступлении на работу или учебу с целью определения соответствия состояния здоровья требованиям профессии или обучения, а также выявления заболеваний, которые могут прогрессировать в условиях работы с профессиональными вредностями или в процессе учебы.

Цель **периодических медицинских осмотров** - динамическое наблюдение за состоянием здоровья работающих в условиях воздействия профессиональных вредностей, своевременное установление начальных признаков профессиональных заболеваний, выявление общих заболеваний, препятствующих продолжению работы с вредными опасными веществами и производственными факторами.

Целевые медицинские осмотры проводятся, как правило, для обнаружения ранних форм социально-значимых заболеваний (злокачественные новообразования, туберкулез, сахарный диабет и другие) и охватывают различные группы организованного и неорганизованного населения.

Лучший способ массового медицинского осмотра с точки зрения качества - это проведение его бригадой специалистов. Однако такие осмотры связаны с необходимостью привлечения значительных кадровых, финансовых, материальных ресурсов.

Именно поэтому стремление охватить медицинскими осмотрами как можно большую часть населения с привлечением ограниченного объема ресурсов обусловило разработку и внедрение различных организационных форм обследования с использованием многообразных тестов. Эти организационные формы носят общее название «скрининг». Само понятие «скрининг» берет начало от английского слова «*screening*», что в переводе означает просеивание, отсев, отбор.

Скрининг - это массовое обследование населения и выявление лиц с заболеваниями или начальными признаками заболеваний. Основная цель скрининга - провести первичный отбор лиц, требующих углубленного обследования, консультации узких специалистов, формирования групп повышенного риска заболевания определенной патологией. Как правило, целевые (скрининговые) медицинские осмотры проводятся в несколько этапов.

В результате медицинских осмотров рассчитывается **показатель патологической пораженности**.

$$\text{Патологическая пораженность} = \frac{\text{Число заболеваний, выявленных на медицинских осмотрах}}{\text{Число осмотренных}} \times 1000.$$

При хорошо спланированных и проведенных медицинских осмотрах дополнительно устанавливается 2000-2500 случаев заболеваний (на 1000 населения), то есть в среднем по 2-2,5 заболевания на человека, которые не являлись причиной обращения пациентов в медицинские учреждения. Эти дополнительно определенные на медицинских осмотрах заболевания учитываются для расчета **показателя истощенной заболеваемости населения**. Кроме того, для получения полной и объективной картины заболеваемости населения должны учитываться и случаи заболеваний, которые привели к гибели больного, но не явились причиной его обращения в лечебно-диагностические учреждения при жизни. Эти случаи регистрируются при патологоанатомических и судебно-медицинских исследованиях.

При регистрации заболеваний необходимо следовать следующим правилам. При изучении первичной заболеваемости за единицу наблюдения принимают случай заболевания, зарегистрированный впервые в жизни у пациента в данном году. Диагнозы острых заболеваний регистрируют каждый раз при их новом возникновении в течение года, хронические заболевания учитывают только один раз в году, обострения хронических заболеваний не учитывают. Таким образом, для расчета показателя первичной заболеваемости берут все заболевания, возникшие у больного впервые в течение года и отмеченные в формах первичной учетной медицинской документации («Талоне амбулаторного пациента» или «Едином талоне амбулаторного пациента») знаком (+).

При изучении **общей заболеваемости** учитывают все случаи заболеваний, зарегистрированные со знаком (+) и знаком (-). Со знаком (+) регистрируются все заболевания, отнесенные к первичной заболеваемости. Со знаком (-) регистрируются первые в данном году обращения по поводу хронического заболевания, выявленного в предыдущие годы.

Среди работающего населения выделяют **заболеваемость профессиональными болезнями** и **заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ)**, которые занимают особое место в статистике заболеваемости в силу большой социально-экономической значимости.

Основным нормативным документом, который используется во всех странах мира для изучения заболеваемости и причин смертности, служит Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). **МКБ** - это система группировки болезней и патологических состояний, которая пересматривается и утверждается ВОЗ примерно каждые 10 лет. В настоящее время у нас в стране, как и во всем мире, действует Международная классификация десятого пересмотра - МКБ-10 (табл. 1.3).

Таблица 1.3. Классы болезней (МКБ-10)

Классы	Наименование классов
I	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни
II	Новообразования
III	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм
IV	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ
V	Психические расстройства и расстройства поведения
VI	Болезни нервной системы
VII	Болезни глаза и его придаточного аппарата
VIII	Болезни уха и сосцевидного отростка
IX	Болезни системы кровообращения
X	Болезни органов дыхания
XI	Болезни органов пищеварения
XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки
XIII	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
XIV	Болезни мочеполовой системы

Окончание табл. 1.3

Классы	Наименование классов
XV	Беременность, роды и послеродовой период
XVI	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде
XVII	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения
XVIII	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках
XIX	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин
XX	Внешние причины заболеваемости и смертности
XXI	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения

С учетом источников и методов получения данных в статистике заболеваемости рассчитывают следующие основные показатели:

- первичную заболеваемость;
- общую заболеваемость (распространенность, болезненность);
- исчерпанную (истинную) заболеваемость.

Первичная заболеваемость - это совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году зарегистрированных при обращении населения за медицинской помощью случаев заболеваний.

Показатель первичной заболеваемости рассчитывается по следующей формуле.

$$\text{Первичная заболеваемость} = \frac{\text{Число впервые в жизни зарегистрированных случаев заболеваний}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

Уровень первичной заболеваемости взрослого населения Российской Федерации колеблется в пределах 500-600?. Уровень первичной заболеваемости детей значительно превышает аналогичные показатели у взрослых и находится в пределах 1800-1900?.

Общая заболеваемость (распространенность, болезненность) - это совокупность первичных в данном году случаев обращений населения за медицинской помощью по поводу заболеваний, выявленных как в данном году, так и в предыдущие годы.

Показатель общей заболеваемости по обращаемости рассчитывается по следующей формуле.

$$\text{Общая} \\ \text{заболеваемость} = \frac{\text{Число всех заболеваний, выявленных} \\ \text{в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

Уровень общей заболеваемости взрослого населения Российской Федерации составляет в среднем 1300-1400?. Показатель общей заболеваемости детского населения также значительно превышает уровень заболеваемости взрослого населения и находится в пределах 2300-2400?. Последнее десятилетие сохраняется тенденция роста первичной и общей заболеваемости как взрослого, так и детского населения.

Информация об обращаемости населения за медицинской помощью, сведения, полученные в результате медицинских осмотров, разработка данных о причинах смерти характеризуют лишь различные стороны многопланового показателя заболеваемости и взятые в отдельности не дают возможности его комплексной оценки. Именно поэтому наиболее полной характеристикой заболеваемости населения служит показатель **исчерпанной (истинной) заболеваемости**, который включает в себя заболевания, зарегистрированные при обращении населения за медицинской помощью в организации здравоохранения, выявленные дополнительно при медицинских осмотрах и данные о причинах смерти, которые при жизни больного не были зарегистрированы в организациях здравоохранения. Рассчитывается по следующей формуле.

$$\text{Исчерпанная} \\ \text{(истинная)} \\ \text{заболеваемость} = \frac{\text{Число всех} \\ \text{заболеваний,} \\ \text{выявленных} \\ \text{в данном году} \\ \text{(по обращаемости)} + \text{Число заболеваний,} \\ \text{выявленных} \\ \text{дополнительно} \\ \text{на медицинских} \\ \text{осмотрах*} + \text{Число} \\ \text{заболеваний,} \\ \text{вызвавших} \\ \text{смерть} \\ \text{больного*}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

* Учитываются заболевания, по поводу которых не было зарегистрировано обращения в организации здравоохранения.

На рис. 1.7 этот показатель представлен в виде «айсберга», где «надводная» часть - заболевания, по поводу которых население обращается в лечебно-профилактические учреждения, а «подводная» - те случаи заболеваний, которые устанавливаются только при

медицинских осмотрах или вызвавшие смерть больного. С учетом того, что при медицинских осмотрах выявляется значительное число хронических заболеваний (45% от «исчерпанной» заболеваемости населения), необходимо

особое внимание обращать на тщательную организацию и проведение медицинских осмотров. По результатам специально проведенного исследования жителей Новгородской области этот показатель составил 3812,0?.

Аналогично эти показатели можно рассчитать для отдельных классов болезней и нозологических форм. Тогда в числителе берется не общее число всех заболеваний, а лишь число случаев по данному классу болезней или нозологической форме. Например, показатель общей заболеваемости населения болезнями системы кровообращения можно рассчитать по следующей формуле.

$$\frac{\text{Общая заболеваемость болезнями системы кровообращения}}{\text{Число всех случаев заболеваний системы кровообращения, выявленных в данном году}} = \frac{\text{Среднегодовая численность населения}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

Для анализа заболеваемости важно знать не только уровень показателя, но и его структуру по отдельным болезням и возрастно-половым группам.

На первом месте в структуре показателя общей заболеваемости взрослого населения находятся болезни системы кровообращения - 18,9%, на втором месте болезни органов дыхания - 14,9%, на третьем месте болезни костно-мышечной системы - 9,4%.

Структура общей заболеваемости детского населения отличается от таковой у взрослого (рис. 1.9). На первом месте в структуре показателя общей заболеваемости детского населения находятся болезни органов дыхания - 50,2%, на втором месте болезни органов пищеварения - 6,6%, на третьем месте болезни кожи и подкожной клетчатки - 5,0%.

1.5. ИНВАЛИДНОСТЬ

Не все заболевания можно вылечить, поэтому в отдельных случаях болезнь приводит человека к инвалидности. Показатели инвалидности служат важными медико-социальными индикаторами общественного здоровья, характеризуют экологическое состояние территории, качество проводимых профилактических мероприятий, уровень социально-экономического развития общества.

По оценкам экспертов ВОЗ, инвалиды составляют около 10% населения земного шара, из них более 100 млн детей.

В Российской Федерации на учете в органах социальной защиты населения состоит свыше 10 млн инвалидов. Ежегодно впервые признаются инвалидами свыше 1 млн человек.

Слово «инвалид» происходит от латинского «*invalidus*» - слабый, немощный. **Инвалидом** принято считать человека, имеющего нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, которое ограничивает жизнедеятельность и вызывает необходимость его социальной защиты.

Признание человека инвалидом возможно только при медико-социальной экспертизе, которую осуществляют Федеральные государственные учреждения - бюро медико-социальной экспертизы (бюро МСЭ). В зависимости от степени

нарушения функций организма и жизнедеятельности установлены три группы инвалидности.

- **I группа:** стойкие и значительно выраженные нарушения функций организма, обуславливающие необходимость в постоянной посторонней помощи, уходе или надзоре. В некоторых случаях инвалиды I группы могут выполнять отдельные виды труда в специально созданных условиях.

- **II группа:** стойкие выраженные функциональные нарушения, которые не вызывают необходимость в постоянной посторонней помощи. Больные полностью и длительно нетрудоспособны; в отдельных случаях больным разрешают труд в специально созданных условиях или на дому.

- **III группа:** стойкие и незначительно выраженные расстройства функций организма, приводящие к снижению трудоспособности. Такие больные нуждаются в изменении условий труда.

В структуре инвалидности I группа составляет 15%; II группа - 60%; III группа - 25% случаев.

В зависимости от обстоятельств наступления инвалидности, при медико-социальной экспертизе определяют следующие причины инвалидности.

- *Инвалидность вследствие общего заболевания.* Общее заболевание служит наиболее частой причиной инвалидности, за исключением случаев, непосредственно связанных с профессиональными заболеваниями, трудовым увечьем, военной травмой и т.д.

- *Инвалидность в связи с «трудовым увечьем».* «Трудовое увечье» как причина инвалидности устанавливается гражданам, инвалидность которых наступила вследствие повреждения здоровья, связанного с несчастным случаем на производстве.

- *Инвалидность вследствие профессионального заболевания* устанавливается гражданам, инвалидность которых наступила вследствие острых и хронических профессиональных заболеваний.

- *Инвалидность с детства.* Лицу в возрасте до 18 лет, признанному инвалидом, устанавливается статус «ребенок-инвалид». При достижении возраста 18 лет и старше этим лицам устанавливается «инвалидность с детства».

- *Инвалидность у бывших военнослужащих.* Устанавливается при заболеваниях и травмах, связанных с выполнением военных обязанностей.

- *Инвалидность вследствие радиационных катастроф.* Устанавливается гражданам, инвалидность которых наступила вследствие ликвидации аварий на Чернобыльской АЭС (ПО «Маяк» и др.).

В целях динамического наблюдения за состоянием здоровья и прогноза развития компенсаторных и адаптационных возможностей инвалидов проводят их систематическое переосвидетельствование. Инвалиды II и III групп проходят эту процедуру ежегодно, инвалиды I группы - один раз в два года. Без указания срока переосвидетельствования инвалидность устанавливается мужчинам старше 60 лет и женщинам старше 55 лет, инвалидам со стойкими необратимыми морфологическими изменениями и нарушениями функций и систем организма, а также при неэффективности проводимых реабилитационных мероприятий в течение, как минимум, 5 лет.

При наличии показаний к направлению больного на МСЭ лечебно-профилактические учреждения оформляют «Направление на медико-социальную экспертизу» (ф. 088/у-97).

Для анализа инвалидности рассчитывают следующие основные показатели:

- первичную инвалидность;
- структуру первичной инвалидности по заболеваниям.

Уровень инвалидизации населения оценивается показателем первичной инвалидизации, который рассчитывается по следующей формуле.

$$\text{Первичная инвалидность} = \frac{\text{Общее число лиц (лиц трудоспособного возраста) за год, впервые признанных инвалидами}}{\text{Общая численность лиц (лиц трудоспособного возраста) административной территории}} \times 10\,000.$$

В 2008 г. в Российской Федерации этот показатель составил 78,5 на 10 тыс. населения.

Для анализа инвалидности по причинам рассчитывают **показатель структуры первичной инвалидности по заболеваниям.**

$$\text{Структура первичной инвалидности по заболеваниям} = \frac{\text{Число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами по данному заболеванию в отчетном году}}{\text{Общее число лиц, впервые признанных инвалидами}} \times 100.$$

В структуре первичной инвалидности взрослого населения первое место занимают болезни системы кровообращения, далее идут злокачественные новообразования, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, травмы всех локализаций, психические расстройства, которые составляют более 80% в структуре всех причин первичной инвалидности населения (рис. 1.10).

Система законодательства об охране здоровья граждан

Элементы регулирования медицинской деятельности появились со времен зарождения медицины. Существовавшие на разных этапах развития человеческого общества правила и обычаи ни могли не затронуть взаимоотношений пациента и врача. Однако в нашей стране длительное время отсутствовало подробное правовое регулирование профессиональной деятельности медицинских работников. Если медицина и соприкасалась с правом, то в большинстве случаев с уголовным.

В последние десятилетия реформы социально-экономического уклада прогресс медицины, появление наряду с государственной и муниципальной частной системы здравоохранения вызвали необходимость радикальных изменений действующей системы правового регулирования общественных отношений, связанных с медицинской деятельностью. В связи с этим значительно изменилась нормативная правовая база в сфере здравоохранения, вступили в силу новые федеральные законы, Указы Президента РФ, постановления Правительства РФ, приказы Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

Изменилась и правовая ситуация в здравоохранении — медицина стала более доступна для претензий и исков пациентов, поэтому сегодня каждый медицинский работник должен четко знать не только свои права и обязанности, но также права и обязанности пациента при оказании ему медицинских услуг. Он должен знать основы юриспруденции, иметь представление о той ответственности, которая наступает в случае невыполнения или ненадлежащего выполнения им своих профессиональных обязанностей. Эти требования могут быть соблюдены только при наличии соответствующей нормативной правовой базы.

Основным законом Российской Федерации, в соответствии с которым формируется вся нормативная правовая база здравоохранения, является принятая в 1993 г. Конституция Российской Федерации. Во второй главе Конституции сформулирован ряд прав и свобод граждан, касающихся охраны здоровья и жизни любого человека, деятельности медицинских работников, и установлены следующие принципы:

- о праве на жизнь (ст. 20);
- об охране достоинства личности государством, о недопустимости подвергаться унижающему человеческое достоинство обращению, медицинским, научным или иным опытам без добровольного согласия (ст. 21);
- о защите государством материнства, детства и семьи (ст. 38);
- о гарантиях социального обеспечения по возрасту, в случае болезни и инвалидности (ст. 39);
- о праве на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь (ст. 41);

- о праве на благоприятную окружающую среду и о возмещении ущерба, причиненного здоровью человека экологическим правонарушением (ст. 42).

В соответствии с Конституцией РФ в 1993 г. приняты Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (далее — Основы), которые стали правовой базой для развития законодательства в области здравоохранения (с учетом внесенных в 1998, 1999, 2000, 2003-2008 годах изменений). В Основах впервые на законодательном уровне проблема здоровья населения стала рассматриваться как общегосударственная, и правовые нормы охватили широкий круг общественных отношений, а не только системы здравоохранения. В соответствии с этим законодательным актом охрана здоровья граждан рассматривается как совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

В Основах определены основополагающие принципы охраны здоровья граждан.

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

Также в Основах изложены основные задачи законодательства в области здравоохранения, права граждан при оказании медико-социальной помощи, обязанности и права медицинских работников, ответственность за причинение вреда здоровью и др.

В соответствии с Конституцией и Основами отдельные виды медицинской деятельности регулируются другими нормативными правовыми актами.

Так, общие правила, регулирующие медицинскую деятельность по пересадке органов и тканей человека, сформулированы в Законе РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека».

Трансплантация органов и (или) тканей от живого донора или трупа может быть применена только в случае, если другие медицинские средства не могут гарантировать сохранения жизни больного (реципиента) либо восстановления его

здоровья. Трансплантация органов и тканей допускается исключительно с согласия живого донора и, как правило, с согласия реципиента.

Органы и (или) ткани могут быть изъяты у трупа для трансплантации только в том случае, если имеются бесспорные доказательства факта смерти, зафиксированного консилиумом врачей-специалистов. Заключение о смерти дается на основании констатации необратимой гибели всего головного мозга.

Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли-продажи. Купля-продажа органов и (или) тканей человека влечет уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ.

Общие правила, регламентирующие отношения, связанные с донорством крови и ее компонентов, сформулированы в Законе Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов».

Согласно этим правилам, донорство крови и ее компонентов — это свободно выраженный добровольный акт. Донором крови и ее компонентов может быть каждый дееспособный гражданин с 18 лет, прошедший медицинское обследование. Взятие от донора крови и ее компонентов допустимо только при условии, если здоровью донора не будет причинен вред. Медицинскую деятельность по иммунопрофилактике инфекционных болезней регулирует Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней». Иммунопрофилактика инфекционных болезней — это система мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок согласно Национальному календарю профилактических прививок. Он устанавливает сроки и порядок осуществления гражданам профилактических прививок.

Федеральный закон «О предупреждении распространения туберкулеза» устанавливает правовые основы государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации в целях охраны здоровья граждан и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Этот закон определяет правд и обязанности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением или госпитализированных в связи с туберкулезом, а также медицинских, ветеринарных и иных работников, непосредственно участвующих в оказании противотуберкулезной помощи, порядок организации оказания противотуберкулезной помощи, порядок установления диспансерного наблюдения и др.

Общие правила, регулирующие медицинскую деятельность по предупреждению распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека, сформулированы в Федеральном законе «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Согласно этому закону, ВИЧ-инфицированные граждане РФ обладают на ее территории всеми правами и свободами в соответствии с действующим законодательством. Не допускаются увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции.

Медицинское освидетельствование граждан на наличие у них ВИЧ-инфекции в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения проводится добровольно по просьбе освидетельствуемого лица.

Обязательному медицинскому освидетельствованию подлежат доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей, а также работники отдельных профессий, перечень которых утверждается Правительством РФ.

Работники государственной системы здравоохранения, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими ВИЧ, имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени, дополнительный отпуск за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда в соответствии с законодательством РФ. Кроме того, они подлежат обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей, а также социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

В Законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» сформулированы общие правила оказания психиатрической помощи. В законе зафиксированы гарантии государства в области оказания психиатрической помощи; права лиц, страдающих психическими расстройствами, и ограничения в правах; порядок осуществления принудительных мер медицинского характера в отношении таких лиц; права, обязанности и меры социальной защиты врачей-психиатров, иных специалистов и медицинского персонала, участвующих в оказании психиатрической помощи; порядок проведения психиатрического освидетельствования, оказания консультативно-лечебной помощи психиатрического профиля, диспансерного наблюдения, госпитализации (добровольной и недобровольной) лиц, страдающих психическими расстройствами, и помещения их в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения. Общие правила, регулирующие оборот наркотических средств и психотропных веществ в медицинской практике, сформулированы в Федеральном законе «О наркотических средствах и психотропных веществах». Наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры, подлежащие контролю в Российской Федерации, включаются в особый Перечень.

Государственная политика в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и в области противодействия их незаконному обороту строится на следующих принципах:

- государственная монополия на основные виды деятельности, связанные с оборотом наркотических средств, психотропных веществ;
- приоритетность мер по профилактике наркомании и правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотиков;
- лицензирование всех видов деятельности, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ.

В России запрещается потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача.

Государство гарантирует больным наркоманией оказание наркологической помощи.

Федеральный закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» устанавливает правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения в РФ. Система медицинского страхования (обязательного и добровольного) является основанием возникновения обязательства по оказанию медицинской помощи гражданам нашей страны. Она выступает в качестве формы социальной защиты интересов населения в области охраны здоровья. Подробно вопросы медицинского страхования рассмотрены в главе 8.

Рядом нормативных правовых актов регулируется медицинская деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека. В соответствии с разделом VII Основ она осуществляется путем искусственной прерывания беременности, медицинской стерилизации и искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона.

Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям — при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины — независимо от срока беременности.

Медицинская стерилизация как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и согласия гражданина — независимо от возраста и наличия детей.

Каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона, которые осуществляются в лицензированных учреждениях при наличии письменного согласия супругов (одиноким женщины).

Также к системе законодательства об охране здоровья относятся такие законы, как:

- «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
- «О радиационной безопасности населения»;
- «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах»;
- «О лекарственных средствах»;
- «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»;
- «Об ограничении курения табака».

Кроме того, к правовым источникам, регулирующим здравоохранение, относятся постановления и распоряжения Правительства Российской Федерации, указы

Президента Российской Федерации, приказы, инструкции, правила и другие документы Министерства здравоохранения и социального развития РФ, а также нормативные правовые акты субъектов РФ. Многие вопросы, связанные с медицинской деятельностью, регулируются в рамках различных отраслей права — трудового, гражданского, административного, уголовного и др.

Вопросы к лекции:

1. Перечислите основные принципы отечественного здравоохранения.
2. Какие статьи Конституции РФ закрепляют права и свободы граждан, касающиеся охраны здоровья и жизни?
3. Какие проблемы регулируют «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан?»
4. Перечислите действующие Федеральные законы, регулирующие медицинскую деятельность в России.
5. Дайте определение понятия «медико-социальная помощь». Каковы права граждан по ее получению?
6. Какие основные права имеет пациент при обращении за медицинской помощью?

Основная литература:

1. Войцехович Б.А. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебное пособие – Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. – 125 с.
2. Дорошенко Г.В. Менеджмент в здравоохранении. М. 2006.
3. Зенина Л.А., Шешунов И.В., Чертухина О.Б. Экономика и управление здравоохранением – М.: Академия, 2006. – 208 с.
4. Глепцерищев Р.А., Трушкин А.Г., Демьянова Л.М., Малахова Н.Г. Экономика и управление здравоохранением – Ростов н/Д: Феникс, 2009. – 623 с.

Нормативно-правовая документация:

1. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»
2. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
3. Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (с изменениями и дополнениями)
4. Законодательные акты РФ в области здравоохранения
5. Приказы Министерства здравоохранения РФ
6. Нормативно-правовые акты, регламентирующие деятельность лечебно-профилактических учреждений здравоохранения РФ.

Интернет-ресурсы

Информационно – правовое обеспечение:

1. Система «Консультант» <http://www.consultant.ru>
2. Система «Гарант» <http://www.garant.ru/>

Профильные web – сайты Интернета:

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации
<http://www.rosminzdrav.ru/>
2. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (<http://www.rospotrebnadzor.ru>)
3. Информационно – методический центр «Экспертиза» (<http://www.crc.ru>).
4. Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения (<http://www.mednet.ru>).
5. Всемирная организация здоровья <http://www.who.int/ru/>
6. Медицинская статистика <http://www.meddocjob.ru>, <http://freepapers.ru>
11. Методические рекомендации по анализу деятельности ЛПУ.
<http://www.bestpravo.ru/>

Номенклатура учреждений здравоохранения (ЛПУ).

1. Больничные учреждения:

- больницы районные, городские, областные, республикаские.
- госпитали для инвалидов ВОВ.
- БСМП
- Специализированные больницы (инфекционные,

офтальмологические).

2. Учреждения особого типа – лепрозории.

3. Диспансеры: врачебно-физкультурные (для здоровых людей), противотуберкулезные, онкологические, психоневрологические, наркологические, кардиоревматологические, противозобные, кожно-неврологические, травматологические.

4. Амбулаторно-поликлинические учреждения.

5. Учреждения скорой неотложной медицинской помощи, станции переливания крови.

6. Учреждение по охране материнства и детства (РОДДОМ, дом ребенка, ДДУ, детская молочная кухня).

7. Санаторно-курортное учреждение (санаторий, санаторий-профилакторий, бальнео и грязелечебница).

8. Учреждения профилактической медицины (центры Здоровья).

9. Аптечные учреждения.

10. Диагностические центры, дневные стационары, стационары на дому.

ЛПУ подчиняются минздраву; санитарно-профилактические учреждения подчиняются ГосКомСэс.

Амбулаторно-поликлинические учреждения в городе:

1. Поликлиника.
2. Амбулатория.
3. Поликлиники диспансеров.
4. Поликлиника МСЧ.
5. Женские консультации.
6. Стом. поликлиники, физиотерапевтические поликлиники.
7. Здравпункты врачебные или фельдшерские.

Это самый массовый вид мед.помощи населению. Он дает возможность осуществить раннюю диагностику заболеваний. Обеспечивает более благоприятные условия для профилактических мероприятий.

Поликлиника.

Это многопрофильное ЛПУ, призванное оказывать мед.помощь населению на догоспитальном этапе.

По организационному принципу поликлиники делятся на:

1. Объединенные со стационаром;
2. Не объединенные со стационаром.

По мощности делятся на 5 категорий (по числу посещений в смену):

1 категория – 1200 посещений в смену, 80000 человек населения обслуживает.

2 категория – 750-1200 пос., 50-79 тыс. населения.

3 категория – 500-750 пос.

4 категория – 250-500 пос.

5 категория – до 250 пос. в смену, до 17000.

Структура городской поликлиники.

☐ Регистратура.

☐ Отделение профилактики (в крупных поликлиниках).

☐ Отделение восстановительного лечения (в крупных поликлиниках).

☐ Лечебно-профилактическое отделение: кабинеты участковых терапевтов; подростковый кабинет; специальные кабинеты – неврологический, лор и др. Количество специальностей определяется категорией.

☐ Вспомогательно-диагностическое отделение: рентген-кабинет, лаборатория, кабинет функциональной диагностики, эндоскопический кабинет.

☐ Управление поликлиникой: кабинет главного врача, заместителей главного врача, кабинет мед.статистики, АХЧ.

Руководит поликлиникой – главный врач поликлиники. Если поликлиника объединена со стационаром, то руководит зам. главного врача по поликлинике.

Задачи поликлиники:

1. Оказание квалифицированной специализированной помощи населению в поликлинике и на дому.

2. Проведение комплексных профилактических мероприятий на территории обслуживания.

3. Организация диспансерного наблюдения населения – подростки, рабочие, онкобольные, СС-больные.

4. Организация сан - гиги. воспитания и обучения населения, пропаганда здорового образа жизни.

5. Изучение причин заболеваемости населения, причин инвалидности, смертности.

Работа в поликлинике организуется по участковому принципу. На одного участкового терапевта – 1700 человек взрослого населения. Преимущества участкового принципа: наблюдение в динамике, своевременная диагностика, адекватное лечение, знание социальных условий проживания населения.

Задачи участкового терапевта:

☐ Оказание помощи в поликлинике и на дому (20-30%)

☐ Оказание экстренной помощи всем нуждающимся

☐ Своевременная госпитализация больных

☐ Использование консультаций с врачами др. специальностей, зав. отделений, др. мед.учреждений

☐ Проведение экспертизы временной нетрудоспособности

☐ Комплекс мероприятий по диспансеризации населения своего участка

☐ Проведение противоэпидемических мероприятий на участке – раннее выявление инфекционных заболеваний, экстренное извещение об остро заразных заболеваниях СЭС

☐ Сан – просвет. работа.

На каждые 8 терапевтических участков выделяется должность зав. отделением. Сейчас по участковому принципу начинают работать и врачи др. специальностей. Это метод бригадной участковости. При этом врач узкой специальности может быть вызван на дом к больному, можно получить талон на прием к узкому специалисту минуя терапевта. Увеличивается объем помощи на дому, врач узкой специальности наблюдает больных в динамике. Руководит бригадой участковый терапевт. Важно составить график работы. Терапевт 4 ч. в поликлинике, 2 ч. на дому. Хирург, невропатолог – так же. Лор, окулист 5ч. в поликлинике, 1,5 ч. на дому.

Отделение профилактики для диспансеризации населения:

1. Кабинет доврачебного приема.
2. Анамнестический кабинет.
3. Женский смотровой кабинет и кабинет проф. осмотров.
4. Кабинет централизованного учета лиц на диспансеризацию.
5. Лаборатория.
6. Кабинет пропаганды здорового образа жизни.

Отделение планирует работу по диспансеризации, организует проф. осмотры, сан.-просвет. работу, анализирует эффективность диспансерного наблюдения.

Отделение восстановительного лечения:

1. Физиотерапевтический кабинет.
2. Кабинет лечебно физкультуры.
3. Кабинет рефлексотерапии и т.д.

Структура отделения зависит от мощности поликлиники. Организация работы поликлиники должна быть такой, чтобы: было минимальным время ожидания больным приема, равномерна нагрузка на врачей, ликвидированы отказы от приема больного, ликвидирована обезличенность наблюдения за больным, обеспечена своевременность попадания больного к узкому специалисту.

Всех больных, посещающих поликлинику делят на:

1. 20-30% - острые заболевания или обострения хронических (немедленная помощь).
2. 28-33% - люди, страдающие хроническими заболеваниями (обозначается день).
3. 15-10% - лица, обращающиеся по собственной инициативе (не срочно).
4. Больные, обращающиеся за документами (справки, выписки).
5. 3-5% - нуждаются в приеме нескольких врачей.

Регистратура. Распределяет больных и равномерно нагружает врача по талонной системе или журналу самозаписи. Выдает талон на первичное посещение врача, на повторное посещение выдает талон врач. Терапевт – 5 больных в час. Регистратура хранит и выдает мед.документы, а также регистрирует вызовы на дом. Есть окно по оформлению больничных листов. Выполняет справочную функцию.

Кабинет доврачебного приема. Его задачи:

1. Первичный прием больных.

2. Направление на лабораторные исследования тех, кто не нуждается во врачебном приеме.

3. Обращающимся может быть проведена антропометрия, термометрия, измерение АД и ВГД.

4. Выдача справок и оформление выписок из амбулаторной карты.

Помимо территориальных поликлиник организуются **КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОЛИКЛИНИКИ**. Такие поликлиники есть в составе многопрофильных больниц, мед.вузов, НИИ. В них ведется узкоспециализированный прием. Они выполняют функции:

1. Консультативная помощь врачами-специалистами.

2. Проведение исследований, которые невозможно провести в территориальной поликлинике (серологические, иммунологические).

3. Диспансерное наблюдение больных, которые нуждаются в специализированной помощи.

4. Дают мед.заключение и рекомендации по лечению для больных из территориальных поликлиник.

5. Повышение квалификации врачей общей лечебной сети.

Диагностические центры

Диагностические центры организованы в 76 городах России. Они созданы для полного обследования больных на основе исследования новейшими методами диагностики: компьютерная томография, УЗИ, эндоскопия. В ДЦ концентрируется дорогостоящая техника. ДЦ работает в непрерывном режиме и обслуживает максимальное количество пациентов (в 2 смены). В ДЦ обследуют по направлению территориальных поликлиник или на платной основе по желанию пациентов.

Стационарная помощь

Нужна при наиболее тяжелых заболеваниях, которые требуют комплексного подхода в диагностике и лечении, если больной нуждается в оперативном вмешательстве, в постоянном лечении или интенсивном уходе. Обеспеченность койками должна быть 134 на 10000 населения, к 2000 году планировалось до 148 коек, в мире – 45 коек, развитые страны – 130-140 коек на 10000 населения.

Все больничные учреждения делятся на несколько типов:

1. Больничные учреждения 92% коечного фонда.

□ Для кратковременного пребывания больного; обеспеченность ими 90 на 10000 населения.

□ Для длительного пребывания больного (39 на 10000 населения).

2. Больницы для оказания медико-социальной помощи хроническим больным и престарелым 8% коечного фонда. Предназначены для длительного ухода и облегчения состояния больных.

Больничные учреждения классифицируются по нескольким признакам:

1. В зависимости от административного подчинения: районные, городские, областные.

2. По профилю: многопрофильные, специализированные.

3. По мощности (определяется количеством коек): первой категории (800-1000 коек). Каждая последующая категория на 100 коек меньше. Самая малая категория – 100 коек.

4. Объединение и не объединение с поликлиниками.

Управление стационаром осуществляет главный врач, у которого есть заместители по мед.части. Если больница объединена с поликлиникой, то есть зам. по поликлинике; имеются зам. по экспертизе трудоспособности (врачей более 25), зам. по АХЧ, кабинет мед.статистики, мед. архив и бухгалтерия.

Функциональные подразделения:

1. Приемное отделение – централизованное и децентрализованное.
2. Специализированные палатные отделения.
3. Опер.блок.
4. Вспомогательные лечебно-профилактические подразделения (лаборатория, рентген кабинет и т.д.)
5. Аптека.
6. Патологоанатомическое отделение.
7. Вспомогательные службы (пищеблок, прачечная).

Задачи приемного отделения:

1. Установление диагноза.
2. Решение вопроса о необходимости в госпитализации.
В случае отказа – ведется журнал отказа от госпитализации.
3. Санитарная обработка больных при необходимости.
4. Регистрация и учет движения больных (выписка, перевод из одного в другое отделение).
5. Оказание неотложной помощи (по скорой или самотеком, т.е. больной приходит сам)
6. Изоляция некоторых больных, которые поступают с признаками инфекционных заболеваний. Могут быть палаты сортировочного отделения, где наблюдают за больными. Количество коек из расчета 2-3 койки на каждые 100 коек стационара.
7. Организация справочной службы.

Основное структурное подразделение стационара на 40 коек – отделение. Есть 3 отделения, в которых есть палаты по 3-4 койки. Выделяется должность зав. отделением на 40 коек стационара.

Между поликлиникой и стационаром есть преемственность:

1. Направляется выписка из амбулаторной карты в стационар при поступлении.
 2. Направление амбулаторной карты в стационар для записи эпикриза после лечения в стационаре.
 3. Заполнение в поликлинике стационарной формы истории болезни.
- Группы больных:
1. Больные с травмами, отравлениями, «острым животом» или массивным кровотечением (подлежат немедленной госпитализации).

2. Больные, которые безусловно нуждаются в больничном лечении, но госпитализация может быть отсрочена на 1-2 суток (пневмония, СС-заболевания).

3. Больные, которым желательна госпитализация когда будут места в стационаре.

Условием поступления больного в стационар является всесторонняя подготовка больного к стационару. В амбулаторных условиях должен быть проведен максимум обследований, в стационаре большее внимание уделяется лечению.

Существует 2 системы ухода в стационаре: двухступенная и трехступенная. Двухступенная система подразумевает работу врача, мед.сестры (санитарка только для уборки помещений). Эта система используется чаще для больных детей. Трехступенная подразумевает участие врача, мед.сестры, санитарки.

Существует бригадная форма обслуживания – выполняются смежные виды работ. Каждый получает согласно коэффициенту трудового участия.

Дневные стационары

Организуются на базе обычного стационара или поликлиники, где выделяются 2-3 комнаты. Больной в течение дня находится в стационаре и проходит лечение под наблюдением медработника. Преимущества: нет отрыва от семьи, за счет этого повышается эффект лечения. Наиболее часто такая форма используется для детей и женщин.

Стационары на дому

Больной лечится дома под наблюдением медработника. Врач осуществляет активные выходы. Мед.сестра выполняет лечение на дому. Такая форма используется для детей и престарелых.

Общественное здоровье: основные понятия, факторы риска, показатели оценки.

В практической деятельности медицинский работник обычно оценивает здоровье отдельного человека, однако для принятия управленческих решений необходимо анализировать здоровье определенных, часто многочисленных групп людей. Правильно собранные и хорошо проанализированные статистические данные о здоровье населения служат основой для планирования оздоровительных мероприятий по сохранению и укреплению здоровья населения на государственном и муниципальном уровнях, разработки современных форм и методов работы организаций здравоохранения, контроля эффективности их деятельности.

1.1. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

В современной литературе существует большое количество определений «здоровья», однако основным, признанным во всех странах, является определение Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В принятом в 1948 г. Уставе ВОЗ записано: «**Здоровье** - это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».

Исследованием здоровья населения занимается **медицинская статистика** - один из разделов биостатистики, она изучает основные закономерности и тенденции здоровья населения, здравоохранения с использованием методов математической статистики.

Для оценки здоровья определенной группы людей или населения в целом принято использовать следующие группы индикаторов:

- показатели медико-демографических процессов;
- показатели заболеваемости;
- показатели инвалидности;
- показатели физического здоровья.

Кроме того, для комплексной оценки здоровья отдельных пациентов населения в целом выделяют следующие пять групп здоровья:

- I группа - здоровые;
- II группа - здоровые лица, у которых отсутствует какая-либо хроническая болезнь, но имеются различные функциональные отклонения, снижение иммунологической резистентности, частые острые заболевания и др.;
- III группа - больные с длительно текущими (хроническими) заболеваниями при сохраненных в основном функциональных возможностях организма;
- IV группа - больные с длительно текущими (хроническими) заболеваниями со снижением функциональных возможностей организма;
- V группа - тяжелые больные, нуждающиеся в соблюдении постельного режима.

1.2. ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Здоровье населения обусловлено комплексным воздействием факторов, определяющих образ жизни человека, среду его обитания, наследственность и состояние системы здравоохранения.

Общепринята следующая классификация факторов, определяющих состояние здоровья населения:

- социально-экономические (образ жизни, условия труда, жилищные условия, материальное благосостояние и т.д.);
- социально-биологические (возраст, пол, наследственность и т.д.);
- эколого-климатические (состояние воздуха, воды, почвы, уровень солнечной радиации и т.д.);
- медико-организационные (качество, эффективность, доступность медико-социальной помощи и т.д.).

Разделение факторов на приведенные группы весьма условно, так как обычно человек подвергается комплексному воздействию взаимосвязанных и обуславливающих друг друга факторов. В настоящее время, по мнению известного ученого, академика РАМН Ю.П. Лисицына, принято считать, что здоровье на 50% и более зависит от условий и образа жизни, на 20% от состояния (загрязнения) окружающей внешней среды, на 20% от генетических факторов и на 10% от состояния здравоохранения (рис. 1.1). Причем одни факторы

позитивно влияют на состояние здоровья населения, другие, наоборот, оказывают отрицательное воздействие.

Факторы, потенциально опасные для здоровья человека, способствующие возникновению заболеваний, называются **факторами риска**. В отличие от непосредственных причин заболеваний (вирусы, бактерии и т.д.), факторы риска действуют опосредованно, создавая неблагоприятный фон для возникновения и развития болезней.



Рис. 1.1. Доля отдельных факторов риска в формировании здоровья населения (академик Ю.П. Лисицын)

Таким образом, главная задача государства в целом и здравоохранения в частности состоит в разработке и реализации комплекса профилактических мероприятий по снижению воздействия факторов риска и усилению позитивных факторов, обуславливающих здоровье населения.

Более подробно о роли средних медицинских работников в организации медицинской профилактики изложено в главе 14.

1.3. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

ДЕМОГРАФИИ

В оценке общественного здоровья большое значение имеют показатели демографических процессов, которые изучаются демографией. *Демография* (от греч. «*demos*» - народ, «*grapho*» - писать) - это наука, изучающая воспроизводство населения как процесс непрерывного изменения его численности и структуры в ходе смены одного поко-

ления другим. Одним из разделов этой науки является медицинская демография.

Медицинская демография изучает взаимосвязь воспроизводства населения с медико-социальными факторами и разрабатывает на этой основе меры медицинского, социального, правового характера, направленные на обеспечение наиболее благоприятного развития демографических процессов и улучшение здоровья населения.

Статистическое изучение воспроизводства населения ведется в двух направлениях:

- статика населения;
- динамика населения.

Статика населения изучается по следующим основным признакам: пол, возраст, социальные группы, профессия, брачное состояние, национальность, образование, гражданство, место жительства, плотность населения на определенный (критический) момент времени. Эти данные получают из переписей населения и специальных выборочных исследований. Они необходимы, прежде всего, для анализа и перспективного планирования социально-экономического развития страны.

Перепись населения - всеобщий (сплошной) учет населения, в процессе которого осуществляется сбор данных, характеризующих на определенный момент времени каждого жителя страны или административной территории.

Всего в России проводилось 8 переписей населения: первая перепись населения - в 1926 г., последняя - в 2002 г.

Наряду со сплошным учетом населения осуществляются выборочные социально-демографические исследования, которые позволяют проследить изменения численности и структуры населения в межпереписной период.

На основании расчета удельного веса лиц в возрасте 0-14; 15-49; 50 лет и старше можно определить возрастной тип населения. Различают следующие типы возрастных структур населения (рис. 1.2):

- прогрессивный;
- стационарный;
- регрессивный.

Прогрессивным считается тип населения, в котором доля детей в возрасте 0-14 лет превышает долю населения в возрасте 50 лет и старше.

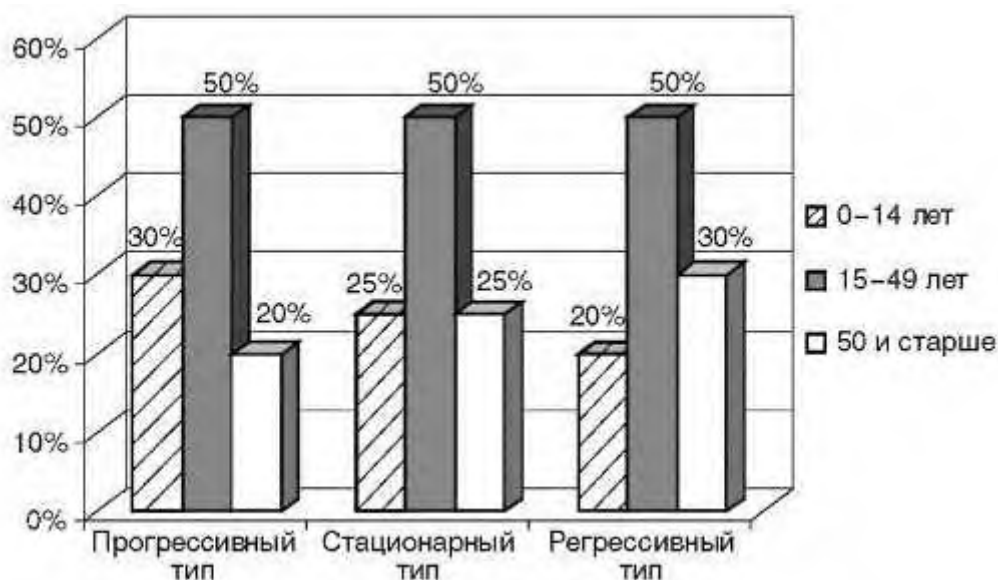


Рис. 1.2. Типы возрастных структур населения

Стационарным называется тип, при котором доля детей равна доле лиц в возрасте 50 лет и старше.

Регрессивным типом принято считать население, в котором доля лиц в возрасте 50 лет и старше превышает долю детского населения.

Прогрессивный тип народонаселения обеспечивает дальнейшее увеличение численности населения, регрессивный тип угрожает нации депопуляцией. На сегодняшний день в целом по России сложился регрессивный тип населения: доля населения в возрасте 0-14 лет составляет 15%, а старше 50 лет - 31%.

Динамика населения характеризуется изменением численности и структуры населения в силу следующих основных причин:

- механического движения населения (миграции);
- естественного движения населения.

Механическое движение населения

Среди процессов, характеризующих население, важное место отводится механическому движению населения (миграции). Под воздействием миграции меняется численность и возрастно-половой состав населения в отдельных административных территориях и населенных пунктах.

В зависимости от юридического статуса пересекаемых населением границ административных территорий различают:

- внешнюю миграцию населения;
- внутреннюю миграцию населения.

Внешней называется миграция, при которой пересекаются государственные границы.

К *внутренней* миграции относятся перемещения в пределах одной страны между административными или экономико-географическими районами, населенными пунктами и т.п.

По хронологическим признакам выделяют:

- постоянную (безвозвратную) миграцию;
- временную миграцию;
- сезонную миграцию;

- маятниковую миграцию.

Постоянная (безвозвратная) миграция - окончательная смена постоянного места жительства. Примером такой миграции может служить переезд на постоянное место жительства из села в город, из одного государства в другое.

Временная миграция предполагает временное переселение на какой-то достаточно длительный срок. Обычно это связано с работой вахтовым методом или по контракту (переселения рабочих из одной страны в другую, в удаленные и малообитаемые районы Севера и др.).

Сезонная миграция - перемещение людей в определенные периоды года, например к месту отдыха.

Маятниковая миграция - это регулярные поездки к месту работы или учебы за пределы своего постоянного места проживания.

Естественное движение населения

Другая причина изменения численности и структуры населения в динамике - его естественное движение, которое рассматривают как совокупность процессов рождаемости, смертности и естественного прироста, обеспечивающих возобновление и смену поколения. Основные показатели естественного движения населения это:

- 1) рождаемость;
- 2) смертность;
- 3) естественный прирост населения;
- 4) средняя продолжительность предстоящей жизни.

1. Рождаемость - естественный процесс возобновления населения, характеризующийся статистически зарегистрированным числом деторождений в конкретной популяции за определенный период времени.

Говоря о рождаемости в человеческом обществе, следует помнить, что она детерминирована не только биологическими (как в животном мире), но и, прежде всего, социально-экономическими условиями жизни, этническими традициями, религиозными установками и другими факторами.

Статистический учет рождений

Согласно российскому законодательству все дети в течение месяца со дня рождения должны быть зарегистрированы в органах загса по месту их рождения или месту жительства родителей. Основным документом для регистрации ребенка в органах загса служит «Медицинское свидетельство о рождении» (ф. 103/у-08). Оно выдается при выписке матери из стационара всеми учреждениями здравоохранения, в которых произошли роды, во всех случаях живорождения. В случае родов на дому «Медицинское свидетельство о рождении» выдает то учреждение, куда родильница доставляется после родов.

При многоплодных родах «Медицинское свидетельство о рождении» заполняется на каждого ребенка в отдельности.

В населенных пунктах и медицинских учреждениях, где работает врачебный персонал, «Медицинское свидетельство о рождении» составляется обязательно врачом. В сельской местности, в учреждениях здравоохранения, в

которых нет врачей, оно может быть выдано акушеркой или фельдшером, принимавшими роды.

В случае мертворождения или смерти ребенка в родильном доме обязательно заполняется «Медицинское свидетельство о рождении», которое предоставляется вместе с «Медицинским свидетельством о перинатальной смерти» (ф. 106-2/у-08) в органы загса.

Запись о выдаче «Медицинского свидетельства о рождении» с указанием его номера и даты выдачи должна быть сделана в «Истории развития новорожденного» (ф. 097/у), в случае мертво-рождения - в «Истории родов» (ф. 096/у). Для учета рождаемости, расчета ряда демографических показателей крайне важно определить, живым или мертвым родился ребенок, срок беременности, доношенность и т.д.

Статистика живорожденности

Учреждения здравоохранения осуществляют регистрацию в медицинской документации всех родившихся живыми и мертвыми, имеющих массу тела при рождении 500 г и более. В органах загса подлежат регистрации:

- родившиеся живыми с массой тела 1000 г и более (или, если масса при рождении неизвестна, длиной тела 35 см и более, или сроком беременности 28 недель и более), включая новорожденных с массой тела 1000 г при многоплодных родах;

- родившиеся живыми с массой тела от 500 до 999 г в тех случаях, если они прожили более 168 ч после рождения, также подлежат регистрации в органах загса как живорожденные.

Недоношенными считаются дети, родившиеся при сроке беременности менее 37 недель и имеющие признаки недоношенности.

Доношенными считаются дети, родившиеся при сроке беременности от 37 до 40 недель.

Переношенными считаются дети, родившиеся при сроке беременности от 41 до 43 недель и имеющие признаки перзрелости.

Кроме того, выделяется понятие *продолгованной* или *физиологически удлиненной беременности*, которая продолжается более 42 недель

и заканчивается рождением доношенного, функционально зрелого ребенка без признаков перзрелости.

В связи с особенностями акушерской тактики и выхаживания детей, родившихся при разных сроках гестации, целесообразно выделить следующих интервалов:

- преждевременные роды в 22-27 недель (масса плода от 500 до 1000 г);
- преждевременные роды в 28-33 недели (масса плода 1000-1800 г);
- преждевременные роды в 34-37 недель (масса плода 1900-2500 г).

Статистические показатели рождаемости

Для статистического анализа рождаемости применяют ряд показателей:

- общий коэффициент рождаемости;

• специальный коэффициент рождаемости (плодовитости). Наиболее широко используемым показателем является **общий**

коэффициент рождаемости, который рассчитывается как отношение абсолютного числа рождений к среднегодовой численности населения за период (чаще всего за год). Это отношение для наглядности умножается на 1000 и измеряется в промилле (?).

$$\text{Общий коэффициент рождаемости} = \frac{\text{Общее число родившихся за год живыми}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

Величина общего коэффициента рождаемости зависит не только от интенсивности рождаемости (среднего числа родившихся живыми), но и от целого ряда демографических характеристик, в первую очередь от возрастно-половой и брачной структуры населения. Именно поэтому он дает лишь самое первое, приближенное представление об уровне рождаемости. Чтобы элиминировать влияние этих демографических характеристик, рассчитывают другие, уточняющие показатели рождаемости.

Специальный коэффициент рождаемости (плодовитости) рассчитывается как отношение числа родившихся за год к среднегодовой численности женщин репродуктивного возраста (15-49 лет) и выражается в промилле (?).

$$\text{Специальный коэффициент рождаемости (плодовитости)} = \frac{\text{Общее число родившихся за год живыми}}{\text{Среднегодовая численность женщин репродуктивного возраста (15-49 лет)}} \times 1000.$$

Для более детального анализа рассчитывают частные возрастные показатели рождаемости.

2. Смертность населения - процесс вымирания населения, характеризующийся статистически зарегистрированным числом смертей в конкретной популяции за определенный период времени.

Организация учета случаев смерти

В соответствии с законодательством Российской Федерации, все случаи смерти подлежат регистрации в органах загса по месту жительства умершего или по месту наступления смерти. Для регистрации случаев смерти врачом или фельдшером заполняется «Медицинское свидетельство о смерти» (ф. 106/у-08), без которого выдача трупа запрещается. «Медицинское свидетельство о смерти» выдается не позднее 3 суток с момента наступления смерти или обнаружения трупа.

Статистические показатели смертности

Чтобы получить полное представление о состоянии смертности населения рассчитывают и анализируют следующие показатели:

- общий коэффициент смертности;
- коэффициент материнской смертности;
- показатели детской смертности;
- коэффициент перинатальной смертности;
- коэффициент мертворождаемости;
- показатель летальности.

Общий коэффициент смертности рассчитывается как отношение общего числа умерших за год к среднегодовой численности населения. Это отношение умножается на 1000 и измеряется в промилле (?).

$$\text{Общий коэффициент смертности} = \frac{\text{Общее число умерших за год}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

Таблица 1.2. Схема оценки показателя смертности

Общий коэффициент смертности (на 1000 населения)	Уровень смертности
До 7	Очень низкий
7–10	Низкий
11–15	Средний
16–20	Высокий
21 и выше	Очень высокий

Помимо общего коэффициента смертности, рассчитываются **коэффициенты смертности от отдельных заболеваний**: ишемической болезни сердца, травм и отравлений, злокачественных новообразований и др. Например, смертность от острого инфаркта миокарда исчисляется как отношение числа умерших от данного заболевания к среднегодовой численности населения и выражается в промилле (?).

$$\text{Смертность от острого инфаркта миокарда} = \frac{\text{Число умерших от острого инфаркта миокарда}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

Большое значение в разработке и реализации комплекса мер по снижению смертности населения имеет анализ показателя структуры причин смерти, которая представлена на рис. 1.4.

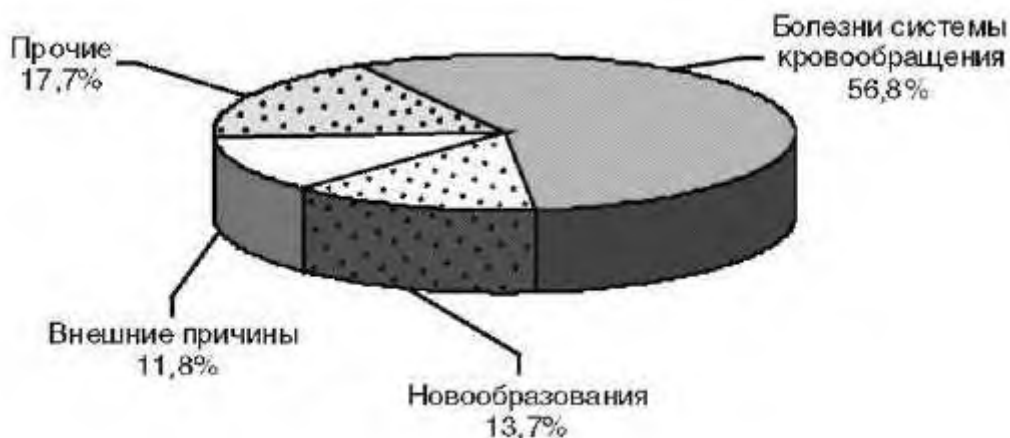


Рис. 1.4. Структура причин смертности населения Российской Федерации (2008)

На первом месте среди всех причин смертности - болезни системы кровообращения (56,8%), на втором - новообразования (13,7%), на третьем - внешние причины (11,8%). Эти заболевания составляют более 80% всех причин смертности населения Российской Федерации.

Наряду с общим коэффициентом смертности большое значение имеет учет и анализ материнской смертности. Из-за невысокого уровня она не оказывает заметного влияния на демографическую ситуацию в целом, однако представляет собой одну из основных характеристик в оценке организации работы службы родовспоможения.

Материнская смертность - это смерть женщины, наступившая в период беременности, независимо от ее продолжительности и локализации, или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или внезапно возникшей причины.

Случаи материнской смертности подразделяются на две группы:

1) смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами (смерть в результате осложненного течения беременности, родов и послеродового периода, а также в результате диагностических вмешательств и неправильного лечения);

2) смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами (смерть в результате имевшегося ранее или развившегося в период беременности заболевания, вне связи с непосредственной аку-

шерской причиной, но отягощенного физиологическим воздействием беременности). **Коэффициент материнской смертности** рассчитывается по следующей формуле и измеряется в сантимиллях ($^0/_{0000}$).

$$\text{Коэффициент материнской смертности} = \frac{\text{Число умерших беременных (с начала беременности), рожениц, а также родильниц (в течение 42 дней после прекращения беременности)}}{\text{Число родившихся живыми}} \times 100\,000.$$

Данный показатель позволяет оценить все потери беременных (от абортов, внематочной беременности, акушерской экстрагенитальной патологии в течение всего периода гестации), а также рожениц и родильниц в течение 42 дней после окончания беременности.

Одной из ведущих причин материнской смертности являются аборты. Из числа умерших от абортов более 1/4 умирает в возрасте до 25 лет. В структуре причин смерти женщин от абортов ведущую роль играют сепсис и кровотечения.

Снижение показателя абортов с 55,0 в 2000 г. до 32,0 в 2008 г. (на 1000 женщин фертильного возраста) сыграло положительную роль в динамике материнской смертности.

Детская смертность

Показатели детской смертности характеризуют не только состояние здоровья детского населения, но и уровень социально-экономического благополучия общества в целом. Правильный и своевременный анализ детской смертности позволяет разработать ряд конкретных мер по улучшению здоровья беременных и детей, оценить эффективность проводимых профилактических мероприятий, работу местных органов управления здравоохранением по охране материнства и детства.

Детская смертность имеет сложную структуру, которая определяется в основном причинами смерти и возрастом умерших детей. В статистике детской смертности принято выделять следующие группы показателей:

- показатели смертности детей на 1-м году жизни (младенческая смертность);
- показатели смертности детей в возрасте от 1 года до 17 лет включительно.

Младенческая смертность - это важнейшая составляющая детской смертности, она рассчитывается по следующей формуле и выражается в промилле (?).

$$\text{Коэффициент младенческой смертности} = \frac{\text{Число детей, умерших в течение года, на 1-м году жизни}}{\text{Число родившихся живыми в данном календарном году}} \times 1000.$$

В соответствии с рекомендациями ВОЗ в анализе здоровья детей выделяют *перинатальный период*, включающий в себя три периода:

- антенатальный (с 22-й недели беременности до родов);
- интранатальный (период родов);
- ранний неонатальный (первые 168 ч жизни ребенка).

Смертность детей в перинатальном периоде характеризуется **коэффициентом перинатальной смертности**, который рассчитывается как отношение суммы числа родившихся мертвыми и числа умерших в первые 168 ч жизни к числу родившихся живыми и мертвыми.

$$\text{Коэффициент перинатальной смертности} = \frac{\text{Число родившихся мертвыми} + \text{Число умерших в первые 168 часов жизни}}{\text{Число родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000.$$

Этот показатель за последние годы также имеет тенденцию к снижению и составил в 2008 г. 8,3?. Анализ перинатальной смертности позволяет оценить приемственность в работе акушерской и педиатрической служб.

Смертность в антенатальном и интранатальном периодах в сумме дают **мертворождаемость**, коэффициент которой рассчитывается по следующей формуле.

$$\text{Коэффициент мертворождаемости} = \frac{\text{Число родившихся мертвыми}}{\text{Число родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000.$$

Основные причины мертворождаемости в Российской Федерации: осложнения со стороны плаценты и пуповины, осложнения беременности и родов у матери, инфекции, врожденные аномалии развития плода, а также состояния матери, не связанные с настоящей беременностью.

Для регистрации смерти в перинатальном периоде заполняется «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» (ф. 106-2/у-08).

Помимо показателей смертности, в оценке здоровья населения, проживающего на отдельных административных территориях, используются **показатели летальности от отдельных заболеваний**, которые рассчитываются иначе. Так, если для расчета коэффициента смертности в

качестве среды берется население, то при расчете показателя летальности такой средой служат больные. Например, леталь-

ность от острого инфаркта миокарда рассчитывается по следующей формуле и выражается в процентах (%).

$$\text{Летальность от острого инфаркта миокарда} = \frac{\text{Число умерших от острого инфаркта миокарда}}{\text{Число заболевших острым инфарктом миокарда}} \times 100.$$

Для анализа качества лечения больных, находящихся в больничных учреждениях, используют другой, отличный от предыдущих показателей смертности и летальности, **показатель летальности в стационаре**. Он рассчитывается по следующей формуле и выражается в процентах (%).

$$\text{*Летальность в стационаре} = \frac{\text{Число умерших в стационаре}}{\text{Число выбывших (выписанных + умерших) из стационара больных}} \times 100.$$

* Показатель рассчитывается по отдельным нозологическим формам и возрастно-половым группам больных.

Показатель летальности в стационаре позволяет комплексно оценить уровень организации лечебно-диагностической помощи в стационаре, использование современных медицинских технологий, преемственность в работе амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений.

3. Коэффициент естественного прироста населения представляет собой наиболее общую характеристику демографической ситуации и исчисляется как разность между показателями рождаемости и смертности по следующей формуле.

$$\text{Коэффициент естественного прироста населения} = \text{Общий коэффициент рождаемости} - \text{Общий коэффициент смертности.}$$

Отрицательный естественный прирост свидетельствует о явном неблагополучии в обществе и его принято называть **противоестественной убылью населения**. Такая демографическая ситуация обычно характерна для периода войн, экономических кризисов и других потрясений.

За всю историю России (не считая периода войн) впервые в 1992 г. в стране был отмечен отрицательный естественный прирост (противоестественная убыль) населения, который сохранился до настоящего времени и составил в 2008 г. 2,5? (см. рис. 1.3). Отрицательный естественный прирост (противоестественная убыль) ведет к сокращению численности постоянного населения страны и другим неблагоприятным демографическим явлениям.

Важнейшая задача общества - создать необходимые социально-экономические условия для воспроизводства населения, превышения уровня рождаемости над смертностью.

4. Одним из показателей, используемых для комплексной оценки общественного здоровья, является **средняя продолжительность предстоящей**

жизни (СППЖ). Под этим показателем следует понимать гипотетическое число лет, которое предстоит прожить данному поколению родившихся или числу живущих определенного возраста при условии, что на всем протяжении жизни смертность в каждой возрастной группе будет такой же, какой она была в том году, для которого производилось исчисление. Этот показатель характеризует жизнеспособность населения в целом, он не зависит от особенностей возрастной структуры населения и пригоден для анализа в динамике и сравнения данных по разным административным территориям и странам. Его нельзя путать со средним возрастом умерших или средним возрастом населения.

СППЖ рассчитывается на основании имеющихся повозрастных показателей смертности путем построения специальных *таблиц смертности (дожития)* для реального или гипотетического поколения. В 2008 г. этот показатель в Российской Федерации для мужчин составил 61,8 лет, для женщин - 74,2 года.

Таким образом, для демографической ситуации в России конца прошлого и начала нынешнего века характерны депопуляционные процессы. Причем наблюдается депопуляция основного этноса страны - русских, а это не только этническая, но и общегосударственная политическая, социальная и экономическая проблема.

С учетом этого Указом Президента РФ № 1351 от 9 октября 2007 г. утверждена «Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», которая направлена на увеличение продолжительности жизни населения, сокращение уровня смертности, рост рождаемости, регулирование внутренней и внешней миграции, сохранение и укрепление здоровья населения и улучшение на этой основе демографической ситуации в стране.

Вопросы к лекции:

1. Дайте определение понятия «здоровье», сформулированном в Уставе ВОЗ.

2. Перечислите показатели, которые принято использовать для оценки общественного здоровья.

3. Что такое фактор риска заболевания?

4. В какие группы объединяют факторы риска?

5. В каких направлениях ведется изучение народонаселения? Что изучает статика населения?

6. Что такое динамика населения? Какие виды движения населения выделяют в демографии?

7. Что такое рождаемость, как она рассчитывается? Какова динамика рождаемости в России?

8. Что такое коэффициент плодовитости, как он рассчитывается?

9. Как рассчитывается общий показатель смертности, в чем отличие смертности от летальности? Какова структура и динамика смертности в России?

10. Что такое естественный прирост (противоестественная убыль) населения, как он рассчитывается? Какая ситуация сложилась в России в конце прошлого - начале нынешнего века с естественным приростом населения?

11. Как ведется учет заболеваемости по данным обращаемости? Какие виды заболеваемости по этим данным обращаемости принято выделять в медицинской статистике?

Основная литература:

1. Войцехович Б.А. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебное пособие – Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. – 125 с.
2. Дорошенко Г.В. Менеджмент в здравоохранении. М. 2006.
3. Зенина Л.А., Шешунов И.В., Чертухина О.Б. Экономика и управление здравоохранением – М.: Академия, 2006. – 208 с.
4. Тлепцерищев Р.А., Трушкин А.Г., Демьянова Л.М., Малахова Н.Г. Экономика и управление здравоохранением – Ростов н/Д: Феникс, 2009. – 623 с.

Нормативно-правовая документация:

1. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»
2. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
3. Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (с изменениями и дополнениями)
4. Законодательные акты РФ в области здравоохранения
5. Приказы Министерства здравоохранения РФ
6. Нормативно-правовые акты, регламентирующие деятельность лечебно-профилактических учреждений здравоохранения РФ.

Интернет-ресурсы

Информационно – правовое обеспечение:

1. Система «Консультант» <http://www.consultant.ru>
2. Система «Гарант» <http://www.garant.ru/>

Профильные web – сайты Интернета:

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации
<http://www.rosminzdrav.ru/>
2. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (<http://www.rospotrebnadzor.ru>)
3. Информационно – методический центр «Экспертиза» (<http://www.crc.ru>).
4. Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения (<http://www.mednet.ru>).
5. Всемирная организация здоровья <http://www.who.int/ru/>
6. Медицинская статистика <http://www.meddocjob.ru>, <http://freepapers.ru>
11. Методические рекомендации по анализу деятельности ЛПУ.
<http://www.bestpravo.ru/>

Оказание стационарной помощи населению

Больницы – ключевой элемент системы здравоохранения и основная точка приложения реформы в этой сфере. На долю больниц приходится значительная часть бюджета системы здравоохранения (до 70%) в России. В больницах работают до половины всех врачей и три четверти медсестер. Благодаря своей ключевой роли больницы оказывают большое влияние на всю отечественную систему здравоохранения. Помимо лечения пациентов, больницы ведут исследовательскую и учебную работу.

В России ведущими больничными учреждениями данного направления являются больницы различного уровня от сельских участковых больниц, где оказывается преимущественно стационарная квалифицированная помощь до региональных больниц и высокотехнологичных специализированных центров. Это ЛПУ, обеспечивающее квалифицированное и специализированное обслуживание населения на основе достижений современной медицинской науки и практики.

По виду, объему и характеру оказываемой медицинской помощи и системе организации работы больница может быть:

- по профилю – многопрофильной и специализированной;
- по системе организации – объединенной или не объединенной с поликлиникой;
- по объему деятельности – различной коечной мощности.

Основные задачи больницы:

1. Оказание высококвалифицированной лечебно-профилактической помощи населению.
2. Внедрение в практику обслуживания населения современных методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний.
3. Развитие и совершенствование организационных форм и методов медицинского обслуживания населения и ухода за больными, повышение качества и культуры работы.
4. Санитарно-гигиеническое воспитание населения.
5. Привлечение общественности к разработке и проведению мероприятий по лечебно-профилактическому обслуживанию.

Во главе больницы стоит административно-управленческий аппарат в лице главного врача, главной медсестры, заместителей главного врача по медицинской части, по поликлинике, по работе с сестринским персоналом, по административно-хозяйственной части и др.

По режиму работы стационары городских больниц делятся на стационары с круглосуточным пребыванием больных, дневные стационары и стационары смешанного режима работы.

Мощность и структура отдельных типов стационарных учреждений увязывается с численностью обслуживаемого населения при условии: величина отделения должна быть оптимальной (40 – 60 коек), но не менее 30 однопрофильных.

Основными структурными подразделениями стационара являются: приемное отделение, профилированные лечебные отделения, отделения специальных видов лечения, отдельные диагностические службы и др.

Приемное отделение стационара больницы может быть централизованным (для всей больницы) и децентрализованным (для отдельных профильных структурных ее частей). Основными задачами приемного отделения больницы являются:

1. Прием больных, постановка диагноза и решение вопроса о необходимости госпитализации.
2. Регистрация больных.
3. Медицинская сортировка больных.
4. Оказание при необходимости неотложной медицинской помощи.
5. Санитарная обработка больных (в ряде случаев).

Штаты приемного покоя устанавливаются в зависимости от коечной мощности больницы и ее профиля.

Лечебные отделения стационара связаны с общими для больницы вспомогательными медицинскими и хозяйственными службами, а в крупных больницах – с общими для больницы клиническими и другими лабораториями. Штаты медицинского персонала отделения устанавливаются в зависимости от числа коек, типа и профиля учреждения. Основными в штатной структуре отделения стационара являются должности заведующего отделением, врача-ординатора, старшей медсестры, медсестры, сестры-хозяйки и др.

Основными учетными документами в стационаре (отделении стационара) служат:

1) документация процедурного кабинета:

- «Журнал учёта процедур» (форма №029/у);
- «Журнал врачебных назначений»;
- «Журнал учета взятия крови для биохимических исследований»;
- «Журнал учета взятия крови на RW»;
- «Журнал регистрации переливания трансфузионных сред, крови и кровезаменителей» (форма №009/у);
- «Лист регистрации переливания трансфузионных сред» (форма №005/у);
- «Журнал учета работы сухожарового шкафа»;
- «Журнал учета качества предстерилизационной очистки»;

2) документация поста медицинской сестры:

- «Журнал сдачи дежурств»;
- «Журнал сдачи шприцев»;
- «Журнал регистрации больных, направленных на: массаж, биохимический анализ крови, сахар и протромбиновый индекс, общий анализ крови, Р-графию, УЗИ и т.д.»;
- «Журнал по санитарно-просветительской работе»;
- «Журнал движения больных»;
- «Стационарный журнал»;

- «Температурный лист» (форма №004/у);
- «Лист основных показателей состояния больного, находившегося в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии» (форма №011/у);

3) *основные документы врача:*

- «Медицинская карта стационарного больного» (форма №003/у);
- «Направление скорой медицинской помощи»;
- «Направление амбулаторно-поликлинического учреждения»;
- «Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного» (форма №027/у).

В России так же сформированы показатели оценки стационарной медицинской помощи:

1. *Число коек на 10000 населения.*
2. *Уровень госпитализации населения в расчете на 1000 жителей.*
3. *Число коек на 1 должность (в смену) врача (среднего медицинского персонала).*
4. *Укомплектованность стационара врачами (средним медицинским персоналом).*
5. *Среднее число дней работы койки в году (занятость койки в году).*
6. *Средняя длительность пребывания больного на койке.*
7. *Оборот койки.*
8. *Среднее время простоя койки.*
9. *Летальность при определенном заболевании.*
10. *Общепольничный показатель летальности и др.*

Организация лечебно-профилактической помощи в терапевтическом отделении стационара

Терапевтическое отделение стационара ведет прием больных с любой нозологической формой внутренних болезней.

Основные задачи, осуществляемые терапевтическим отделением:

- обеспечение населения высококвалифицированной специализированной помощью;
- оказание первой и неотложной помощи больным;
- систематическое освоение и внедрение в практику новых эффективных методов и средств профилактики, диагностики и лечения;
- широкое применение в комплексной терапии лечебного питания, физических методов лечения, лечебной физкультуры и др. методов восстановительного лечения;
- учет и анализ заболеваемости населения; анализ эффективности работы персонала и качества оказываемой лечебно-профилактической помощи; изучение исходов и отдаленных результатов лечения;
- повышение профессиональной квалификации врачей, среднего медицинского персонала;
- проведение мер по распространению санитарных знаний.

Терапевтическое отделение стационара имеет в своем составе палаты для размещения больных, кабинеты заведующего отделением и старшей медсестры,

ординаторскую, сестринский пост, процедурный кабинет, кабинет функциональной диагностики, столовую, помещение хозяйственного назначения и т.д.

Работу в отделении возглавляют заведующий отделением - осуществляющий непосредственное руководство медицинским персоналом отделения и несущий полную ответственность за качество и уровень медицинской помощи, и старшая медсестра - осуществляющая непосредственное руководство работой медсестер и младшего медицинского персонала.

Непосредственную лечебно-диагностическую работу проводят врачи и медицинские сестры.

Сестра-хозяйка отделения находится в подчинении старшей медсестры, руководит работой санитарок, организует проведение санитарно-гигиенических, противоэпидемических мероприятий.

Документация терапевтического отделения и показатели оценки его деятельности идентичны таковым в стационаре.

Организация лечебно-профилактической помощи в хирургическом отделении стационара

Стационарная хирургическая помощь оказывается в хирургических отделениях трёх видов: общего профиля, специализированных и высокоспециализированных (центрах). Общехирургические отделения организуются в составе районных и городских больниц. Они обеспечивают основными видами квалифицированной стационарной хирургической помощи большую часть населения страны. Здесь лечат различные заболевания, среди которых более 50% приходится на острую хирургическую патологию и 20-40% на повреждения и заболевания опорно-двигательного аппарата.

Специализированные отделения открываются в областных, городских больницах и обслуживают от 50 тыс. до 3 млн населения. Они предназначены для оказания больным хирургической помощи по соответствующей специальности. В основе организации специализированных отделений лежат аналогичные принципы, способствующие концентрации больных по определённому признаку:

- по заболеванию одной системы органов - отделения хирургии сосудов, хирургии лёгких, проктологические, урологические и т.п.;
- по нозологическим формам, с учётом локализации - ожоговые отделения, хирургии мочевого пузыря и костно-суставного туберкулёза и т.п.;
- по разделам хирургической патологии - онкологические отделения, неотложной хирургии, гнойной хирургии и т. п.;
- по особенностям методик операций - пластическая хирургия;
- по возрастным особенностям - детская хирургия.

Цель деятельности хирургического отделения: оказание своевременной квалифицированной и специализированной хирургической помощи населению.

Задачи хирургического отделения:

1. обеспечение населения высококвалифицированной специализированной стационарной медицинской помощью;
2. проведение обследований и лечения хирургических больных;

3. систематическое освоение и внедрение в практику новых эффективных методов диагностики и лечения;
4. широкое применение в комплексной терапии лечебного питания;
5. проведение мероприятий по повышению качества обслуживания, содержания и ухода за больными хирургического отделения;
6. изучение исходов болезни и отдаленных результатов лечения;
7. периодическое повышение профессиональной квалификации медицинского персонала;
8. целенаправленная санитарно-просветительская работа со всем населением через средства массовой информации.

В хирургическом отделении обычно организуются палаты для размещения больных, перевязочная, процедурный кабинет, операционный блок. Операционный блок хирургического отделения является централизованным и состоит из двух зон: «стерильной» и «чистой». В «стерильную» зону включены операционные, предоперационные, наркозные, стерилизационные, моечные комнаты. В «чистой» зоне расположены санпропускник с душевыми установками, кабинеты медперсонала, бытовые комнаты.

Послеоперационные палаты рекомендуется размещать в отдельном изолированном отсеке при операционном блоке, или в составе отделения анестезиологии и реанимации, или изолированно в составе палатного хирургического отделения.

Руководят хирургическим отделением заведующий отделением и старшая медицинская сестра.

Документация хирургического отделения идентична таковой в других отделениях стационара. Однако дополнением является «Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре» (форма №008/у).

Специфическими показателями деятельности хирургического отделения стационара являются:

1. Хирургическая активность.
2. Частота послеоперационных осложнений.
3. Послеоперационная летальность.
4. Структура оперативных вмешательств.
5. Длительность пребывания оперированных в стационаре.

Организация лечебно-профилактической помощи в травматологическом отделении стационара

Цель деятельности травматологического отделения: оказание своевременной квалифицированной и специализированной травматологической помощи населению.

Задачи травматологического отделения:

- диагностика и лечение повреждений костно-мышечной системы;
- оказание экстренной квалифицированной помощи;
- антирабическая и противостолбнячная профилактика;
- анализ травматизма и разработка мероприятий по его профилактике;
- экспертиза временной утраты трудоспособности при травмах опорно-двигательной системы;

- своевременное направление больных на медико-социальную экспертизу;
- экспертиза отдаленных результатов лечения;
- санитарно-просветительская работа.

Структура травматологического отделения: приемное отделение, палаты для размещения больных, перевязочная, процедурный кабинет, операционный блок, комната для наложения и снятия гипса, кабинеты медицинского персонала, кабинет ЛФК и массажа, лаборатория, рентгенологический кабинет, кабинет УЗИ.

Руководят работой травматологического отделения заведующий отделением, старшая медсестра, старшая операционная сестра.

Документация травматологического отделения идентична таковой в других отделениях стационара. Дополнением служат:

- «Журнал учета наложения гипсовых повязок».
- «Журнал учета антирабических прививок».
- «Журнал учета вакцин против столбняка».
- «Экстренные извещения о бешенстве».
- «Извещения о спортивных травмах».
- «Журнал регистрации травм по предприятиям».

Уже не одно десятилетие специалисты в области организации здравоохранения во всем мире признают чрезмерность и недостаточную эффективность затрат на больничную помощь. Стратегическими направлениями реформирования стационарной помощи являются общее сокращение числа больниц и совокупного коечного фонда, а также сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре (Ключников П.И., 1998). Как показали многочисленные исследования значительная часть совокупного времени пребывания в стационаре приходится на пациентов, которым совсем не обязательно находиться под круглосуточным наблюдением медицинского персонала. А сроки его пребывания в больнице можно ограничить 24 часами.

Вопросы к лекции:

1. Каковы задачи городской больницы для взрослых?
2. Приведите примерную организационную структуру городской больницы для взрослых.
3. Какие задачи стоят перед заведующим отделением стационара, ординатором отделения?
4. Какие 2 системы организации ухода за больными выделяют в стационаре?
5. Что такое лечебно-охранительный режим? Перечислите основные его элементы.
6. В чем отличие городской больницы для детей от больницы для взрослых?
7. Какие основные задачи стоят перед родильным домом? Приведите примерную его организационную структуру.
8. Как организован прием и выписка женщин в родильном доме?
9. Как осуществляется наблюдение и выписка новорожденных из родильного дома?

10. В чем преимущества совместного пребывания матери и ребенка и каковы противопоказания?
11. Каковы основные задачи и примерная структура перинатального центра?
12. Что относится к стационарзамещающим технологиям?
13. Приведите примерную организационную структуру дневного стационара хирургического профиля.
14. В чем заключается медицинская и социальная эффективность дневных стационаров?
15. Какие основные формы первичной учетной медицинской документации используются в больничных учреждениях?
16. По каким статистическим показателям проводят анализ больничных учреждений? Приведите формулы их расчета и рекомендуемые значения.
17. В чем особенность статистического анализа родильных домов? По каким статистическим показателям проводят анализ деятельности родильных домов? Приведите формулы их расчета и рекомендуемые значения.

Основная литература:

1. Войцехович Б.А. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебное пособие – Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. – 125 с.
2. Дорошенко Г.В. Менеджмент в здравоохранении. М. 2006.
3. Зенина Л.А., Шешунов И.В., Чертухина О.Б. Экономика и управление здравоохранением – М.: Академия, 2006. – 208 с.
4. Глепцерищев Р.А., Трушкин А.Г., Демьянова Л.М., Малахова Н.Г. Экономика и управление здравоохранением – Ростов н/Д: Феникс, 2009. – 623 с.

Нормативно-правовая документация:

1. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»
2. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
3. Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (с изменениями и дополнениями)
4. Законодательные акты РФ в области здравоохранения
5. Приказы Министерства здравоохранения РФ
6. Нормативно-правовые акты, регламентирующие деятельность лечебно-профилактических учреждений здравоохранения РФ.

Интернет-ресурсы

Информационно – правовое обеспечение:

1. Система «Консультант» <http://www.consultant.ru>
2. Система «Гарант» <http://www.garant.ru/>

Профильные web – сайты Интернета:

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации
<http://www.rosminzdrav.ru/>
2. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (<http://www.rospotrebnadzor.ru>)
3. Информационно – методический центр «Экспертиза» (<http://www.crc.ru>).
4. Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения (<http://www.mednet.ru>).
5. Всемирная организация здоровья <http://www.who.int/ru/>
6. Медицинская статистика <http://www.meddocjob.ru>, <http://freepapers.ru>
11. Методические рекомендации по анализу деятельности ЛПУ.
<http://www.bestpravo.ru/>

Организация амбулаторно - поликлинической помощи населению

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Амбулаторно-поликлиническая помощь - это самый массовый вид медицинской помощи, которую получают около 80% всех больных, обращающихся в организации здравоохранения. К основным типам амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) относятся: поликлиники (для взрослых, детей, стоматологические), диспансеры, центры общей врачебной (семейной) практики, женские консультации и др.

Организация деятельности АПУ базируется на четырех основополагающих принципах, представленных на рис. 10.1.



Рис. 1. Основные принципы оказания амбулаторно-поликлинической помощи

Профилактическая направленность

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

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

В профилактической деятельности АПУ выделяют первичную, вторичную и третичную профилактику (см. раздел 2.9).

Диспансерный метод, прежде всего, используется в работе с определенными группами здоровых людей (детьми, беременными, спортсменами, военнослужащими и т.д.), а также с больными, подлежащими диспансерному наблюдению. В процессе диспансеризации осуществляется взятие этих контингентов на учет с целью раннего выявления заболеваний, комплексного лечения, проведение

мероприятий по оздоровлению условий труда и быта, восстановлению трудоспособности и продлению периода активной жизнедеятельности.

К важному направлению профилактической работы АПУ относится прививочная работа. Детскому населению профилактические прививки проводятся по соответствующему календарю прививок, взрослому населению - по желанию и показаниям.

Участковость

Большая часть АПУ работают по участковому принципу, т.е. за учреждениями закреплены определенные территории, которые, в свою очередь, разделены на территориальные участки. Участки формируются в зависимости от численности населения. За каждым участком закреплены участковый врач (терапевт, педиатр) и участковая медицинская сестра. При формировании участков для обеспечения равных условий работы участковых врачей следует учитывать не только численность населения, но и протяженность участка, тип застройки, удаленность от поликлиники, транспортная доступность и другие факторы.

Доступность

Реализация этого принципа обеспечивается широкой сетью АПУ, действующих на территории РФ. В 2008 г. в России функционировало 11 241 АПУ, в которых медицинская помощь была оказана более 50 млн человек. Любой житель страны не должен иметь препятствий

для обращения в АПУ как по месту жительства, так и на территории, где в настоящее время находится. Доступность и бесплатность амбулаторно-поликлинической помощи населению обеспечиваются в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Преимственность и этапность лечения

Амбулаторно-поликлиническая помощь является первым этапом единого технологического процесса оказания медицинской помощи: поликлиника-стационар-учреждения восстановительного лечения. Как правило, пациент вначале обращается к участковому врачу поликлиники. В случае необходимости он может быть направлен в консультативно-диагностический центр, диспансер (онкологический, противотуберкулезный, психоневрологический и др.), больничное учреждение, центр медицинской и социальной реабилитации. Между этими звеньями оказания медицинской помощи должна существовать преимущественность, позволяющая исключать дублирование диагностических исследований, ведения медицинской документации, тем самым обеспечить комплексность в профилактике, диагностике, лечении и реабилитации больных. Одно из направлений достижения этого - внедрение электронной истории болезни (электронного паспорта больного).

Дальнейшее развитие амбулаторно-поликлинической помощи должно быть направлено на решение следующих задач: обеспечение доступности этого вида медицинской помощи для всех групп населения, проживающих в любых регионах страны; полное удовлетворение потребности населения в квалифицированной лечебно-профилактической и медико-социальной помощи; усиление профилактической направленности в деятельности АПУ; повышение эффективности работы

АПУ, совершенствование управления; повышение культуры и качества медико-социальной помощи.

ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ

Городская поликлиника для взрослых является учреждением здравоохранения, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь

населению в возрасте 18 лет и старше. Поликлиники организовываются в составе больничных учреждений (областной, краевой, республиканской, окружной, центральной районной больницы, медико-санитарной части) или могут быть самостоятельными учреждениями.

Основные задачи поликлиники:

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

Примерная организационная структура городской поликлиники для взрослых представлена на рис. 10.2.

Поликлинику возглавляет **главный врач**, который 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 учреждения и организует его выполнение.

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

Главный врач является распорядителем кредитов, контролирует правильность исполнения бюджета и обеспечивает экономное и рациональное расходование средств, сохранность материальных ценностей, обеспечивает правильное составление и своевременное представление в соответствующие инстанции статистических, меди-



Рис. 2. Примерная организационная структура городской поликлиники для взрослых

цинских и финансовых отчетов, обеспечивает своевременное рассмотрение жалоб и заявлений населения, принимает по ним необходимые меры.

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

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

Первое знакомство пациента с поликлиникой начинается с **регистратуры**, которая организует прием больных и их обслуживание на дому. В задачи регистратуры входят:

- 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.

В практике организации амбулаторно-поликлинической помощи используется три основных способа организации записи пациентов на прием к врачу:

- талонная система;
- самозапись;
- комбинированный способ.

При **талонной системе** первичные пациенты обращаются в регистратуру и получают талоны с указанием порядкового номера очереди, фамилии врача, номера кабинета и времени явки на прием.

При **самозаписи** посетители сами вписывают в специальные листы свои паспортные данные с указанием удобного для них времени приема. Для этого в холле поликлиники оборудуют столики с папками листов самозаписи на несколько дней вперед.

При **комбинированном способе** в лист самозаписи записываются только первичные пациенты. За 15-20 мин до начала приема пациент получает в регистратуре заранее заготовленный талон. При такой системе регистратор знает, сколько человек не явилось на прием к врачу (из числа записавшихся), и имеет право по истечении определенного времени выдать талоны другим пациентам, желающим попасть на прием в это время. Повторным пациентам врач выдает специальную «фишку» с указанием даты и времени приема, которая подлежит обмену в регистратуре на талон. Если врач при посещении больного на дому определил необходимость повторного осмотра в поликлинике, он сразу выдает ему талон с указанием даты, времени приема и номера очереди.

Вызов врача на дом может осуществляться очно либо по телефону. Принимаемые вызовы заносятся в «Книгу записей вызова врача на дом» (ф. 031/у), в которой указываются не только фамилия, имя, отчество и адрес больного, но и основные жалобы. Эти книги ведутся как по каждому терапевтическому участку, так и по каждому из врачей узких специальностей. В некоторых поликлиниках существует «самозапись» вызовов на дом. Вызывающий врача заполняет специальный бланк, в котором указывает фамилию, имя, отчество, адрес больного, основные жалобы, температуру и опускает бланк в ящик вызовов. Поступившие заявки медицинский регистратор вносит в книгу.

Для получения пациентами необходимой информации в вестибюле поликлиники целесообразно организовать подробную «немую справку» с расписанием работы врачей всех специальностей, номеров их кабинетов, врачебных участков с входящими в них улицами и домами, правилами подготовки к исследованиям (рентгеноскопии, рентгенографии, анализов крови) и т.д. «Немая справка» должна содержать, кроме того, информацию о времени и месте приема насе-

ления главным врачом и его заместителями; адреса дежурных поликлиник и стационаров района (города), оказывающих экстренную специализированную помощь населению в воскресные дни и др.

Скорость обслуживания больных зависит от рационального размещения в регистратуре «Медицинских карт амбулаторного больного». Оптимальной считается система расстановки карт в барабанах по участкам, а внутри них - по улицам, домам и квартирам. Значительно облегчает работу медицинского регистратора система маркировки медицинских карт, когда каждый терапевтический участок имеет свою цветовую маркировку. Хорошо зарекомендовала себя номерная система, при которой поиск одной карты сокращается до нескольких секунд. Для этого каждому участку определяется количество номеров соответственно числу лиц, проживающих на данной территории. В последнее время распространилась практика хранения медицинских карт амбулаторного больного на руках у пациентов. Это облегчает получение пациентом консультаций в других лечебно-профилактических учреждениях, однако в случае утери карты создаются серьезные затруднения.

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

В непосредственной близости от регистратуры должен располагаться **кабинет доврачебного приема**, который организуется в поликлинике для регулирования потока посетителей и выполнения функций, не требующих врачебной компетенции. Для работы в нем подбираются наиболее опытные медицинские сестры.

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

Работа участкового терапевта осуществляется по графику, утверждаемому заведующим отделением или главным врачом поликлиники, в котором предусматриваются фиксированные часы амбулаторного приема, время для оказания помощи на дому, профилактической

и другой работы. Распределение времени приема в поликлинике и помощи на дому осуществляется в зависимости от численности и состава населения участка, от сложившейся посещаемости и др.

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

АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Статистический анализ имеет большое значение в совершенствовании управления АПУ, повышении социальной, медицинской, экономической эффективности их деятельности и как результат этого - в улучшении доступности и качества амбулаторно-поликлинической помощи населению.

Для анализа деятельности АПУ используются следующие группы статистических показателей:

- показатели объемов амбулаторно-поликлинической помощи;
- показатели нагрузки персонала;
- показатели диспансеризации населения.

Показатели объемов амбулаторно-поликлинической помощи

Большое значение для оценки доступности населению амбулаторно-поликлинической помощи, а также для расчета необходимых для ее развития ресурсов имеет *показатель среднего числа посещений на 1 жителя*. Последние годы значение этого показателя имело тенденцию к увеличению, и в 2008 г. среднее число посещений АПУ на 1 жителя в Российской Федерации составило 9,4, в том числе 5,3 по поводу заболеваний, 2,5 - профилактические. Наиболее высокие значения этого показателя отмечаются в г. Москва (13,2), Ханты-Мансийском (12,5), Ненецком автономном округе (11,3), самые низкие - в Республике Северная Осетия-Алания (4,6), Республике Ингушетия (5,0), Чеченской Республике (6,0). Рост значения показателя среднего числа посещений на 1 жителя нельзя оценивать однозначно как положительное явление.

Этот показатель в динамике необходимо анализировать с учетом его структурных составляющих, а именно значения *показателя удельного веса профилактических посещений АПУ*. В 2008 г. доля посещений АПУ, сделанных населением с профилактической целью, составила по отдельным субъектам РФ 13-24%, что свидетельствует о низком уровне организации профилактической работы среди населения. По оценкам специалистов, для обеспечения необходимого уровня профилактической работы показатель удельного веса профилактических посещений АПУ должен составлять не менее 30% от числа всех врачебных посещений.

Показатель удельного веса посещений на дому используется для анализа активности медицинского наблюдения больных, страдающих острыми и хроническими заболеваниями. Для улучшения медицинской помощи этой категории больных необходимо расширение практики проведения активного патронажа хронических больных с организацией стационаров на дому. Значение этого показателя в пределах 15-20% свидетельствует о доступности амбулаторно-поликлинической помощи этим категориям больных.

Показатели нагрузки персонала

Для оперативного ежедневного анализа нагрузки врачей различных специальностей используется *показатель фактической среднечасовой нагрузки врача на приеме в АПУ*. Плановые значения этого показателя по отдельным врачебным специальностям представлены в таблице (табл. 10.2).

Таблица 2. Рекомендуемые (плановые) значения показателя среднечасовой нагрузки врачей отдельных специальностей на амбулаторнополиклиническом приеме

Наименование врачебной специальности	Рекомендуемое значение показателя (число посещений в час)
Врач общей практики	4,0 (на дому — 1,5)
Терапевт	4,0 (на дому — 1,5)
Хирург	6,0
Педиатр	4,0 (на дому — 2,0)
Акушер-гинеколог	4,0
Невролог	3,0
Офтальмолог	5,0
Отоларинголог	5,0

Окончание табл. 10.2

Наименование врачебной специальности	Рекомендуемое значение показателя (число посещений в час)
Эндокринолог	3,0
Кардиолог	3,0
Психиатр	4,0 (на дому — 1,0)
Инфекционист	4,0
Фтизиатр	4,0 (на дому — 0,8)
Онколог	3,0

Исходя из планового показателя среднечасовой нагрузки врача-специалиста, рассчитывается **показатель плановой функции врачебной должности**, который представляет собой плановую годовую нагрузку врача-специалиста на амбулаторно-поликлиническом приеме. Этот показатель ежегодно утверждается руководителем организации здравоохранения исходя из показателя планового объема амбулаторнополиклинической помощи в рамках муниципального задания по реализации территориальной программы госгарантий. Он используется для анализа нагрузки и расчета необходимого числа врачебных должностей с учетом планируемых объемов амбулаторнополиклинической помощи к врачам различных специальностей и фонда оплаты труда. Плановые значения показателя функции врачебной должности представлены в табл. 10.3.

Таблица 10.3. Рекомендуемые (плановые) значения показателя функции врачебной должности по отдельным врачебным специальностям

Наименование врачебной специальности	Рекомендуемое значение показателя (число посещений в год)
Врач общей практики	5106
Терапевт	3996
Хирург	7925
Педиатр	4440
Акушер-гинеколог	5283
Невролог	3962
Офтальмолог	6604
Отоларинголог	6604
Эндокринолог	3962
Кардиолог	3962

Наименование врачебной специальности	Рекомендуемое значение показателя (число посещений в год)
Психиатр	4556
Инфекционист	3552
Фтизиатр	3605
Онколог	3962

С этим показателем сравнивается **показатель фактической функции врачебной должности**, что позволяет проводить оперативный (еженедельный, ежемесячный, ежеквартальный) анализ нагрузки врачей различных специальностей.

Постоянное изучение нагрузки персонала необходимо для анализа эффективности использования трудовых и финансовых ресурсов, разработки прогрессивных форм оплаты труда, которые дифференцированно учитывали бы объем и качество выполняемой работы.

Показатели диспансеризации населения

Общее представление об организации диспансеризации населения дает **показатель полноты охвата населения диспансерным наблюдением**, значения которого по отдельным субъектам Российской Федерации колеблются в интервале 60-70%.

Для более глубокой оценки организации работы по диспансеризации населения используется **показатель полноты охвата больных диспансерным наблюдением**. Для больных, страдающих социально значимыми заболеваниями (болезни системы кровообращения, сахарный диабет, злокачественные новообразования, психические расстройства и расстройства поведения, ВИЧ-инфекция, туберкулез и др.), этот показатель должен приближаться к 100%.

Показатель своевременности взятия больных под диспансерное наблюдение служит важной характеристикой работы медицинских учреждений и позволяет оценить, в течение какого периода времени больной с впервые в жизни установленным диагнозом взят на учет для динамического наблюдения. Как правило, для расчета этого показателя берется временной интервал с момента выявления заболевания до момента постановки больного на диспансерный учет, равный

году. В то же время для отдельных нозологических форм (бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и др.) этот период времени не должен превышать 30 дней.

Показатель эффективности диспансеризации используется для анализа качества проводимой АПУ диспансерной работы. Особенно важен этот показатель для анализа работы врачей АПУ по диспансеризации больных, страдающих такими социально значимыми заболеваниями, как гипертоническая болезнь, злокачественные новообразования, бронхиальная астма, алкоголизм, наркомания, туберкулез, психические расстройства и др. Рекомендуемые значения этого показателя на примере сахарного диабета: с улучшением состояния - не менее 15%, без изменения - 80%, с ухудшением - не более 5%.

Анализ этих и других показателей очень важен для планирования, оценки качества амбулаторно-поликлинической помощи населению в целом, выработки приоритетных направлений в ее развитии. В то же время для углубленного статистического анализа деятельности женских консультаций, детских поликлиник используется целый ряд специальных показателей.

Вопросы к лекции:

1. Перечислите основные принципы оказания амбулаторно-поликлинической помощи. Раскройте их содержание.
2. Дайте определение термина «диспансеризация».
3. Перечислите основные задачи городской поликлиники для взрослых.
4. Приведите примерную организационную структуру городской поликлиники для взрослых.
5. Какие основные задачи решает регистратура поликлиники.
6. Какие 3 основных способа организации записи пациентов на прием используют в практике организации амбулаторно-поликлинической помощи?
7. Перечислите основные функции участкового терапевта.
8. Какие основные задачи стоят перед детской поликлиникой?

Основная литература:

1. Войцехович Б.А. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебное пособие – Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. – 125 с.
2. Дорошенко Г.В. Менеджмент в здравоохранении. М. 2006.
3. Зенина Л.А., Шешунов И.В., Чертухина О.Б. Экономика и управление здравоохранением – М.: Академия, 2006. – 208 с.
4. Глепцерищев Р.А., Трушкин А.Г., Демьянова Л.М., Малахова Н.Г. Экономика и управление здравоохранением – Ростов н/Д: Феникс, 2009. – 623 с.

Нормативно-правовая документация:

1. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»
2. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
3. Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (с изменениями и дополнениями)
4. Законодательные акты РФ в области здравоохранения
5. Приказы Министерства здравоохранения РФ
6. Нормативно-правовые акты, регламентирующие деятельность лечебно-профилактических учреждений здравоохранения РФ.

Интернет-ресурсы

Информационно – правовое обеспечение:

1. Система «Консультант» <http://www.consultant.ru>
2. Система «Гарант» <http://www.garant.ru/>

Профильные web – сайты Интернета:

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации
<http://www.rosminzdrav.ru/>
2. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (<http://www.rospotrebnadzor.ru>)
3. Информационно – методический центр «Экспертиза» (<http://www.crc.ru>).
4. Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения (<http://www.mednet.ru>).
5. Всемирная организация здоровья <http://www.who.int/ru/>
6. Медицинская статистика <http://www.meddocjob.ru>, <http://freepapers.ru>
11. Методические рекомендации по анализу деятельности ЛПУ.
<http://www.bestpravo.ru/>

Охрана здоровья женщин и детей

Организация медицинской помощи женщинам и детям основывается в целом на тех же принципах, что и другим группам населения, но имеет более ярко выраженную профилактическую направленность.

Учреждения, оказывающие медицинскую помощь женщинам и детям, условно подразделяют на 3 группы: ЛПУ, оздоровительные и воспитательные. Наиболее многочисленная группа ЛПУ состоит из амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений.

Ведущее место в системе акушерско-гинекологической помощи принадлежит *женской консультации*, которая относится к ЛПУ диспансерного типа, осуществляющему амбулаторно-поликлиническое наблюдение за женщинами во все периоды их жизни. Женские консультации чаще размещаются в составе крупных поликлиник (80%), реже при медико-санитарных частях (10%).

Примерно 8% женских консультаций находятся в составе объединенного родильного дома. Самостоятельные женские консультации составляют не более 1%.

В настоящее время доказана целесообразность создания базовых женских консультаций как лечебно-консультативных и организационно-методических центров города и района, а также школ повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала.

Хорошие результаты дает работа выездных женских консультаций.

Работа женской консультации, так же как и других амбулаторно-поликлинических учреждений, строится по участковому принципу. Акушерско-гинекологический участок охватывает примерно 2 терапевтических участка, следовательно, у 1 участкового акушера-гинеколога под наблюдением находится примерно 2000-2500 женщин.

В женской консультации оказываются различные виды лечебно-диагностической помощи, осуществляется социально-правовая консультация. В дальнейшем улучшении акушерско-гинекологической помощи большое значение придается совершенствованию лабораторно-диагностической службы, созданию эндокринологических, иммунологических, биохимических лабораторий, кабинетов функциональной диагностики и лабораторий медицинской генетики.

Решающая роль в сохранении здоровья женщин и детей принадлежит профилактической работе женской консультации. Основные мероприятия должны проводиться в области первичной профилактики, в задачи которой входит наблюдение за женщинами не только в период беременности, но и в течение всей жизни с целью предупреждения заболеваний.

Наряду с первичной профилактикой не меньшее значение имеет вторичная профилактика, предусматривающая раннее выявление заболеваний, проведение соответствующего лечения и реабилитацию.

Существенную долю профилактической работы участкового акушера-гинеколога занимает наблюдение за женщинами в период беременности и в течение 1,5-2 лет после родов. Следует усилить работу врачей по гигиеническому воспитанию и санитарному просвещению, главное внимание следует уделять

обращению женщин к участковому акушеру-гинекологу в ранние сроки беременности (до 12 нед).

Раннее обращение к врачу позволяет провести полное обследование и принять соответствующие меры при экстрагенитальных заболеваниях или акушерской патологии. Это, в свою очередь, способствует улучшению показателей здоровья и, в частности, снижению перинатальной смертности, частоты рождения недоношенных детей или детей с низкой массой тела.

Введено обязательное диспансерное наблюдение за женщинами репродуктивного возраста в течение 1,5 лет после родов. К сожалению, как показывают исследования, в этот период женщины почти не обращаются ни к акушеру-гинекологу, ни к врачам других специальностей, хотя у многих вследствие осложнений беременности и родов ухудшается течение имевшихся до беременности экстрагенитальных заболеваний.

Существенное значение в профилактике различных гинекологических заболеваний имеет профилактика абортов, которая должна предусматривать пропаганду предупреждения нежелательной беременности, внедрение современных контрацептивов.

В связи с относительно высоким распространением гинекологических заболеваний (исчерпанная или накопленная заболеваемость доходит до 300 на 1000 женщин) большое значение имеют профилактические осмотры, которые впервые выявляют до 70% различных гинекологических заболеваний. Однако с профилактической целью обращаются не более 30% женщин. Изучение эффективности диспансеризации женщин акушером-гинекологом показало, что в целом своевременность взятия на диспансерный учет не превышает 60%. Показатель колеблется от 100% при доброкачественных опухолях до 20,0% при воспалительных заболеваниях.

Стационарная медицинская помощь женщинам оказывается в акушерско-гинекологических отделениях объединенного родильного дома либо многопрофильной больницы. В последние годы в крупных городах появились специализированные родильные дома для женщин, страдающих невынашиванием беременности, имеющих иммунодефицитную беременность, а также различные соматические заболевания.

В результате совершенствования структуры акушерско-гинекологических стационаров доля коек для женщин с патологией беременности увеличилась до 30-35% коечного фонда, что дает возможность значительно расширить контингент госпитализированных беременных при первых признаках отклонений в их здоровье.

Особое внимание должно быть уделено работе приемного отделения. Во-первых, прием гинекологических больных и беременных необходимо проводить отдельно в самостоятельных помещениях, чтобы избежать контактов беременной с различными инфекциями. Во-вторых, прием беременных следует осуществлять в боксах, что также снижает возможность контакта здоровых беременных с заболевшими. Оправдана организация двух родильных отделений: физиологического и обсервационного.

Отделения для новорожденных оборудуют при физиологическом (палаты не больше чем на 4 койки) и обсервационном (палаты на 1-2 койки) родильных отделениях.

Во избежание возникновения различных внутрибольничных инфекций в родильном доме имеют значение не только правильная работа приемного отделения, но и соблюдение соответствующего санитарно-гигиенического режима. С этой целью в родильных отделениях палаты заполняют одновременно, проводится санитарно-гигиеническая подготовка помещений к приему родильниц и новорожденных.

Для оказания стационарной гинекологической помощи женщинам организуют гинекологические отделения для оперативного и консервативного лечения. В зависимости от мощности гинекологического стационара консервативное и оперативное отделения могут дифференцироваться по профилю заболеваний.

Для рационального использования коечного фонда, сокращения необоснованного пребывания женщин в стационаре все госпитализированные женщины должны быть максимально обследованы в женской консультации и при поступлении иметь подробную выписку из амбулаторной карты. В свою очередь, при выписке из стационара женщины должны получить подробные рекомендации по дальнейшему наблюдению за состоянием здоровья в женской консультации.

* * *

Амбулаторно-поликлиническую помощь детскому населению оказывает *детская поликлиника*, которая может быть самостоятельной или входить как структурное подразделение в объединенную детскую больницу. В районе прикрепления детская поликлиника обеспечивает лечебно-профилактическую помощь детям от рождения до 14 лет включительно (14 лет 11 мес 29 дней). Оказание медицинской помощи предусмотрено в поликлинике, на дому, в дошкольных учреждениях и школах. 75-85% детей начинают и заканчивают лечение в условиях детской поликлиники.

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

Все больные дети должны получать медицинскую помощь только на дому, поэтому непосредственно в детскую поликлинику обращаются лишь здоровые дети или имеющие хронические заболевания вне обострения. Более 90% всех посещений ребенка на дому приходится на долю участкового педиатра.

В задачи участкового педиатра, кроме оказания лечебной помощи, входит профилактическая работа со здоровыми детьми и имеющими хроническую патологию и нуждающимися в диспансерном наблюдении. Участковый педиатр должен знать особенности развития и формирования здоровья ребенка, условия

воспитания здорового ребенка, вопросы профилактики возникновения и неблагоприятного течения заболеваний, особенно в раннем возрасте, роль и значение условий и образа жизни семьи. По существу, хороший участковый педиатр - это детский семейный врач.

Участковый педиатр обязан поддерживать постоянную связь с акушерско-гинекологическими учреждениями и обеспечивать преемственность в наблюдении за детьми, особенно при наличии факторов риска. Профилактическая работа в детской поликлинике со здоровыми детьми включает в себя профилактические осмотры участковым педиатром, когда родителям дают рекомендации по питанию, уходу за детьми, их физическому воспитанию, закаливанию, осмотры врачами-специалистами, проведение лабораторно-диагностического обследования и профилактических прививок.

Комплексные медицинские осмотры дают возможность выявлять заболевания на ранних стадиях, своевременно проводить лечение и соответственно предотвращать развитие хронического процесса.

Особое внимание должно быть уделено часто (4 заболевания в год и более) и длительно (более 40 дней в году) болеющим детям, поскольку у этих детей чаще развиваются различные хронические заболевания.

Дети 3-й, 4-й и 5-й групп здоровья, имеющие хроническое заболевание различной стадии компенсации, находятся под диспансерным наблюдением педиатра и специалистов.

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

По результатам комплексных медицинских осмотров определяется группа здоровья у каждого ребенка.

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

Во-первых, детскую поликлинику должны посещать только здоровые дети или страдающие хроническим заболеванием и не представляющие опасности в

смысле распространения инфекции. Заболевшим детям медицинская помощь должна оказываться на дому до выздоровления.

Во-вторых, при посещении детской поликлиники все дети должны проходить через фильтр, где, как правило, дежурит наиболее опытная медсестра. На основании опроса о состоянии здоровья ребенка и причин посещения поликлиники, осмотра его кожи и зева, а при необходимости и термометрии она решает вопрос о возможности посещения поликлиники ребенком. В случае необходимости ребенка направляют в бокс, где его осматривает дежурный врач.

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

В детской поликлинике есть школьно-дошкольное отделение, штаты которого устанавливаются из расчета 1 педиатр на 180-200 детей ясельного возраста, на 600 детей дошкольного возраста, на 2000 детей школьного возраста, на 200 детей в санаторных яслях, яслях-садах и садах, на 300 детей, обучающихся во вспомогательных школах; 1 медсестра на 100 детей, воспитывающихся в детских

садах, на 700 детей, обучающихся в школах, на 50 детей, воспитывающихся в санаторных детских садах, на 300 детей, обучающихся во вспомогательных школах.

Рабочие места этих сотрудников находятся в соответствующих учреждениях, где организуют медицинское наблюдение за детьми, а в самой детской поликлинике располагается кабинет заведующего школьно-дошкольным учреждением.

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

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

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

В последнее время развивается специальность «семейный врач» - врач общей практики, который наблюдает за здоровьем всех членов семьи, детей и взрослых.

Детские больницы различают по профилю (многопрофильная и специализированная), по системе организации (объединенная и необъединенная), по объему деятельности (различная коечная мощность). Детская больница включает в себя профильные отделения (педиатрическое, хирургическое, инфекционное), а те, в свою очередь, отделения по возрасту до 3 лет и по полу среди детей старше 3 лет.

Кроме того, в больнице имеется лабораторно-диагностическая служба, патолого-анатомическое отделение.

Приемное отделение в детских больницах состоит из приемносмотровых боксов, число которых должно быть не менее 3% общего числа коек больницы. Кроме того, при приеме детей необходимо иметь сведения из санэпидотдела (санэпидцентра) о наличии

или отсутствии контактов с больными инфекционными заболеваниями и от педиатра о перенесенных детских инфекциях. Это позволяет правильно решить вопрос о госпитализации ребенка. В целях ограничения распространения внутрибольничной инфекции целесообразно предусматривать палаты на 1-2 койки для детей до 1 года, а для более старших детей не более чем на 4 койки.

Не меньшее внимание в детских больницах должно уделяться питанию, прежде всего особое внимание уделяют питанию детей первых лет жизни. Режим дня должен соответствовать возрасту ребенка.

Воспитательная и педагогическая работа с больными детьми является неотъемлемой частью лечебно-профилактической деятельности стационара и направлена на создание лечебно-охранительного режима. Матерей следует привлекать к уходу за детьми и шире практиковать госпитализацию детей в первую очередь первых 2-3 лет жизни вместе с матерями.

В процессе реформирования здравоохранения происходит сокращение числа коек не только для взрослых, но и в детских больницах, особенно в инфекционных. В то же время происходит некоторое увеличение числа специализированных коек.

Особое место в воспитании здорового ребенка принадлежит системе общественного воспитания и медицинской помощи в дошкольных учреждениях и школах.

Все учреждения общественного воспитания детей дошкольного и школьного возраста подразделяются в зависимости от возраста, состояния здоровья детей и социального положения семьи.

Типовым учреждением по воспитанию детей дошкольного возраста является детское дошкольное учреждение ясли-сад.

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

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

- осматривать всех вновь поступающих детей и рекомендовать комплекс медико-педагогических мероприятий, направленных на скорейшую адаптацию;
- проводить лабораторно-диагностическое обследование детей;
- осуществлять постоянный медицинский контроль за состоянием здоровья, физическим и нервно-психическим развитием;

- обеспечить проведение профилактических прививок;
- организовать комплексные осмотры врачами-специалистами;
- принимать активное участие в распределении детей на группы и классы в соответствии с анатомо-физиологическими и нервнопсихическими особенностями;

- проводить комплекс профилактических мероприятий по предупреждению заноса и распространения инфекционных заболеваний.

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

Не меньшая роль в снижении заболеваемости детей принадлежит индивидуальной работе с часто болеющими детьми, а также с детьми, имеющими хронические заболевания.

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

На 1-м этапе (сельский врачебный участок) обеспечивается в основном профилактическая, противозидемическая и в небольшом объеме лечебная помощь детям. В стационар сельской участковой больницы госпитализируются в основном дети с легкими формами заболевания, в тяжелых случаях помощь оказывают в центральной районной больнице, поскольку маломощные сельские участковые больницы недостаточно обеспечены врачами-педиатрами и помощь детям нередко оказывает терапевт.

Фельдшерско-акушерские пункты обеспечивают амбулаторнополиклиническую помощь в основном беременным и детям первых лет жизни. В этих учреждениях работает фельдшер или патронажная медсестра.

Основным этапом оказания медицинской помощи детям всего района служит центральная районная больница (2-й этап). Работой больницы руководит районный педиатр, а в крупных районах вводится должность заместителя главного врача по детству и родовспоможению.

Еще достаточно высока доля детей, нуждающихся в лечении в соматических, общехирургических, инфекционных отделениях, но направленных на лечение в областные детские и общие больницы.

В соответствии с рекомендациями специалистов в центральных районных больницах целесообразно сосредоточить около 70% всего коечного фонда для детей, около 10% - в участковой больнице, а оставшиеся 20% коек предусмотреть для госпитализации детей в областном центре.

На педиатров и акушеров областного центра, кроме обеспечения высококвалифицированной специализированной медицинской помощи, возлагаются функции кураторов сельских районов в проведении организационно-методической и лечебно-консультативной работы.

Одной из важных, но еще далеко не решенных проблем остается организация медицинской помощи **подросткам**. В последнее время оказание амбулаторно-поликлинической помощи возлагается на детские поликлиники, следовательно, на

врачей-педиатров. До этого при поликлиниках для взрослых функционировали подростковые кабинеты (они сохранились при ряде поликлиник).

Как отмечено в национальном проекте «Здоровье», на первых этапах основное внимание и организационные меры направлены на коренное улучшение наиболее массовой - первичной медицинской помощи. Однако не забыта и стационарная медицинская помощь. Акцент здесь поставлен на повышение ее качества за счет улучшения организации, усиления специализированных ее видов, особенно интенсивного внедрения высоких медицинских (т.е. сложных, дорогостоящих) технологий, создание современных диагностических и лечебных центров на всей территории нашей страны. Предполагается построить не менее 15 таких центров уже в ближайшие годы, модернизировать устаревшую материально-техническую, ресурсную базы стационаров. Предполагается также последовательное существенное повышение заработной платы работникам больничных учреждений с тем, чтобы через небольшое число лет их материальное положение не отставало от участковых терапевтов, педиатров, работников «скорой медицинской помощи».

В национальном проекте «Здоровье» большое внимание уделено охране материнства и младенчества - педиатрической и акушерско-гинекологической помощи. Будет достигнуто массовое обследование новорожденных для улучшения диагностики и особенно

выявлению наследственных заболеваний, что скажется на сокращении инвалидизации детей. Начата работа по обеспечению стационарных учреждений родовспоможения современным диагностическим и лечебным оборудованием; запланировано строительство 20 перинатальных центров. Уже в 2006 г. готовится по современным программам почти 5 тыс. участковых терапевтов и педиатров, 1500 врачей общей практики (семейной врач); в 2007 г. это число увеличится более чем на 1 тыс. специалистов. Значительно увеличиваются средства федерального бюджета по оказанию медицинской помощи женщинам в период беременности и родов (10,5 млрд - руб. в 2006 г. и 14,5 млрд руб. в 2007 г.). Вводятся родовые сертификаты. За каждый такой сертификат в случае благоприятных родов женская консультация получает 2 тыс. руб., а родильный дом - 5 тыс. руб. Это не только скажется на качестве медицинской помощи и ко всему повышении рождаемости, но и на заработной плате медицинских работников этих учреждений. В 2007 г. размер сертификатов увеличится, и будет выделяться 2 тыс. руб. детской поликлинике за диспансерное наблюдение каждого ребенка.

Родовые сертификаты выделяются и самим женщинам - с 30 недели беременности. Стоимость родового сертификата в женской консультации увеличится до 3 тыс. руб., в родильных домах - до 7 тыс. руб. Вводятся также специальные пособия - 1,5 тыс. руб. за первого ребенка и 3 тыс. руб. - за второго или 40% заработной платы. Введен материальный сертификат при рождении - на ипотеку, образование ребенка или в накопительную часть пенсии. Воспользоваться сертификатом возможно по достижению ребенком 3 лет.

ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА ДЛЯ ДЕТЕЙ

Детская городская поликлиника - это ведущее амбулаторно-поликлиническое учреждение по оказанию медицинской помощи детям от рождения и до 17 лет включительно. Детская поликлиника может быть самостоятельным учреждением, а может являться структурным подразделением детской областной (краевой, республиканской, окружной) и центральной районной больниц. В настоящее время часть детских поликлиник реорганизованы в отделения городских поликлиник, оказывающих помощь как взрослому населению, так и детям.

Основные задачи детской поликлиники:

- организация диспансеризации детского населения, включая комплекс профилактических мероприятий;
- оказание квалифицированной лечебно-профилактической помощи детям в поликлинике и на дому;
- направление при необходимости детей на лечение в стационары больниц, санатории, специализированные детские ясли-сады, учреждения детского отдыха и др.;
- организация лечебно-профилактической работы в детских образовательных учреждениях;
- проведение комплекса противоэпидемиологических мероприятий (совместно со специалистами Роспотребнадзора);
- обеспечение правовой защиты детей.

По вопросам охраны здоровья детей и подростков детская поликлиника координирует работу всех других медицинских учреждений: собирает, обобщает и анализирует информацию о состоянии и проблемах соматического, репродуктивного, психического здоровья, на основе которой определяет приоритетные направления профилактической, лечебно-оздоровительной и коррекционной работы, разрабатывает предложения по улучшению охраны здоровья детей и подростков на соответствующей территории.

Для выполнения поставленных задач в детской поликлинике функционируют профилактические, лечебные, диагностические и другие подразделения, перечень которых должен соответствовать примерной организационной структуре, представленной на рис. 10.3.

Структура и организация работы детской поликлиники построены с учетом противоэпидемического режима.

Детская поликлиника, так же как и поликлиника для взрослых, работает по участковому принципу. Педиатрические участки организуются из расчета 800 детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно на один участок. С учетом большого объема профилактической работы в детской поликлинике, в отличие от других АПУ, на каждый педиатрический участок выделяется 1,5 должности медицинской сестры участковой, которая выполняет функции непосредственного помощника врача-педиатра участкового.

Штатные нормативы врачебного персонала детских городских поликлиник устанавливаются соответствующими приказами МЗиСР РФ и носят рекомендательный характер (табл. 10.1).

Таблица 10.1. Штатные нормативы врачебного персонала детских городских поликлиник в городах с населением свыше 25 тыс. человек

Наименование должностей	Число должностей на 10 тыс. детей в возрасте до 17 лет 11 мес 29 дней, прикрепленных к поликлинике
Врач-педиатр участковый	12,5
Врачи узких специальностей	
Врач детский хирург	0,5
Врач травматолог-ортопед	0,75
Врач-уролог	0,5
Врач акушер-гинеколог	1,25
Врач-отоларинголог	1,25
Врач-офтальмолог	1,5
Врач-невролог	1,5
Врач-кардиолог (ревматолог)	0,3
Врач детский эндокринолог	0,5
Врач детский онколог (гематолог)	0,1
Врач аллерголог-иммунолог	0,1
Итого врачей узких специальностей	8,25



Рис. 3. Примерная организационная структура детской городской поликлиники

Для осуществления профилактической работы со здоровыми детьми раннего возраста в составе детской поликлиники организуется **кабинет профилактической работы с детьми (кабинет здорового ребенка)**. Для работы в нем в поликлинике, обслуживающей до 10 тыс. детей, предусмотрена 1 должность, свыше 10

тыс. детей - 2 должности медицинских сестер по профилактической работе со здоровыми детьми.

Основная задача кабинета здорового ребенка - обучение родителей основным правилам воспитания здорового ребенка (режим, питание, физическое воспитание, закаливание, уход и др.) с целью профилактики заболеваний и отклонений физического развития ребенка.

Профилактическая направленность и диспансеризация являются ведущими в деятельности детских поликлиник. Важнейшее звено диспансеризации детского населения - медицинские осмотры, среди которых особое место занимают **неонатальный и аудиологический скрининг**. Проблема наследственных и врожденных заболеваний чрезвычайно актуальна для нашей страны. Врожденные и наследственные болезни занимают второе место среди причин смертности у детей в возрасте до 1 года и составляют 19,0% среди причин детской инвалидности. Несвоевременное выявление и отсутствие специфического лечения наследственных заболеваний приводят к развитию тяжелых симптомов болезней - умственной отсталости, слепоте, глухоте, карликовости, почечно-печеночной недостаточности и к другим нарушениям жизненно важных функций организма.

Комплексное решение вопросов профилактики, ранней диагностики и терапии врожденных и наследственных заболеваний возможно только на основе медико-генетической службы, одно из приоритетных направлений развития которой - неонатальный скрининг.

Показатели патологической пораженности по отдельным наследственным заболеваниям, установленным при неонатальном скрининге в рамках национального проекта «Здоровье», составили: фенилкетонурия - 0,15, врожденный гипотиреоз - 0,28, адреногенитальный синдром - 0,11, муковисцидоз - 0,1, галактоземия - 0,03 случая на 1000 обследованных.

В 2007 г. за счет средств федерального бюджета впервые проведена углубленная диспансеризация более 124 тыс. детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. По итогам диспансеризации, только 2% детей признаны здоровыми, 66% детей имеют хронические заболевания.

Особенность работы детской поликлиники состоит в том, что все больные дети с острыми заболеваниями наблюдаются участковой службой на дому. В поликлинике проводится прием здоровых детей, больных, страдающих хроническими заболеваниями, а также повторных с инфекционными заболеваниями (без острых явлений) и реконвалесцентов.

Большое значение в деятельности детской поликлиники имеет прививочная работа. Сроки проведения вакцинации определены Национальным календарем профилактических прививок.

Профилактические прививки проводятся детям в прививочных кабинетах при детских поликлиниках. Детям, посещающим образовательные учреждения, прививки делаются в этих учреждениях. Категорически запрещается делать прививки на дому.

О дне проведения предстоящих профилактических прививок детям, посещающим дошкольные образовательные учреждения и школы, необходимо заранее

оповещать родителей. Всех детей в день прививки обследуют врачи с учетом анамнестических данных и термометрии. Детям, имеющим относительные противопоказания, прививки должны проводиться по индивидуальной схеме, согласно рекомендациям соответствующих специалистов.

Острые инфекции и неинфекционные заболевания, обострения хронических заболеваний считаются временными противопоказаниями для проведения вакцинации. Плановые прививки осуществляют через 2-4 нед после выздоровления.

Гигиеническое воспитание и обучение на участке должны быть тесно связаны с лечебно-профилактической работой врача и медицинской сестры и проводиться по плану.

В отличие от поликлиники для взрослых, в структуру детской поликлиники входят отделение организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях и отделение медико-социальной помощи.

Отделение организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях обеспечивает организацию лечебнопрофилактической работы среди детей и подростков в образовательных учреждениях общего и коррекционного типа, интернатных и учреждениях начального и среднего профессионального образования, кроме того, осуществляет взаимодействие с военкоматами по постановке подростков на первичный воинский учет и подготовку к призыву в армию, обеспечивает работу по врачебно-профессиональному консультированию и профориентации.

Для обеспечения работы в образовательных учреждениях предусмотрено выделение должностей врачей-педиатров из расчета одна должность на:

- 180-200 детей в детских яслях (ясельных группах детских яслейсадов);
- 600 детей детских садов (соответствующих групп в детских ясляхсадах);
- 1200 учащихся учреждений школьного, начального и среднего профессионального образования.

Кроме того, в отделении предусмотрены должности медицинских сестер или фельдшеров из расчета одна должность на 100 детей детских садов и 600 учащихся образовательных учреждений.

Отделение медико-социальной помощи осуществляет медикопсихологическую помощь, гигиеническое воспитание и правовую помощь детям. Его основные задачи:

- медико-социальный патронаж в семьях, выявление в них лиц, имеющих факторы риска и нуждающихся в медико-социальной защите и поддержке;
- гигиеническое (включая половое) воспитание, обеспечение мероприятий по подготовке молодежи к предстоящей семейной жизни, ориентации на здоровую семью;
- санитарно-просветительная работа, направленная на формирование потребности в здоровом образе жизни, отказ от так называемых саморазрушающих форм поведения (табакокурение, злоупотребление алкоголем, наркомания, токсикомания, ранняя сексуальная активность, правонарушения несовершеннолетних, бродяжничество и т.п.).

Структура и штаты отделения устанавливаются индивидуально, в зависимости от численности прикрепленного контингента, характера и объема работы. В состав отделения могут быть введены должности психолога (медицинского психолога), врача-педиатра, врача-терапевта подросткового, социального работника. Для решения задач, касающихся репродуктивного здоровья, дополнительно могут привлекаться врач акушер-гинеколог, уролог, хирург или иной специалист. Для обеспечения правовой помощи в отделении может работать юрист.

В диспансерном наблюдении за ребенком **участковому врачу педиатру** придается ведущая, координирующая роль, он в полной мере отвечает за своевременность, комплексность и необходимый

объем профилактической, лечебной и реабилитационной работы. К главным задачам работы участкового врача-педиатра относятся: дальнейшее снижение заболеваемости и смертности детей всех возрастов, обеспечение оптимального физического и нервно психического развития детей путем широкого внедрения комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Большая роль в лечении и оздоровлении детей и подростков принадлежит **врачам узких специальностей (врачам-специалистам)**. Количество работающих в поликлинике врачей-специалистов определяется в соответствии со штатными нормативами (см. табл. 10.1). Врач-специалист детской городской поликлиники оказывает медицинскую помощь детскому населению по своей специальности. Основная задача врача-специалиста - организация и проведение лечебной и профилактической работы с детьми и подростками.

Врач-специалист работает в тесном контакте с другими врачами детской городской поликлиники (отделения), участвует в оздоровлении детей и подростков в образовательных учреждениях. Специализированная помощь детской поликлиники может обеспечиваться дополнительными приемами специалистов по вопросам репродуктивного здоровья (детская гинекология, андрология, консультирование по профилактике ИППП, нежелательной беременности), психического здоровья и др.

По достижении 18-летнего возраста подростки с медицинской документацией на них передаются в АПУ общей сети, для чего создается специальная медицинская комиссия, которая ежегодно утверждается совместным приказом главных врачей поликлиник для взрослых и детей.

10.4. ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

Женская консультация организуется как самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение муниципального района (городского округа) или как структурное подразделение лечебно-профилактического учреждения (городской, центральной районной больниц) для оказания амбулаторной акушерско-гинекологической помощи женщинам.

Руководство женской консультации, организованной как самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение муниципального района (городского округа), осуществляет главный врач, который

назначается на должность и освобождается руководителем органа управления здравоохранением муниципального образования. Руководство женской

консультацией, созданной в структуре лечебно профилактического учреждения, осуществляет заведующий отделением, который назначается на должность руководителем лечебно профилактического учреждения.

Структура и штатная численность медицинского и иного персонала женской консультации утверждаются руководителем лечебнопрофилактического учреждения в зависимости от объема проводимой работы.

Основная цель работы женской консультации - оказание квалифицированной амбулаторной акушерско-гинекологической помощи женскому населению вне беременности, в период беременности и в послеродовом периоде.

Основные задачи женской консультации:

- подготовка женщин к беременности и родам, оказание акушерской помощи во время беременности и в послеродовом периоде;
- оказание амбулаторной помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями;
- обеспечение консультирования и услуг по планированию семьи, профилактика аборт, заболеваний, передаваемых половым путем, внедрение современных методов контрацепции;
- оказание акушерско-гинекологической помощи в условиях специализированного приема, дневного стационара;
- оказание социально-правовой помощи в соответствии с законодательством;
- предоставление в региональное отделение Фонда социального страхования РФ отчетов-заявок на получение родовых сертификатов;
- проведение мероприятий по повышению знаний, санитарной культуры населения в области охраны репродуктивного здоровья и др.

Примерная организационная структура женской консультации представлена на рис. 10.4.

В крупных женских консультациях могут быть организованы дневные стационары для обследования, лечения гинекологических больных и проведения малых гинекологических операций и манипуляций.



Рис. 10.4. Примерная организационная структура женской консультации

Режим работы женской консультации организуется с учетом обеспечения максимальной доступности акушерско-гинекологической помощи женскому населению. Неотложная акушерско-гинекологическая помощь обеспечивается специализированными отделениями больниц или родильных домов. Помощь на дому беременным, родильницам и гинекологическим больным оказывает лечащий или дежурный врач женской консультации. Такая помощь осуществляется в день вызова. После посещения женщины врач вносит соответствующую запись в первичную медицинскую документацию. Лечебные и диагностические манипуляции на дому выполняются средним медицинским персоналом (по назначению врача).

Женщине предоставляется право выбора акушера-гинеколога по ее желанию. В целях оптимизации преемственности рекомендуется наблюдение женщины вне беременности, в период беременности и после родов одним и тем же врачом. Основные задачи врача акушера-гинеколога: осуществление диспансерного наблюдения гинекологических больных, беременных, родильниц, оказание им при необходимости экстренной медицинской помощи и направление в специализированные стационары.

Подготовка к родам и материнству в женской консультации проводится как индивидуально, так и в группах. Наиболее перспективная и эффективная форма занятий - семейная подготовка к рождению ребенка, направленная на привлечение членов семьи к активному участию в дородовой подготовке. Присутствие отца ребенка во время родов и послеродовом периоде способствует изменению образа жизни беременной и ее семьи, ориентирует на рождение желанного ребенка.

Наряду с семейной формой подготовки к деторождению рекомендуются использование традиционных методов по психофизической подготовке беременных к родам, а также обучение их правилам личной гигиены, подготовки к будущим родам и уходу за ребенком в «Школах материнства», организуемых в женских консультациях. При этом применяются демонстрационные материалы, наглядные пособия, технические средства и предметы ухода за ребенком.

С 1 января 2006 г. в рамках национального проекта «Здоровье» началась реализация программы «Родовой сертификат», направленной на решение проблемы сохранения и укрепление здоровья матери и ребенка, повышения качества и доступности оказания медицин-

ской помощи женщинам в период беременности и родов, создание условий для рождения здоровых детей.

Родовой сертификат выдается в женской консультации по месту жительства при сроке беременности начиная с 30 недель (в случае многоплодной беременности - с 28 недель) и более. Обязательное условие выдачи сертификата - постановка на учет и непрерывное наблюдение в этой женской консультации не менее 12 недель. Сертификат выдается на женщину, а не на ребенка, поэтому даже в случае многоплодной беременности сертификат всего один. Женщине, которая во время беременности наблюдалась в женской консультации на платной основе или

заключила договор с роддомом об оказании платных услуг, родовой сертификат не может быть выдан. В случае отсутствия регистрации по месту жительства («прописки») женщина может встать на учет в женской консультации того населенного пункта, где фактически проживает. При выдаче сертификата в нем делается отметка о причине отсутствия регистрации. Женщина имеет также возможность выбрать роддом в любом городе по своему желанию. Сертификат выдается независимо от того, совершеннолетняя женщина или нет, работает она или нет.

Родовой сертификат состоит из шести частей: регистрационной (корешок), четырех талонов и собственно сертификата.

Корешок родового сертификата предназначен для подтверждения его выдачи, остается в лечебно-профилактическом учреждении, выдавшем сертификат. Талон № 1 предназначен для оплаты медицинских услуг, оказанных женской консультацией в период беременности. Передается из консультации в региональное отделение Фонда социального страхования для оплаты. Талон № 2 используется для оплаты медицинской помощи, оказанной женщинам во время родов в учреждениях родовспоможения. Передается из роддома или родильного отделения в региональное отделение Фонда социального страхования для оплаты. Талон № 3 состоит из двух частей. Талон № 3-1 родового сертификата предназначен для оплаты учреждениям здравоохранения услуг за первые 6 мес диспансерного наблюдения ребенка. Талон № 3-2 родового сертификата предназначен для оплаты учреждениям здравоохранения услуг за вторые шесть месяцев диспансерного наблюдения ребенка. Талон № 3 передается из детских поликлиник в региональное отделение Фонда социального страхования для оплаты. Родовой сертификат служит подтверждением оказания медицинской помощи женщине в период беременности и родов,

а также ребенку в первый год жизни учреждениями здравоохранения. Родовой сертификат (без талонов), где записывается дата рождения, вес, рост младенца, выдается женщине при выписке из родильного дома. К родовому сертификату прилагается Памятка, содержащая информацию о правах и обязанностях женщины в рамках реализации программы «Родовой сертификат».

В результате введения сертификатов объем дополнительного финансирования службы родовспоможения в 2008 г. составил более 13 млрд рублей, которые распределились следующим образом: в женские консультации было направлено 32%, в родильные дома - 63%, в детские поликлиники - 5% этих средств. Средства, полученные этими учреждениями здравоохранения по программе «Родовой сертификат», направлялись на повышение заработной платы персоналу, оказывающему медицинскую помощь женщинам в период беременности и родов, диспансерное наблюдение ребенка первого года жизни, а также на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, медицинского оборудования, инструментария, мягкого инвентаря, в стационарных учреждениях - на дополнительное питание беременных и кормящих матерей.

Ведение родовых сертификатов послужило одним из факторов снижения показателей младенческой, перинатальной, материнской смертности.

Особую социальную значимость имеет работа по планированию семьи, которую выполняет женская консультация.

Планирование семьи - это принятие осознанного решения о числе детей, сроках их рождения, возможность регулировать деторождение в соответствии с конкретной ситуацией в семье и как следствие рождение только желанных детей от готовых к этому событию родителей. Предоставление женщинам права на охрану репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, является основополагающим условием их полноценной жизни и осуществления равенства полов. Реализация этого права возможна только при развитии службы планирования семьи, расширении и внедрении специальных программ («Безопасное материнство» и др.), улучшении системы полового и гигиенического образования, обеспечении контрацептивами населения и в первую очередь молодежи.

Регулирование деторождения осуществляется тремя способами:

- 1) контрацепция;
- 2) аборт;
- 3) стерилизация.

ВОЗ отмечает, что один из компонентов репродуктивного здоровья - наличие у мужчины и женщины права на получение необходимой информации и на доступ к безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методам регулирования рождаемости по собственному выбору. Работу по вопросам планирования семьи осуществляют врачи акушеры-гинекологи и акушерки, имеющие специальную подготовку. Специализированный кабинет (прием) по планированию семьи оснащается аудио- и видеотехникой с демонстрацией средств контрацепции, наглядными пособиями, печатными информационными материалами для населения по вопросам планирования семьи и профилактики абортов.

Работа с молодежью, представляющей группу риска по возникновению нежелательной беременности и инфекций, передаваемых половым путем, может осуществляться с помощью выделения специальных часов на специализированных приемах в кабинетах планирования семьи.

К сожалению, в России аборт остается одним из основных способов регулирования рождаемости. В 2008 г. было произведено 1 236 400 абортов, что составляет 32,0 на 1000 женщин фертильного возраста. Если в конце 80-х годов прошлого века в СССР делалась примерно треть всех абортов в мире, то с начала 90-х годов благодаря развитию службы планирования семьи частота абортов постепенно снижается. Тем не менее аборт более чем в 40% случаев остается причиной вторичного бесплодия.

В соответствии с действующим законодательством каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям - до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины - независимо от срока беременности.

Вопрос о прерывании беременности по социальным показаниям решается комиссией в составе врача акушера-гинеколога, руководителя учреждения (отделения), юриста при наличии заключения о сроке беременности, установлен-

ного врачом акушером-гинекологом, соответствующих юридических документов (свидетельство о смерти мужа, о разводе и др.), подтверждающих социальные показания, письменного заявления женщины. При наличии социальных показаний беременной выдается заключение, заверенное подписями членов комиссии и печатью учреждения.

Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям проводится с согласия женщины независимо от срока беременности. Медицинские показания к прерыванию беременности устанавливаются комиссией в составе врача акушера-гинеколога, врача той специальности, к области которой относится заболевание (состояние) беременной, и руководителя учреждения (отделения) здравоохранения. При наличии медицинских показаний беременной выдается заключение с полным клиническим диагнозом, заверенное подписями указанных специалистов и печатью учреждения.

В целях охраны здоровья женщин, снижения числа аборт и смертности от них у нас в стране разрешена хирургическая стерилизация женщин (и мужчин). Хирургическая стерилизация производится по желанию женщины при наличии соответствующих показаний. Имеется большой перечень медицинских и социальных показаний и противопоказаний для проведения хирургической стерилизации, которую нельзя расценивать как оптимальный способ предохранения от беременности.

ЦЕНТР ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ (СЕМЕЙНОЙ) ПРАКТИКИ

Центры общей врачебной (семейной) практики (ЦОВП) принимают активное участие в оказании первичной медико-санитарной помощи населению. В 2008 г. в России действовало более 3100 ЦОВП.

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

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

Организация ЦОВП позволит со временем заменить врачебные амбулатории в сельской местности и поликлиники в городской и тем самым улучшить оказание населению первичной медико-санитарной помощи.

Сложившаяся в последние годы практика показывает, что деятельность ЦОВП ориентирована на оказание медицинской помощи населению по следующим основным специальностям: терапия, акушерство и гинекология, хирургия, стоматология, офтальмология, отоларингология, геронтология и др. Примерная организационная структура ЦОВП представлена на рис. 10.5.



Рис. 10.5. Примерная организационная структура центра общей врачебной (семейной) практики

На должность **врача общей практики (семейного врача)** назначаются специалисты, имеющие высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия», окончившие клиническую ординатуру по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» или прошедшие переподготовку и получившие сертификат специалиста по этой специальности.

В обязанности врача общей практики (семейного врача) входят:

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

Особенности анализа медицинской деятельности женских консультаций

Деятельность женских консультаций имеет свои особенности, для выявления которых используются следующие статистические показатели:

- показатель раннего охвата беременных диспансерным наблюдением;
- показатели охвата беременных диагностическими исследованиями;
- показатели охвата женщин различными видами контрацепции;
- показатель частоты аборт у женщин фертильного возраста.

Показатель раннего охвата беременных диспансерным наблюдением характеризует уровень профилактической работы женских консультаций, а также санитарную культуру и медицинскую активность женщин. В Российской Федерации этот показатель составил 78,9%, что свидетельствует о резервах улучшения организации профилактической работы в женских консультациях. При высоком уровне мотивации женщины на рождение здорового ребенка и хорошо поставленной диспансерной работе значение этого показателя должно приближаться к 100%.

Показатели охвата беременных диагностическими исследованиями

К этой группе относятся показатели, характеризующие удельный вес беременных, обследованных на *реакцию Вассермана, резуспринадлежность, 3-кратное ультразвуковое исследование, на альфа-фето*

протеин (аФП) и хорионический гонадотропин человека (ХГЧ), инфекции, передающиеся половым путем. Своевременный и полный охват беременных этими видами диагностических исследований позволяет избежать многих тяжелых осложнений течения беременности и тем самым создать условия для рождения здорового ребенка, поэтому значения показателей охвата беременных отдельными видами диагностических исследований должны приближаться к 100%.

Показатели охвата женщин различными видами контрацепции

Работа женской консультации по охране репродуктивного здоровья женщин, реализации мер по планированию семьи оценивается, в частности, *показателями охвата женщин гормональной контрацепцией и внутриматочными спиралями.* Значения этих показателей имеют обратную связь с показателем частоты аборт. Сложившаяся практика демонстрирует, что при достижении этих показателей уровня 500-600? заметно уменьшается частота аборт.

Показатель частоты абортов у женщин фертильного возраста

характеризует работу женских консультаций по планированию семьи и предупреждению нежелательных беременностей. За период 1998- 2008 гг. в Российской Федерации значение этого показателя имеет стойкую тенденцию к снижению (рис. 10.6).

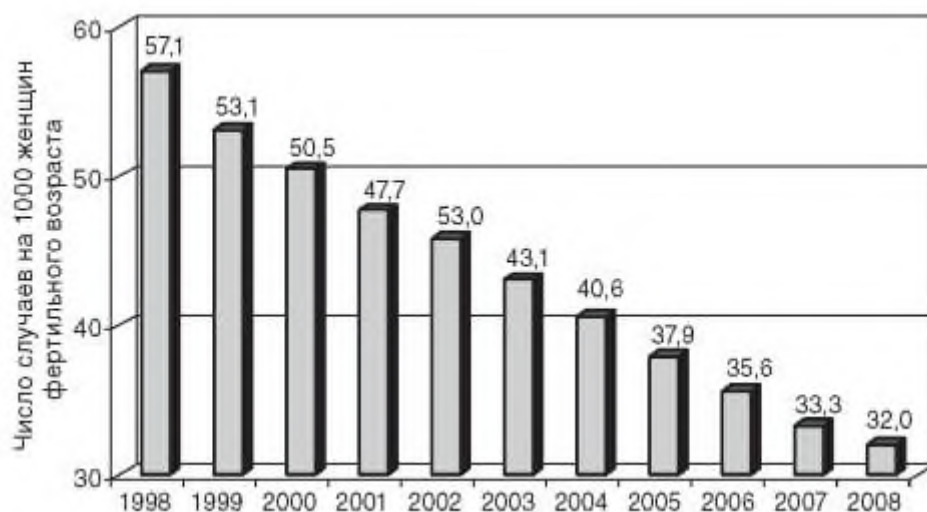


Рис. 10.6. Динамика показателя частоты абортов у женщин фертильного возраста в Российской Федерации (1998-2008)

Однако вызывает беспокойство большое число аборт у девушек в возрасте 15-19 лет: их доля в общем числе женщин, сделавших аборт, составляет около 9%. У девочек в возрасте до 15 лет в Российской Федерации ежегодно производится более 800 абортов.

Особенности анализа медицинской деятельности детских поликлиник

Для статистического анализа деятельности детских поликлиник используются в основном те же показатели, что и для анализа поликлиник для взрослых. В то же время организация работы детских поликлиник имеет свою специфику, что и определяет особенности их анализа.

Статистические показатели, характеризующие медицинскую деятельность детских поликлиник, можно объединить в следующие группы:

- показатели заболеваемости детского населения¹;
- показатели диспансеризации детского населения;
- показатели объемов амбулаторно-поликлинической помощи;
- показатели нагрузки персонала.

Диспансерный метод является ведущим в деятельности детских поликлиник, на нем основывается механизм реализации всего комплекса лечебно-профилактических мероприятий. О его результативности в целом можно судить по *общему показателю диспансеризации детского населения*, который характеризует охват динамическим наблюдением здоровых и больных детей. В 2007 г. этот показатель по отдельным субъектам РФ составил 90-95%. Исходя из стратегии улучшения здоровья детского населения, его значение должно приближаться к 100%.

Показатель эффективности диспансеризации детского населения также дополняет общий показатель диспансеризации и используется для анализа качества проводимой детскими поликлиниками и консультациями диспансерной работы. Этот показатель рассчитывается как процентное отношение числа больных детей, состоящих на диспансерном учете, и у которых на конец отчетного периода отмечался один из возможных исходов (выздоровление, улучшение, без изменений, ухудшение), к общему числу больных детей, состоящих на диспансерном учете. Рекомендуемые значения этого показателя:

¹ Расчет и анализ показателей заболеваемости детского населения представлены в главе 1.

с выздоровлением - не менее 10%; с улучшением состояния - не менее 30%.

Показатель охвата патронажем детей первого года жизни характеризует соблюдение стандартов систематического врачебного наблюдения детей данной возрастной группы. Эти стандарты предусматривают оценку физического и психомоторного развития ребенка, объема и качества питания. Оптимальное значение этого показателя должно составлять 100%.

Показатели удельного веса детей, находящихся на грудном вскармливании от 0 до 3 мес (от 3 до 6; от 6 до 12 мес) жизни ребенка характеризуют охват детей первого года жизни естественным вскармливанием. По отдельным субъектам РФ удельный вес детей, находящихся на грудном вскармливании от 3 до 6 мес, составляет 35-40%, от 6 до 12 мес - 30-35%, в то время как рекомендуе-

мые значения этих показателей должны быть не ниже: для детей от 0 до 3 мес жизни - 80%, от 3 до 6 мес - 50%, от 6 до 12 мес - 30%.

Показатель полноты охвата детей периодическими медицинскими осмотрами характеризует работу детских поликлиник и консультаций по контролю за состоянием здоровья организованного детского населения. Последние годы отмечается снижение уровня этой работы, и процент охвата детей составил в Российской Федерации 80%. При хорошо поставленной профилактической работе в организованных детских коллективах значение этого показателя должно приближаться к 95%.

Показатель полноты охвата детей профилактическими прививками характеризует работу детских поликлиник и консультаций по иммунизации детского населения в рамках Национального календаря профилактических прививок против полиомиелита, гепатита В, краснухи, гриппа, дифтерии, коклюша, столбняка, кори, эпидемического паротита, туберкулеза. В результате проводимых профилактических мероприятий в рамках национального проекта «Здоровье» в 2006-2007 гг. достигнут высокий уровень охвата детей профилактическими прививками (98%).

Показатель структуры детей по группам здоровья позволяет комплексно оценить здоровье детского населения. Этот показатель может рассчитываться по отдельным возрастным группам. По итогам Всероссийской диспансеризации 32,1% детей признаны здоровыми (I группа здоровья), 51,7% имеют функциональные отклонения (II группа здоровья), 16,2% имеют хронические заболевания (III-IV-

V группы здоровья). Распределение детского населения Новгородской области по группам здоровья, по результатам специально проведенного исследования, представлено на рис. 10.7.



Рис. 10.7. Распределение детей, проживающих в Новгородской области, по группам здоровья

Расчет **объемов амбулаторно-поликлинической помощи и нагрузки персонала** детских поликлиник проводится аналогично по показателям, приведенным в разделе 10.6.

Дальнейшее совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации должно идти по пути приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи. Для этого необходимо предусмотреть

расширение сети консультативнодиагностических центров на базе АПУ, организацию отделений медико-социальной реабилитации и терапии, дневных стационаров, центров амбулаторной хирургии и службы медико-социальной помощи, разработку и реализацию региональных программ развития общих врачебных (семейных) практик и др.

Вопросы к лекции:

1. Приведите примерную организационную структуру детской городской
2. поликлиники.
3. Как организована прививочная работа в детской поликлинике?
4. Перечислите основные функции участкового врача-педиатра.
5. Какие задачи решают врачи-специалисты детской поликлиники?
6. Приведите примерную организационную структуру женской консультации.
7. Перечислите основные задачи.
8. Каковы функциональные обязанности врача акушера-гинеколога?
9. Что представляет собой «Родовой сертификат»?
10. Раскройте содержание понятия «планирование семьи».
11. Какие способы регулирования деторождений вы знаете?
12. Какие требования предъявляются к способам предохранения от беременности?
13. В чем вы видите перспективы развития сети центров общей врачебной (семейной) практики?
14. Приведите примерную организационную структуру центра общей врачебной (семейной) практики.
15. Какие основные обязанности выполняет врач общей практики (семейный врач)?
16. Перечислите статистические показатели деятельности амбулаторно-
17. поликлинических учреждений. Приведите формулы их расчета, рекомендуемые значения.
18. Какие статистические показатели используют для анализа деятельности женских консультаций? Приведите формулы их расчета, рекомендуемые значения.
19. Какие статистические показатели используют для анализа деятельности детских поликлиник? Приведите формулы их расчета, рекомендуемые значения.

Основная литература:

1. Войцехович Б.А. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебное пособие – Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. – 125 с.
2. Дорошенко Г.В. Менеджмент в здравоохранении. М. 2006.
3. Зенина Л.А., Шешунов И.В., Чертухина О.Б. Экономика и управление здравоохранением – М.: Академия, 2006. – 208 с.
4. Глепцерищев Р.А., Трушкин А.Г., Демьянова Л.М., Малахова Н.Г. Экономика и управление здравоохранением – Ростов н/Д: Феникс, 2009. – 623 с.

Нормативно-правовая документация:

1. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»
2. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
3. Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (с изменениями и дополнениями)
4. Законодательные акты РФ в области здравоохранения
5. Приказы Министерства здравоохранения РФ
6. Нормативно-правовые акты, регламентирующие деятельность лечебно-профилактических учреждений здравоохранения РФ.

Интернет-ресурсы

Информационно – правовое обеспечение:

1. Система «Консультант» <http://www.consultant.ru>
2. Система «Гарант» <http://www.garant.ru/>

Профильные web – сайты Интернета:

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации
<http://www.rosminzdrav.ru/>
2. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (<http://www.rospotrebnadzor.ru>)
3. Информационно – методический центр «Экспертиза» (<http://www.crc.ru>).
4. Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения (<http://www.mednet.ru>).
5. Всемирная организация здоровья <http://www.who.int/ru/>
6. Медицинская статистика <http://www.meddocjob.ru>, <http://freepapers.ru>
11. Методические рекомендации по анализу деятельности ЛПУ.
<http://www.bestpravo.ru/>

**Кузнецкий филиал
Государственное образовательное учреждение
среднего профессионального образования
"Пензенский областной медицинский колледж"**

Седова Е.П.

**Практикум
по ОП 08 "Общественное здоровье и здравоохранение"
специальность 34.02.01 Сестринское дело
Курс IV**

**Кузнецк
2020**

Е.П. Седова, преподаватель высшей квалификационной категории Кузнецкого филиала ГБОУ ПО "Пензенский областной медицинский колледж"

Рецензент:

Н.М. Кудеева - методист, преподаватель высшей квалификационной категории Кузнецкого филиала ГБОУ ПО "Пензенский областной медицинский колледж"

Седова Е.П., по ОП 08 "Общественное здоровье и здравоохранение", специальность 34.02.01 Сестринское дело

Практикум по ОП 08 "Общественное здоровье и здравоохранение", специальность 34.02.01 Сестринское дело - Кузнецк; Кузнецкий филиал ГБОУ ПО "Пензенский областной медицинский колледж", 2020. - 59 с.

Практикум по ОП 08 "Общественное здоровье и здравоохранение" специальность 34.02.01 Сестринское дело Курс IV посвящен контролю знаний и умений студентов, как одному из важнейших элементов учебного процесса.

Практикум составлен согласно рабочей программе по ОП 08 "Общественное здоровье и здравоохранение" и содержит контролирующие материалы необходимые для определения динамики усвоения студентами учебного материала, действительного уровня владения системой знаний, умений, навыков.

Практикум по ОП 08 "Общественное здоровье и здравоохранение" может быть рекомендован преподавателям и студентам медицинских ССУЗов по специальности 34.02.01 «Сестринское дело».

ГБОУ СПО "ПОМК" Кузнецкий филиал, 2020

Е.П.Седова, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

Пояснительная записка.....	стр.4-5
Практические задания по теме "Медицинская демография. Медико-социальные аспекты демографических процессов".....	стр.6-27
Практические задания по теме "Основные медико-социальные проблемы здоровья населения".....	стр.24-36
Практические задания по теме "Основные принципы организации и функционирования здравоохранения в РФ. Номенклатура учреждений здравоохранения".....	стр.36-42
Практические задания по теме "Управление и менеджмент в здравоохранении. Сущность и значение экономики здравоохранения".....	стр.42-47
Практические задания по теме "Основы медицинского страхования".....	стр.47-53
Практические задания по теме "Организация амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи населению".....	стр.53-62
Тестовые задания к Дифференцированному зачету по учебной дисциплине ОП.08 Общественное здоровье и здравоохранение.....	стр.62-72
Перечень рекомендуемых учебных изданий.....	стр.73-74

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Жизнь требует от специалиста не столько умения выполнять указания, сколько решать проблемы жизни самостоятельно. Необходимо формировать у будущих специалистов практического здравоохранения такие качества как умение анализировать, обобщать, видеть частные проблемы с позиции общего, принимать строго взвешенные, теоретически обоснованные решения с учетом конкретной социально-экономической ситуации.

Вышесказанное определило актуальность создания практикума по ОП 08 «Общественное здоровье и здравоохранение», для специальности 04.02.01 «Сестринское дело».

Представленный вид практических заданий поможет студенту приобрести практический опыт работы с нормативно-правовыми документами; ведения медицинской документации. Развить умение анализировать эффективность своей деятельности; использовать нормативно-правовую документацию, регламентирующую профессиональную деятельность; вести утвержденную учетно-отчетную документацию, в том числе с использованием компьютера; применять методы медицинской статистики, анализировать полученные данные; участвовать в защите прав пациента.

Поможет закрепить знания по основам современного менеджмента в здравоохранении; ведения учета и отчетности в деятельности медицинской сестры; о функциональных обязанностях медицинской сестры; основных вопросах финансирования здравоохранения, страховой медицины; об основах управления качеством медицинской помощи.

Кроме этого, предложенная в практикуме вариация заданий способствует освоению основного вида профессиональной деятельности и соответствующих профессиональных компетенций: проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения, пациента и его окружения; санитарно-гигиеническое просвещение населения; участвовать в проведении профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний; представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств; осуществлять лечебно-диагностические вмеша-

тельства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса⁴ сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами; вести утвержденную медицинскую документацию; участвовать в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях; взаимодействовать с членами профессиональной бригады и добровольными помощниками в условиях чрезвычайных ситуаций.

Практикум содержит: материал для контроля и самостоятельной работы студента, содержащий ситуационные задачи и тесты; эталоны ответов на задачи и тесты.

Представленные тестовые задания помогут студенту не только самостоятельно проконтролировать уровень приобретенных знаний, но и выделить в материале ключевые моменты; задачи научат пользоваться знаниями, полученными на лекционных занятиях по рассматриваемой общепрофессиональной дисциплине.

Задания, изложенные в рассматриваемом «Практикуме...» были опробованы при дистанционном обучении студентов.

Тема: Медицинская демография.
Медико-социальные аспекты демографических процессов

Ситуационные задачи:

Задача № 1

1. Среднегодовая численность населения некоторого субъекта РФ составляет 709 500 человек, в том числе лиц в возрасте 50 лет и старше - 229 880, в возрасте от 0 до 14 лет - 130 560 человек. Число женщин в возрасте 15-49 лет - 173 590, в том числе в возрасте

20-24 года - 33 570.

2. В изучаемом году родились живыми 6180, в предыдущем - 5985 детей. У женщин в возрасте 20-24 года родились живыми 3028 детей. Умерли 13 870 жителей. Из числа всех умерших 7800 человек умерли от болезней системы кровообращения, 2670 - от злокачественных новообразований, 1650 - от внешних причин, 774 - от болезней органов дыхания, 976 - от других болезней. Среди умерших от болезней системы кровообращения 3630 умерли от ишемической болезни сердца, 2420 - от цереброваскулярных болезней, 1035 - от гипертонической болезни и 715 - от других болезней системы кровообращения. За период беременности умерла 1 женщина, во время родов погибла 1 роженица.

Приведенные здесь и далее персонифицированные данные о больных и медицинских работниках не являются реальными и используются исключительно в учебных целях.

Среднегодовая численность населения в возрасте 0-17 лет - 157 300. В возрасте от 0 до 17 лет умерли 141, до 5 лет - 84, до 1 года - 52 ребенка. Среди умерших детей в возрасте до 1 года от болезней органов дыхания умерли 9 детей, от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, - 23, от врожденных аномалий - 12, от других болезней - 8 детей.

В этом же году родились мертвыми 44 ребенка. В первые 168 ч (7 дней) жизни умер 21 ребенок; на 2-, 3-, 4-й неделях жизни (8-28 дней) - 10, в первые 28 дней жизни - 31, в период от 29 дней жизни до 1 года - 21.

убыли) населения;

Задача № 2

1. Среднегодовая численность населения некоторого субъекта РФ составляет 880 215 человек, в том числе лиц в возрасте 50 лет и старше - 325 680, в возрасте 0-14 лет - 127 630. Число женщин в возрасте 15-49 лет - 240 180, в том числе женщин в возрасте 20-24 лет - 48 040.

2. В изучаемом году родились живыми 8715, в предыдущем - 8790 детей. Умерли 12 240 жителей. У женщин в возрасте 20-24 лет родились живыми 4270 детей. Из числа всех умерших 7128 умерли от болезней системы кровообращения, 1734 - от злокачественных новообразований, 1849 - от внешних причин, 480 - от болезней органов пищеварения, 1049 - от прочих причин. Среди умерших от болезней органов пищеварения 275 умерли от болезней печени, 73 - от болезней желчного пу-

зыря, 40 - от язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, 92 - от других болезней органов пищеварения.

За период беременности умерла 1 женщина.

Среднегодовая численность населения в возрасте 0-17 лет составляет 153 160 человек. В возрасте 0-17 лет умерли 152 ребенка, до 5 лет - 93, до 1 года - 82. Среди умерших детей в возрасте до 1 года от болезней органов дыхания умерли 14 детей, от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, - 32, от врожденных аномалий - 23, от других болезней - 13.

В этом же году родились мертвыми 60 новорожденных. В первые 168 часов (7 дней) жизни умерли 29 детей, на 2, 3, 4-й неделях жизни (8-28 дней) - 12, в первые 28 дней жизни - 41, в период от 29 дней жизни до 1 года - 41.

Задача № 3

Среднегодовая численность населения некоторого субъекта РФ составляет 1 670 160 человек, в том числе лиц в возрасте 50 лет и старше 584 530, 0-14 лет - 225 460. Число женщин 15-49 лет - 440 250, в том числе 20-24 лет - 88 050.

2. В изучаемом году родились живыми 13 360, в предыдущем - 12 700 детей. Умерли 35 240 жителей. Из числа всех умерших 21 110 умерли от болезней системы кровообращения, 3875 - от злокачественных новообразований, 5260 - от внешних причин, 1392 - от болезней органов дыхания, 3603 - от прочих причин. Среди умерших от злокачественных новообразований (ЗН) 1630 умерли от ЗН органов пищеварения, 825 - от ЗН органов дыхания и грудной клетки, 510 - от ЗН молочной железы у женщин, 910 - от других локализаций злокачественных новообразований. За период беременности умерла 1 женщина, в течение 42 дней после прекращения беременности умерла 1 родильница.

Среднегодовая численность населения в возрасте 0-17 лет составила 33 706. В возрасте 0-17 лет умерли 46, до 5 лет - 37, до 1 года - 125 детей. Среди умерших в возрасте до 1 года от некоторых инфекционных и паразитарных болезней - 12 детей, от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде - 45, от врожденных аномалий - 29, от других болезней - 39.

В этом же году родились мертвыми 76 новорожденных. В первые 168 часов (7 дней) жизни умерли 39 детей, на 2, 3, 4-й неделях жизни (8-28 дней) - 25, в первые 28 дней жизни - 64, в период от 29 дней жизни до 1 года - 61.

Задача № 4

Среднегодовая численность населения некоторого субъекта РФ составляет 1 670 160 человек, в том числе лиц в возрасте 50 лет и старше 584 530, 0-14 лет - 225 460. Число женщин 15-49 лет - 440 250, в том числе 20-24 лет - 88 050.

2. В изучаемом году родились живыми 13 360, в предыдущем - 12 700 детей. Умерли 35 240 жителей. Из числа всех умерших 21 110 умерли от болезней системы кровообращения, 3875 - от злокачественных новообразований, 5260 - от внешних причин, 1392 - от болезней органов дыхания, 3603 - от прочих причин. Среди умерших от злокачественных новообразований (ЗН) 1630 умерли от ЗН органов пищеварения, 825 - от ЗН органов дыхания и грудной клетки, 510 - от ЗН молочной железы

у женщин, 910 - от других локализаций злокачественных новообразований. За период беременности умерла 1 женщина, в течение 42 дней после прекращения беременности умерла 1 родильница.

Среднегодовая численность населения в возрасте 0-17 лет составила 33 706. В возрасте 0-17 лет умерли 46, до 5 лет - 37, до 1 года - 125 детей. Среди умерших в возрасте до 1 года от некоторых инфекционных и паразитарных болезней - 12 детей, от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде - 45, от врожденных аномалий - 29, от других болезней - 39.

В этом же году родились мертвыми 76 новорожденных. В первые 168 часов (7 дней) жизни умерли 39 детей, на 2, 3, 4-й неделях жизни (8-28 дней) - 25, в первые 28 дней жизни - 64, в период от 29 дней жизни до 1 года - 61.

Задания к задачам:

На основании представленных исходных данных:

1. Определить возрастной тип населения данного субъекта РФ.
2. Рассчитать статистические показатели естественного движения населения:
 - 2.1) коэффициенты рождаемости:
 - 2.1.1) общий коэффициент рождаемости;
 - 2.1.2) специальный коэффициент рождаемости (плодовитости);
 - 2.1.3) возрастной коэффициент рождаемости (плодовитости) женщин в возрасте 20-24 лет;
 - 2.2) коэффициенты смертности:
 - 2.2.1) общий коэффициент смертности;
 - 2.2.2) смертность населения от отдельных причин;
 - 2.2.3) структура смертности от болезней 1. системы кровообращения; 2. пищеварительной системы; 3. Злокачественных новообразований
 - 2.2.4) коэффициент материнской смертности;
 - 2.2.5) коэффициенты детской смертности;
 - 2.2.6) коэффициенты младенческой смертности;
 - 2.2.7) специальные коэффициенты младенческой смертности;
 - 2.2.8) структура младенческой смертности по причинам;
 - 2.2.9) показатели смертности детей в перинатальном периоде;
 - 2.2. 10) общий коэффициент естественного прироста (противоестественной

Пример решения задачи:

1. Для определения возрастного типа развития населения данного субъекта РФ рассчитываем удельный вес лиц в возрастных группах:

– от 0 до 14 лет:

$$\frac{\text{Число лиц в возрасте 0–14 лет}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 100 = \frac{130\,560}{709\,500} \cdot 100 = 18,4\%;$$

– 50 лет и старше:

$$\frac{\text{Число лиц в возрасте 50 лет и старше}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 100 = \frac{229\,880}{709\,500} \cdot 100 = 32,4\%.$$

Вывод

Так как удельный вес лиц 50 лет и старше (32,4%) превышает удельный вес лиц в возрасте от 0 до 14 лет (18,4%), возрастной тип развития населения данного субъекта РФ - регрессивный.

2. Для анализа показателей естественного движения в данном субъекте РФ рассчитываем следующие статистические показатели.

2.1. Коэффициенты рождаемости

2.1.1. Общий коэффициент рождаемости =

$$= \frac{\text{Общее число родившихся за год живыми}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 1000 = \frac{6180}{709\,500} \cdot 1000 = 8,7\text{‰}.$$

2.1.2. Специальный коэффициент рождаемости (плодовитости) =

$$= \frac{\text{Общее число родившихся за год живыми}}{\text{Среднегодовая численность женщин репродуктивного возраста (15–49 лет)}} \cdot 1000 = \frac{6180}{173\,590} \cdot 1000 = 35,6\text{‰}.$$

2.1.3. Возрастной коэффициент рождаемости (плодовитости) в возрасте 20-24 лет =

$$= \frac{\text{Общее число родившихся за год живыми у женщин в возрасте 20–24 лет}}{\text{Среднегодовая численность женщин в возрасте 20–24 лет}} \cdot 1000 = \frac{3028}{33\,570} \cdot 1000 = 90,2\text{‰}.$$

2.2. Коэффициенты смертности

2.2.1. Общий коэффициент смертности =

$$= \frac{\text{Общее число умерших за год}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 1000 = \frac{13\,870}{709\,500} \cdot 1000 = 19,5\text{‰}.$$

2.2.2. Смертность населения от отдельных причин 2.2.2.1. Смертность от внешних причин =

$$= \frac{\text{Число умерших от внешних причин}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 100\,000 = \frac{1650}{709\,500} \cdot 100\,000 = 232,6\text{‰}.$$

2.2.2.2. Смертность от болезней системы кровообращения =

$$= \frac{\text{Число умерших от болезней системы кровообращения}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 100\,000 = \frac{7800}{709\,500} \cdot 100\,000 = 1099,4\text{‰}.$$

2.2.2.3. Смертность от злокачественных новообразований =

$$= \frac{\text{Число умерших от злокачественных новообразований}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 100\,000 = \frac{2670}{709\,500} \cdot 100\,000 = 376,3\text{‰}.$$

2.2.2.4. Смертность от болезней органов дыхания =

$$= \frac{\text{Число умерших от болезней органов дыхания}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 100\,000 = \frac{774}{709\,500} \cdot 100\,000 = 109,1\text{‰}$$

2.2.2.5. Смертность от других болезней =

$$= \frac{\text{Число умерших от других болезней}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 100\,000 = \frac{976}{709\,500} \cdot 100\,000 = 137,6\text{‰}$$

2.2.3. Структура смертности от болезней системы кровообращения

2.2.3.2. Удельный вес умерших от ишемической болезни сердца =

$$= \frac{\text{Число умерших от ишемической болезни сердца}}{\text{Общее число умерших от болезней системы кровообращения}} \cdot 100 = \frac{3630}{7800} \cdot 100 = 46,5\%$$

2.2.3.2. Удельный вес умерших от цереброваскулярных болезней =

$$= \frac{\text{Число умерших от цереброваскулярных болезней}}{\text{Общее число умерших от болезней системы кровообращения}} \cdot 100 = \frac{2420}{7800} \cdot 100 = 31,0\%$$

2.2.3.3. Удельный вес умерших от гипертонической болезни =

$$= \frac{\text{Число умерших от гипертонической болезни}}{\text{Общее число умерших от болезней системы кровообращения}} \cdot 100 = \frac{1035}{7800} \cdot 100 = 13,3\%$$

2.2.3.4. Удельный вес умерших от других болезней системы кровообращения =

$$= \frac{\text{Число умерших от прочих болезней системы кровообращения}}{\text{Общее число умерших от болезней системы кровообращения}} \cdot 100 = \frac{715}{7800} \cdot 100 = 9,2\%$$

2.2.4. Коэффициент материнской смертности

2.2.4.1. Коэффициент материнской смертности =

$$= \frac{\text{Число умерших беременных (с начала беременности), рожениц, родильниц (в течение 42 дней после прекращения беременности)}}{\text{Число родившихся живыми}} \cdot 100\,000 =$$

$$= \frac{1+1}{6180} \cdot 100\,000 = 32,4\text{‰}$$

2.2.5. Коэффициенты детской смертности

2.2.5.1. Коэффициент детской смертности =

$$= \frac{\text{Число умерших детей в возрасте 0–17 лет включительно в течение года}}{\text{Среднегодовая численность детского населения}} \cdot 1000 = \frac{141}{157\,300} \cdot 1000 = 0,9\text{‰}$$

2.2.5.2. Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет =

$$= \frac{\text{Число детей, умерших в возрасте до 5 лет в течение календарного года}}{\text{Число родившихся живыми в течение календарного года}} \cdot 1000 = \frac{84}{6180} \cdot 1000 = 13,6\text{‰}$$

2.2.6. Коэффициенты младенческой смертности

2.2.6.1. Способ расчета, принятый в органах государственной статистики РФ

$$= \frac{\text{Число детей, умерших на 1-м году жизни в течение года}}{\text{Число родившихся живыми в данном календарном году}} \cdot 1000 = \frac{52}{6180} \cdot 1000 = 8,4\text{‰}$$

2.2.6.2. Способ расчета, рекомендуемый ВОЗ (формула Ратса)

$$= \frac{\text{Число детей, умерших на 1-м году жизни в течение года}}{\frac{2/3 \text{ родившихся живыми в данном календарном году} + 1/3 \text{ родившихся живыми в предыдущем календарном году}}{3}} \cdot 1000 =$$

$$= \frac{52}{\frac{2 \cdot 6180 + 1 \cdot 5985}{3}} \cdot 1000 = \frac{52}{4120 + 1995} \cdot 1000 = \frac{52}{6115} \cdot 1000 = 8,5\text{‰}$$

2.2.7. Специальные коэффициенты младенческой смертности В зависимости от числа дней, прожитых детьми, умершими на 1-м году жизни, рассчитываются следующие показатели.

2.2.7.1. Коэффициент ранней неонатальной смертности =

$$= \frac{\text{Число детей, умерших в первые 7 дней (168 часов) жизни в течение года}}{\text{Число детей, родившихся живыми в данном календарном году}} \cdot 1000 = \frac{21}{6180} \cdot 1000 = 3,4\text{‰}$$

2.2.7.2. Коэффициент поздней неонатальной смертности =

$$= \frac{\text{Число детей, умерших в возрасте 8–28 дней в течение года}}{\text{Число детей, родившихся живыми в данном календарном году}} \cdot 1000 = \frac{10}{6180} \cdot 1000 = 1,6\text{‰}$$

2.2.7.3. Коэффициент неонатальной смертности =

$$= \frac{\text{Число детей, умерших в первые 28 дней жизни в течение года}}{\text{Число детей, родившихся живыми в данном календарном году}} \cdot 1000 = \frac{31}{6180} \cdot 1000 = 5,0\text{‰}$$

2.2.7.4. Коэффициент постнеонатальной смертности =

$$= \frac{\text{Число детей, умерших в возрасте от 29 дней до 1 года в течение года}}{\text{Число детей, родившихся живыми в данном календарном году}} \cdot 1000 = \frac{21}{6180} \cdot 1000 = 3,4\text{‰}.$$

2.2.8. Структура младенческой смертности по причинам

2.2.8.1. дельный вес детей, умерших на 1-м году жизни от болезней органов дыхания =

$$= \frac{\text{Число детей, умерших на первом году жизни от болезней органов дыхания}}{\text{Общее число детей, умерших на первом году жизни}} \cdot 100 = \frac{9}{52} \cdot 100 = 17,3\%.$$

2.2.8.2. Удельный вес детей, умерших на 1-м году жизни от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде =

$$= \frac{\text{Число детей, умерших на первом году жизни от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде}}{\text{Общее число детей, умерших на первом году жизни}} \cdot 100 = \frac{23}{52} \cdot 100 = 44,2\%.$$

2.2.8.3. Удельный вес детей, умерших на 1-м году жизни от врожденных аномалий =

$$= \frac{\text{Число детей, умерших на первом году жизни от врожденных аномалий}}{\text{Общее число детей, умерших на первом году жизни}} \cdot 100 = \frac{12}{52} \cdot 100 = 23,1\%.$$

2.2.8.4. Удельный вес детей, умерших на 1-м году жизни от других болезней =

$$= \frac{\text{Число детей, умерших на первом году жизни от других болезней}}{\text{Общее число детей, умерших на первом году жизни}} \cdot 100 = \frac{8}{52} \cdot 100 = 15,4\%.$$

2.2.9. Показатели смертности детей в перинатальном периоде 2.2.9.1. Коэффициент перинатальной смертности =

$$= \frac{\text{Число детей, родившихся мертвыми} + \text{Число детей, умерших в первые 168 часов жизни в течение календарного года}}{\text{Число детей, родившихся живыми и мертвыми в течение календарного года}} \cdot 1000 = \frac{44 + 21}{6180 + 44} \cdot 1000 = \frac{65}{6224} \cdot 1000 = 10,4\text{‰}.$$

2.2.9.2. Коэффициент мертворождаемости =

$$\begin{aligned}
& \frac{\text{Число детей, родившихся мертвыми} \\ & \text{в течение календарного года}}{\text{Число детей, родившихся живыми} \\ & \text{и мертвыми в течение календарного года}} \cdot 1000 = \\
& = \frac{44}{6180 + 44} \cdot 1000 = \frac{56}{6224} \cdot 1000 = 7,1\text{‰}.
\end{aligned}$$

2.2.10. Коэффициент фетоинфантильных потерь

2.2.10.1. Коэффициент фетоинфантильных потерь =

$$\begin{aligned}
& \frac{\text{Число детей, родившихся мертвыми} + \text{Число детей, умерших} \\ & \text{на первом году жизни в течение календарного года}}{\text{Число детей, родившихся живыми и мертвыми} \\ & \text{в течение календарного года}} \cdot 1000 = \\
& = \frac{44 + 52}{6180 + 44} \cdot 1000 = \frac{96}{6224} \cdot 1000 = 15,4\text{‰}.
\end{aligned}$$

2.3. Общий коэффициент естественного прироста (противоестественной убыли) населения

2.3.1. Общий коэффициент естественного прироста =

$$= \frac{\text{Общий коэффициент рождаемости}}{\text{Общий коэффициент смертности}} =$$

$$8,7 - 19,5 = -10,8\text{‰}.$$

Результаты расчета статистических показателей заносим в таблицу и сравниваем их с рекомендуемыми или сложившимися среднестатистическими соответствующими показателями, приведенными в главе 2 учебника [1] и рекомендуемой литературе. После чего делаем соответствующие выводы.

Тестовые задания

Выберите только один правильный ответ.

1. Назовите основные направления демографии:

- 1) численность населения по различным возрастно-половым группам;
- 2) статика и динамика населения;
- 3) естественное и механическое движение населения;
- 4) состав и миграция населения;
- 5) маятниковая и внутренняя миграция;

2. Статика населения изучает:

- 1) рождаемость, смертность и воспроизводство населения;

- 2) общую и повозрастную плодовитость;
- 3) географические особенности рождаемости и состава населения;
- 4) миграцию в различных регионах страны;
- 5) численность и состав населения по социальным и биологическим признакам.

3. Динамика населения изучает:

- 1) миграционные процессы и рождаемость населения;
- 2) механическое движение и смертность населения;
- 3) воспроизводство населения;
- 4) механическое и естественное движение населения;
- 5) естественное движение и рождаемость населения.

4. Назовите показатели, характеризующие естественное движение населения:

- 1) рождаемость, смертность, естественный прирост населения, ожидаемая продолжительность жизни при рождении;
- 2) естественный прирост, ожидаемая продолжительность жизни при рождении, заболеваемость, смертность;
- 3) рождаемость, браки, разводы, младенческая смертность, первичная заболеваемость;
- 4) рождаемость, смертность, первичная заболеваемость, общая заболеваемость;
- 5) брачная плодовитость, общая смертность, рождаемость, патологическая пораженность.

5. Назовите данные, необходимые для расчета общего коэффициента рождаемости:

- 1) число родившихся живыми и мертвыми в данном году / число родившихся живыми в данном году;
- 2) число родившихся живыми в данном году / число родившихся живыми в предыдущем году;
- 3) число родившихся живыми в данном году / среднегодовая численность населения;
- 4) число родившихся живыми и мертвыми в данном году / среднегодовая численность населения;
- 5) среднегодовая численность населения в данном году / среднегодовая численность населения в предыдущем году.

6. Назовите первичный статистический документ, являющийся источником информации о случаях рождения:

- 1) история родов (ф. 096/у);
- 2) статистическая карта выбывшего из стационара (ф. 066/у-02);
- 3) история развития новорожденного (ф. 097/у);
- 4) медицинское свидетельство о рождении (ф. 103/у-08);
- 5) индивидуальная карта беременной и родильницы (ф. 111/у).

7. Назовите данные, необходимые для расчета общего коэффициента смертности:

- 1) среднегодовая численность населения в данном году/среднего- довая численность населения в предыдущем году;
- 2) число умерших в данном году/среднегодовая численность населения;
- 3) число умерших за год/число родившихся живыми в данном году;
- 4) $\frac{2}{3}$ умерших в данном году + $\frac{1}{3}$ умерших в предыдущем году/ численность населения;
- 5) число умерших в данном году, число родившихся живыми и мертвыми в данном году; численность населения в определенном возрасте.

8. Назовите данные, необходимые для расчета показателя структуры причин смертности:

- 1) число умерших от отдельных причин за год; общее число умерших за год;
- 2) общее число умерших в данном году; среднегодовая численность населения;
- 3) число умерших от определенной причины за год; среднегодовая численность населения;
- 4) число умерших от данного заболевания; число родившихся живыми в данном году;
- 5) число умерших от всех причин; общее число родившихся и умерших за год.

9. Назовите причины смерти, занимающие три первых ранговых места в структуре смертности населения российской федерации:

- 1) болезни органов дыхания, болезни эндокринной системы, травмы и отравления;
- 2) болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, травмы и отравления;
- 3) инфекционные и паразитарные болезни, новообразования, травмы и отравления;
- 4) болезни системы кровообращения, травмы и отравления, новообразования;
- 5) болезни органов пищеварения, болезни системы кровообращения, болезни крови.

10. Назовите данные, необходимые для расчета коэффициента младенческой смертности:

- 1) число умерших на 1-м месяце жизни в данном году; число родившихся живыми в данном году;
- 2) число умерших на 1-й неделе жизни в данном году; число родившихся живыми в данном году;
- 3) число умерших в возрасте до 1 года в данном году; число родившихся живыми в данном году; число родившихся живыми в предыдущем году;
- 4) число родившихся живыми в данном году; число родившихся живыми и умершими в первые 6 дней; среднегодовая численность населения;
- 5) число умерших в возрасте до 1 года в данном году; среднегодовая численность населения.

11. Назовите первичный статистический документ, на основании которого изучают смертность населения:

- 1) статистический талон регистрации случая смерти (ф. 213/у);

- 2) протокол (карта) патологоанатомического исследования (ф. 013/у);
- 3) медицинское свидетельство о смерти (ф. 106/у-08);
- 4) сведения о лечебно-профилактическом учреждении (ф. 30);
- 5) статистическая карта выбывшего из стационара (ф. 066/у-02).

12. Назовите данные, необходимые для вычисления коэффициента перинатальной смертности:

- 1) число родившихся живыми; число родившихся мертвыми; число умерших на 1-й неделе жизни;
- 2) число родившихся живыми; число родившихся мертвыми; число умерших на 1-м месяце жизни;
- 3) число умерших на 1-й неделе жизни; общее число родившихся в данном году;
- 4) число родившихся живыми; число родившихся мертвыми; среднегодовая численность населения;
- 5) число умерших до родов и в родах; число родившихся живыми в данном году; число родившихся живыми в предыдущем году.

Ответы на тестовые задания: 1 - 2; 2 - 5; 3 - 4; 4 - 1; 5 - 3; 6 - 4; 7 - 2; 8 - 1; 9 - 4; 10 - 3; 11 - 3; 12 - 1; 13 - 3; 14 - 1; 15 - 1.

Критерии оценки выполненных студентами тестовых заданий:

- 85% – 100% правильных ответов – «отлично»;
66% – 84% правильных ответов – «хорошо»;
50% – 65% правильных ответов – «удовлетворительно»;
менее 50% правильных ответов – «неудовлетворительно».

Задачи на заполнение медицинских свидетельств:

1. В родильном доме № 1 05.03.10 в 17 ч 35 мин у Карповой Натальи Борисовны, родившейся 19.11.85, состоящей в зарегистрированном браке, имеющей профессиональное среднее образование, работающей бухгалтером в коммерческой организации, проживающей по адресу: г. Архангельск, ул. Победы, д. 29, кв. 20, родился при одноплодных родах второй ребенок мужского пола, массой тела 3900 г, длиной тела 58 см. Срок первой явки к врачу 14 недель.

Фамилия ребенка Карпов. Роды принимал врач акушер-гинеколог.

Медицинское свидетельство о рождении заполнено и выдано 10.03.10 врачом-ординатором родильного отделения Петровой Светланой Владимировной.

Руководитель медицинской организации - главный врач Михайлова Наталья Павловна.

2. Краснов Алексей Семенович родился 27.10.44, умер 09.02.10 в 17 ч 15 мин. Место постоянного проживания - г. Новосибирск, ул. Мира, д. 62, кв. 49. Смерть последовала в стационаре городской больницы № 1 г. Новосибирска.

Состоял в зарегистрированном браке, имел высшее образование, пенсионер.

Лечащим врачом Крыловым Николаем Петровичем был выставлен заключительный клинический диагноз:

- основное заболевание: сахарный диабет II типа декомпенсированный; влажная гангрена правой стопы;
- осложнения: сепсис;
- сопутствующие заболевания: хронический двусторонний калькулезный пиелонефрит в стадии ремиссии.

Врачом-патологоанатомом Ивановым Константином Михайловичем на основании вскрытия определена последовательность патологических процессов, приведших к смерти, и установлены причины смерти, которые полностью совпали с заключительным клиническим диагнозом.

Окончательное медицинское свидетельство о смерти заполнено и выдано 10.02.10 врачом-патологоанатомом. Руководитель медицинской организации Сергеев Анатолий Иванович.

3. Ребенок Андреев родился живым 03.02.10 в 19 ч 05 мин и умер 03.02.10 в 19 ч 45 мин. Смерть наступила после родов в стационаре родильного дома № 3 г. Саратова. Роды принимал врач.

Смерть ребенка произошла у Андреевой Марии Викторовны, родившейся 16.04.77, проживающей по адресу: г. Саратов, ул. Октябрьская, д. 27, состоящей в зарегистрированном браке, имеющей неполное высшее образование, работающей экономистом.

Живорождение произошло при одноплодных третьих родах.

Умерший ребенок по счету был третьим.

Масса тела ребенка при рождении 2520 г, длина тела 47 см.

Причины смерти установлены врачом-патологоанатомом на основании вскрытия.

Основное заболевание плода: истинная диафрагмальная грыжа.

Другие заболевания ребенка: общий артериальный ствол.

Другие обстоятельства, имевшие отношение к смерти: агенезия правого легкого.

Окончательное медицинское свидетельство о перинатальной смерти заполнено и выдано 04.02.10 года врачом-патологоанатомом Осиповым Андреем Константиновичем.

Руководитель медицинской организации Никитина Вера Павловна

Примеры заполнения медицинских свидетельств:

На основании данных, приведенных в задаче 1, заполним Медицинское свидетельство о рождении (ф. 103/у-08).

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации	Код формы по ОКУД _____ Медицинская документация
Наименование медицинской организации адрес _____ Код по ОКПО _____ Для врача, занимающегося частной практикой: номер лицензии на медицинскую деятельность _____ адрес _____	Учетная форма № 103/у-08 Утверждена приказом Минздрава России от 26.12.2008 г. № 782н

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ
СЕРИЯ _____ № _____

Дата выдачи «**10**» **марта** **2010** г.

1. Ребенок родился: число **5**, месяц **март**, год **2010**, час **17**, мин **35**

Мать	Ребенок
2. Фамилия, имя, отчество Карпова Наталья Борисовна	11. Фамилия ребенка Карпов

3. Дата рождения <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>9</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>9</td><td>8</td><td>5</td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="2">число</td> <td align="center" colspan="2">месяц</td> <td align="center" colspan="4">год</td> </tr> </table> 4. Место постоянного жительства (регистрации): республика, край, область _____, район _____, город (село) Архангельск, улица Победы, дом 29, кв. 20 5. Местность: городская ☒, сельская ☐ 6. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке ☒, не состоит в зарегистрированном браке ☐, неизвестно ☐ 7. Образование: <i>профессиональное</i>: высшее ☐, неполное высшее ☐, среднее ☒, начальное ☐ <i>общее</i>: среднее (полное) ☐, основ- ное ☐, начальное ☐, не имеет началь- ного образования ☐, неизвестно ☐ 8. Занятость: <i>была занята в экономике</i>: руководители и специалисты высшего уровня квали- фикации ☐, прочие специалисты ☒, квалифицированные рабочие ☐, неквалифицированные рабочие ☐, занятые на военной службе ☐; <i>не была</i> <i>занята в экономике</i>: пенсионеры ☐, студенты и учащиеся ☐, работавшие в личном подсобном хозяйстве ☐, безработные ☐, прочие ☐ 9. Срок первой явки к врачу (фель- дшеру, акушерке) ☐ ☐ ☐ ☐ недель 10. Которым по счету ребенок был рожден у матери ☐ ☐ ☐ ☐	1	9	1	1	1	9	8	5	число		месяц		год				12. Место рождения: республика, край, область _____, район _____, город (село) Архангельск 13. Местность: городская ☒, сельская ☐ 14. Роды произошли: в стационаре ☒, дома ☐, в другом месте ☐, неизвестно ☐ 15. Пол: мальчик ☒, девочка ☐ 16. Масса тела при рождении 3 9 0 0 г 17. Длина тела при рождении 5 8 см 18. Ребенок родился: • при одноплодных родах ☒ • при многоплодных родах: — которым по счету ☐ — число родившихся ☐
1	9	1	1	1	9	8	5										
число		месяц		год													

19. Лицо, принимавшее роды: врач акушер-гинеколог 1, фельдшер, акушерка 2, другое лицо 3

20. Врач-ординатор Петрова Светлана Владимировна
(должность врача (фельдшера, акушерки), (подпись) (фамилия, имя, отчество)
заполнявшего медицинское свидетельство)

Руководитель медицинской
организации, врач, занима-
ющийся частной практикой Михайлова Наталья Павловна
(пункт подчеркнуть) (подпись) (фамилия, имя, отчество)

Печать

Окончание ф. 103/у-08

На основании данных, приведенных в задаче 2, заполним Медицинское свидетельство о смерти (ф. 106/у-08).

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации	Код формы по ОКУД _____ Медицинская документация
Наименование медицинской организации адрес _____ Код по ОКПО _____ Для врача, занимающегося частной практикой: номер лицензии на медицинскую деятельность адрес _____	Учетная форма № 106/у-08 Утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 г. № 782н

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ
СЕРИЯ _____ № _____
Дата выдачи **«10» февраля 2010 г.**
(окончательное, предварительное, взамен предварительного,
взамен окончательного (подчеркнуть)
серия _____ № _____ «___» _____ 20__ г.

1. Фамилия, имя, отчество умершего(ей) Краснов Алексей Семенович

2. Пол: мужской 1, женский 2

3. Дата рождения: число 27, месяц октябрь, год 1944

4. Дата смерти: число 9, месяц февраля, год 2010, время 17 часов 15 мин.

5. Место постоянного жительства (регистрации) умершего(ей):
республика, край, область _____,
район _____, город Новосибирск, населенный пункт _____,
улица Мира, дом 62, кв. 49

6. Местность: городская 1, сельская 2

7. Место смерти:
республика, край, область _____,
район _____, город Новосибирск, населенный пункт _____,
улица _____, дом _____, кв. _____

8. Местность: городская [1], сельская [2]

9. Смерть наступила: на месте происшествия [1], в машине скорой помощи [2], в стационаре [3], дома [4], в другом месте [5]

10. Для детей, умерших в возрасте от 168 ч до 1 мес: доношенный (37–41 нед) [1], недоношенный (менее 37 нед) [2], переношенный (42 нед и более) [3]

11. Для детей, умерших в возрасте от 168 ч до 1 года:

масса тела ребенка при рождении _____ грамм [1], каким по счету был ребенок у матери (считая умерших и не считая мертворожденных) _____ [2], дата рождения матери _____ [3], возраст матери (полных лет) _____ [4], фамилия матери _____ [5], имя _____ [6], отчество _____ [7]

12.* Семейное положение: состоял(а) в зарегистрированном браке [1], не состоял(а) в зарегистрированном браке [2], неизвестно [3]

13.* Образование: профессиональное: высшее [1], неполное высшее [2], среднее [3], начальное [4]; общее: среднее (полное) [5], основное [6], начальное [7]; не имеет начального образования [8]; неизвестно [9]

14.* Занятость: был(а) занят(а) в экономике: руководители и специалисты высшего уровня квалификации [1], прочие специалисты [2], квалифицированные рабочие [3], неквалифицированные рабочие [4], занятые на военной службе [5]; не был(а) занят(а) в экономике: пенсионеры [6], студенты и учащиеся [7], работавшие в личном подсобном хозяйстве [8], безработные [9], прочие [10]

15. Смерть произошла: от заболевания [1], несчастного случая: не связанного с производством [2], связанного с производством [3], убийства [4], самоубийства [5]; в ходе действий: военных [6], террористических [7], род смерти не установлен [8]

* В случае смерти детей, возраст которых указан в пунктах 10, 11, пункты 12–14 заполняются в отношении их матерей.

16. В случае смерти от несчастного случая, убийства, самоубийства, от военных и террористических действий, при неустановленном роде смерти указать дату травмы (отравления): число _____ месяц _____, год _____, время _____, а также место и обстоятельства, при которых произошла травма (отравление)

Продолжение ф. 106/у-08

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации	Код формы по ОКУД _____ Медицинская документация
Наименование медицинской организации _____ адрес _____ Код по ОКПО _____ Для врача, занимающегося частной практикой: номер лицензии на медицинскую деятельность _____ адрес _____	Учетная форма № 106-2/у-08 Утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 г. № 782н

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ

СЕРИЯ _____ № _____

Дата выдачи «**4**» **февраля** **2010** г.

окончательное, предварительное, взамен предварительного,
взамен окончательного (подчеркнуть)

серия _____ № _____ «_____» _____ 20__ г.

1. Роды мертвым плодом: число _____, месяц _____, год _____, час _____, мин _____

2. Ребенок родился живым: число 3, месяц февраля, год 2010, час 19, мин 05,
и умер: число 3, месяц февраля, год 2010, час 19, мин 45

3. Смерть наступила: до начала родов 1, во время родов 2, **после родов** 3,
неизвестно 4

Окончание ф. 106/у-08

На основании данных, приведенных в задаче 3 заполним Медицинское свидетельство о перинатальной смерти (ф. 106-2/у-08).

21. В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) 1,
в процессе родов (аборта) 2, в течение 42 дней после окончания беремен-
ности, родов (аборта) 3; кроме того, в течение 43 – 365 дней после окончания
беременности, родов 4

22. Фамилия, имя, отчество **врача** (фельдшера, акушерки), заполнившего
Медицинское свидетельство о смерти
Иванов Константин Михайлович Подпись _____

Руководитель медицинской
организации, частнопракти-
кующий врач _____ **Сергеев Анатолий Иванович**
(нужное подчеркнуть) (подпись) (фамилия, имя, отчество)

Печать _____

23. Свидетельство проверено врачом, ответственным за правильность
заполнения медицинских свидетельств.
« _____ » _____ 20__ г.
(подпись) (фамилия, имя, отчество врача)

20. Которым по счету ребенок был рожден у матери (считая умерших, не считая мертворожденных) **3**

21. Смерть ребенка (плода) произошла от: **заболевания** **1**, несчастного случая **2**, убийства **3**, род смерти не установлен **4**

22. Лицо, принимавшее роды: **врач** **1**, фельдшер, акушерка **2**, другое **3**

23. Причины перинатальной смерти:	Код по МКБ-10
а) основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка	
Истинная диафрагмальная грыжа	Q 7 9 . 0
б) другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка	
Общий артериальный ствол	Q 2 0 . 0
в) основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка	
г) другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка	
д) другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, смерти	
Агенезия правого легкого	Q 3 3 . 3

24. Причины смерти установлены:

врачом, только удостоверившим смерть **1**, врачом акушером-гинекологом, принимавшим роды **2**, врачом-неонатологом (педиатром), лечившим ребенка **3**, **врачом-патологоанатомом** **4**, судебно-медицинским экспертом **5**, акушеркой **6**, фельдшером **7**

на основании: осмотра трупа **1**, записей в медицинской документации **2**, собственного предшествовавшего наблюдения **3**, **вскрытия** **4**

25. **Врач-ординатор** _____ **Осипов Андрей Константинович**

(должность врача (фельдшера, акушерки),
заполнившего Медицинское свидетельство
о перинатальной смерти)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

Руководитель медицинской
организации, частнопракти-
кующий врач

(лучшее подчеркнуть)

(подпись)

Никитина Вера Павловна

(фамилия, имя, отчество)

Печать

26. Свидетельство проверено врачом, ответственным за правильность
заполнения медицинских свидетельств

« _____ » _____ 20__ г.

Окончание ф. 106-2/у-08

Задачи для самостоятельного решения:

1. В родильном отделении центральной районной больницы г. Алтайска 14.04.10 у Александровой Юлии Сергеевны, родившейся 26.01.86, состоящей в зарегистрированном браке, имеющей среднее профессиональное образование, работающей маляром-штукатуром в строительной организации, проживающей по адресу: г. Алтайск, ул. Южная, д. 85, кв. 24, родился при одноплодных родах второй ребенок мужского пола, массой тела 4200 г и длиной тела 56 см. Срок первой явки к врачу 12 нед. Фамилия ребенка Александров. Роды принимал врач акушер-гинеколог.

Медицинское свидетельство о рождении выдано 20.04.10 и заполнено старшей акушеркой отделения Панкратовой Надеждой Павловной. Руководитель медицинской организации Семенова Светлана Владимировна.

2. Павлова Лидия Петровна родилась 28.06.46, умерла 17.04.10 в 14 ч 22 мин. Место постоянного жительства: г. Мурманск, ул. Морская, д. 21, кв. 15. Смерть наступила в стационаре городской больницы № 4 г. Мурманска.

Вдова, имела профессиональное среднее образование, пенсионерка.

Лечащим врачом Покровской Ларисой Анатольевной был поставлен заключительный клинический диагноз: основное заболевание - экзогенная астма (аллергическая) - J 46.0.

Осложнение: астматический статус с тотальной обструкцией бронхов.

Состояние, приведшее к смерти: кома.

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь с застойной сердечной недостаточностью.

Врачом-патологоанатомом Лаврентьевым Анатолием Константиновичем на основании вскрытия определена последовательность патологических процессов, приведших к смерти, и установлены причины смерти, которые полностью совпали с заключительным клиническим диагнозом.

Окончательное медицинское свидетельство о смерти выдано 18.04.10 и заполнено врачом-патологоанатомом. Руководитель медицинской организации Попова Антонина Сергеевна.

3. Ребенок Егорова родилась мертвой 12.03.10 в 18 ч 55 мин. Роды произошли в стационаре родильного дома № 1 г. Твери. Роды принимал врач.

Мертворождение произошло у Егоровой Елизаветы Макаровны, родившейся 12.05.78, проживающей по адресу: г. Псков, ул. Свободы, д. 67, состоящей в зарегистрированном браке, имеющей неполное высшее образование, занятой в экономике. Мертворождение произошло при одноплодных первых родах.

Умерший ребенок был первым. Масса плода 1790 г, длина тела 42 см.

Причины смерти установлены врачом-патологоанатомом на основании вскрытия.

Основное заболевание ребенка: антенатальная гипоксия и гибель плода.

Другие заболевания или патологические состояния ребенка: отек мозга и мозговых оболочек.

Другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшие неблагоприятное влияние на ребенка: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Окончательное медицинское свидетельство о перинатальной смерти выдано 13.03.10 и заполнено врачом-патологоанатомом Павловским Игорем Михайловичем. Руководитель медицинской организации Соколов Вадим Петрович.

4. В родильном доме № 1 15.04.10 у Смирновой Ирины Михайловны, родившейся 15.08.87, русской, не состоящей в браке, имеющей профессиональное среднее образование, не работающей, проживающей по адресу: г. Волгоград, ул. Менделеева, д. 42, кв. 36, родился при одноплодных родах первый ребенок мужского пола, массой тела 3900 г, длиной тела 51 см. Срок первой явки к врачу 25 нед. Фамилия ребенка Смирнов. Роды принимала врач акушер-гинеколог. Медицинское свидетельство о рождении выдано 20.04.10 и заполнено старшей акушеркой отделения Яковлевой Людмилой Александровной. Руководитель медицинской организации, главный врач Захарова Антонина Николаевна.

5. Александрова Евгения Михайловна родилась 12.11.31, умерла 15.03.10 в 17 ч 45 мин. Место постоянного жительства - г. Вологда, ул. Покровского, д. 45. Смерть наступила дома. Вдова, имела общее среднее образование, пенсионерка. Причина смерти установлена врачом Власовой Марией Петровной, лечившей умершую на основании предшествующего наблюдения за больной и записей в медицинской документации: основное заболевание - рак яичников.

Осложнение: раковая интоксикация.

Окончательное медицинское свидетельство о смерти выдано 16.03.10 и заполнено лечащим врачом. Руководитель медицинской организации Алексеева Светлана Николаевна.

6. Ребенок Русанов родился мертвым 22.03.10 в 15 ч 25 мин. Роды произошли в родильном отделении центральной районной больницы г. Вышний Волочок. Роды принимал врач.

Мертворождение произошло у Русановой Натальи Владимировны, родившейся 15.08.81, проживающей по адресу: г. Вышний Волочок, ул. Ленина, д. 28, кв. 15, состоящей в зарегистрированном браке, имеющей высшее образование, работающей экономистом в коммерческой фирме. Мертворождение произошло при одноплодных первых родах. Умерший ребенок был первым. Масса плода 1620 г, длина тела 44 см. Причины смерти установлены врачом-патологоанатомом на основании вскрытия.

Основное заболевание ребенка: антенатальная асфиксия и гибель плода.

Другие заболевания или патологические состояния ребенка: мацерация кожных покровов.

Другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшие неблагоприятное влияние на ребенка: инфекция половых путей при беременности.

Окончательное медицинское свидетельство о перинатальной смерти выдано 23.03.10 и заполнено врачом-патологоанатомом Павловым

Иваном Сергеевичем. Руководитель медицинской организации Авдеева Надежда Александровна.

Тема: Основные медико-социальные проблемы здоровья населения

Ситуационные задачи по разделу «Заболеваемость населения»:

Задача 1

Исходные данные: среднегодовая численность населения некоторого субъекта РФ составляет 713 365 человек. В течение года в лечебно-профилактических учреждениях всего зарегистрировано 1 378 078 случаев заболеваний, из которых 440 645 зарегистрированы с диагнозом, выявленным впервые в жизни.

При проведении выборочных медицинских осмотров 35 670 человек (5% всего населения) выявлено 55 600 случаев заболеваний.

Среди всех зарегистрированных заболеваний выявлено 330 738 случаев, связанных с болезнями органов дыхания, 184 662 - системы кровообращения, 101 978 - костно-мышечной системы и соединительной ткани, 88 197 - органов пищеварения. В течение года было выявлено 28 335 случаев инфекционных заболеваний.

Задача 2

Исходные данные: среднегодовая численность населения некоторого субъекта РФ составляет 1 223 735 человек. В течение года в лечебно-профилактических учреждениях всего зарегистрировано 1 615 660 случаев заболеваний, из которых 778 525 - с диагнозом, выявленным впервые в жизни.

При проведении выборочных медицинских осмотров 85 662 человек (7% населения) выявлено 119 925 случаев заболеваний.

Среди всех зарегистрированных заболеваний выявлено 354 075 случаев, связанных с болезнями органов дыхания, 252 450 - системы кровообращения, 132 200 - костно-мышечной системы и соединительной ткани, 116 195 - мочеполовой системы. В течение года выявлено 64 910 случаев инфекционных заболеваний.

Задача 3

Исходные данные: среднегодовая численность населения некоторого субъекта РФ составляет 521 210 человек. В течение года в лечебно-профилактических учреждениях всего зарегистрировано 802 145 случаев заболеваний, из которых 457 172 - с диагнозом, выявленным впервые в жизни.

При проведении выборочных медицинских осмотров 26 060 человек (5% населения) выявлено 35 180 случаев заболеваний.

Среди всех зарегистрированных заболеваний выявлено 188 970 случаев, связанных с болезнями органов дыхания, 87 065 - системы кровообращения, 50 190 - костно-мышечной системы и соединительной ткани, 124 285 - органов пищеварения. В течение года выявлено 25 693 случая инфекционных заболеваний.

Задача 4

Исходные данные: среднегодовая численность населения некоторого субъекта РФ составляет 706 680 человек. В течение года в лечебно-профилактических учреждениях всего зарегистрировано 1 053 600 случаев заболеваний, из которых 575 872 - с диагнозом, выявленным впервые в жизни.

При проведении выборочных медицинских осмотров 70 668 человек (10% населения) выявлено 65 020 случаев заболеваний.

Среди всех зарегистрированных заболеваний выявлено 249 560 случаев, связанных с болезнями органов дыхания, 116 208 - системы кровообращения, 87 026 - костно-мышечной системы и соединительной ткани, 79 698 - с травмами, отравлениями и некоторыми другими последствиями воздействия внешних причин. В течение года выявлено 31 223 случая инфекционных заболеваний.

Задания к задачам:

На основании представленных исходных данных в задаче рассчитать и проанализировать показатели:

- 1) первичной заболеваемости;
- 2) общей заболеваемости;
- 3) патологической пораженности;
- 4) структуры общей заболеваемости;
- 5) инфекционной заболеваемости.

Эталон решение задачи 1 и формулы для решения задач:

Первичная заболеваемость =

$$= \frac{\text{Число заболеваний, выявленных впервые в жизни в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 1000 = \frac{440\,645}{713\,365} \cdot 1000 = 617,7\text{‰}$$

2. Общая заболеваемость =

$$= \frac{\text{Число всех заболеваний, выявленных в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 1000 = \frac{1\,378\,078}{713\,365} \cdot 1000 = 1931,8\text{‰}$$

3. Патологическая пораженность =

$$= \frac{\text{Число заболеваний, выявленных на медицинских осмотрах}}{\text{Число осмотренных лиц}} \cdot 1000 = \frac{55\,600}{35\,670} \cdot 1000 = 1560,0\text{‰}$$

4. Структура общей заболеваемости

4.1. Удельный вес болезней органов дыхания =

$$= \frac{\text{Число случаев заболеваний органов дыхания}}{\text{Общее число всех выявленных заболеваний}} \cdot 100 = \frac{330\,738}{1\,378\,078} \cdot 100 = 24,0\%$$

4.2. Удельный вес болезней системы кровообращения =

$$= \frac{\text{Число случаев заболеваний системы кровообращения}}{\text{Общее число всех выявленных заболеваний}} \cdot 100 = \frac{184\,662}{1\,378\,078} \cdot 100 = 13,4\%.$$

4.3. Удельный вес болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани

=

$$= \frac{\text{Число случаев заболеваний костно-мышечной системы}}{\text{Общее число всех выявленных заболеваний}} \cdot 100 = \frac{101\,978}{1\,378\,078} \cdot 100 = 7,4\%.$$

4.4. Удельный вес болезней органов пищеварения =

$$= \frac{\text{Число случаев заболеваний органов пищеварения}}{\text{Общее число всех выявленных заболеваний}} \cdot 100 = \frac{88\,197}{1\,378\,078} \cdot 100 = 6,4\%.$$

5. Инфекционная заболеваемость =

$$= \frac{\text{Число выявленных инфекционных заболеваний}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 1000 = \frac{28\,335}{713\,365} \cdot 1000 = 39,7\text{‰}.$$

Ситуационные задачи по разделу «Инвалидность»:

Задача 1

Исходные данные: среднегодовая численность трудоспособного населения некоторого субъекта РФ составляет 407 670 человек. В течение изучаемого года признано инвалидами в трудоспособном возрасте 3920 человек. Из общего числа: инвалидов по поводу болезней системы кровообращения признано 1710 человек, костно-мышечной системы - 670, злокачественных новообразований - 580; прочих болезней - 960. Среди первично признанных инвалидов I группу получили 375, II - 2180, III - 1365 человек.

По результатам переосвидетельствования из 10 840 инвалидов 415 были признаны трудоспособными. Число переосвидетельствованных инвалидов I и II групп - 7340. Из числа признанных инвалидами III группы 1191 человек был переведен из I и II групп, а из числа признанных инвалидами II группы 65 человек были переведены из I группы.

Задача 2

Исходные данные: среднегодовая численность трудоспособного населения некоторого субъекта РФ составляет 640 720 человек. В течение изучаемого года признано инвалидами в трудоспособном возрасте 5745 человек. Из общего числа инвалидов по поводу болезней системы кровообращения признано 2074 человек, кост-

но-мышечной системы - 876, злокачественных новообразований - 840, прочих болезней - 1955. Среди первично признанных инвалидов I группу получили 486, II - 2370, III - 2889 человек.

По результатам переосвидетельствования из 12015 инвалидов 435 признаны трудоспособными. Число переосвидетельствованных инвалидов I и II групп - 8315. Из числа признанных инвалидами III группы 1274 человек был переведен из I и II групп, а из числа признанных инвалидами II группы 37 человек были переведены из I группы.

Задача 3

Исходные данные: среднегодовая численность трудоспособного населения некоторого субъекта РФ составляет 815 340 человек. В течение изучаемого года признано инвалидами в трудоспособном возрасте 6725 человек. Из общего числа инвалидами по поводу болезней системы кровообращения признано 2645 человек, костно-мышечной системы - 1410, злокачественных новообразований - 1072, прочих болезней - 1598. Среди первично признанных инвалидов I группу получили 627, II - 2911, III - 3187 человек.

По результатам переосвидетельствования из 10760 инвалидов 495 признаны трудоспособными. Число переосвидетельствованных инвалидов I и II групп - 6915. Из числа признанных инвалидами III группы 1420 человек был переведен из I и II групп, а из числа признанных инвалидами II группы 67 человек были переведены из I группы.

Задача 4

Исходные данные: среднегодовая численность трудоспособного населения некоторого субъекта РФ составляет 510 706 человек. В течение изучаемого года признано инвалидами в трудоспособном возрасте 4290 человек. Из общего числа инвалидами по поводу болезней системы кровообращения признано 1815 человек, костно-мышечной системы - 720, злокачественных новообразований - 670, прочих болезней - 1085. Среди первично признанных инвалидов I группу получили 415, II - 2210, III - 1665 человек.

По результатам переосвидетельствования из 9485 инвалидов 320 признаны трудоспособными. Число переосвидетельствованных инвалидов I и II групп - 4630. Из числа признанных инвалидами III группы 1219 человек был переведен из I и II групп, а из числа признанных инвалидами II группы 46 человек были переведены из I группы.

Задания к задачам:

На основании представленных исходных данных в задаче рассчитать и проанализировать показатели:

- 1) первичной инвалидности;
- 2) структуры первичной инвалидности по заболеваниям;
- 3) структуры первичной инвалидности по группам инвалидности;
- 4) полной медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов;

5)частичной медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов.

Эталон решения задач:

1. Первичная инвалидность =

$$\begin{aligned} & \frac{\text{Общее число лиц трудоспособного} \\ & \quad \text{возраста, впервые признанных} \\ & \quad \text{инвалидами в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения} \\ & \quad \text{трудоспособного возраста}} \cdot 10\,000 = \frac{3920}{407\,670} \cdot 10\,000 = 96,2\text{‰} \end{aligned}$$

2. Структура первичной инвалидности по заболеваниям

2.1. Удельный вес инвалидов по поводу болезней системы кровообращения =

$$\begin{aligned} & \frac{\text{Число лиц, впервые признанных инвалидами по поводу} \\ & \quad \text{болезней системы кровообращения в календарном году}}{\text{Общее число лиц, впервые признанных} \\ & \quad \text{бюро МСЭ инвалидами, за год}} \cdot 100 = \frac{1710}{3920} \cdot 100 = 43,6\% \end{aligned}$$

2.2. Удельный вес инвалидов по поводу болезней костно-мышечной системы =

$$\begin{aligned} & \frac{\text{Число лиц, впервые признанных инвалидами по поводу} \\ & \quad \text{болезней костно-мышечной системы в календарном году}}{\text{Общее число лиц, впервые признанных} \\ & \quad \text{бюро МСЭ инвалидами, за год}} \cdot 100 = \frac{670}{3920} \cdot 100 = 17,1\% \end{aligned}$$

2.3. Удельный вес инвалидов по поводу злокачественных новообразований =

$$\begin{aligned} & \frac{\text{Число лиц, впервые признанных инвалидами по поводу} \\ & \quad \text{злокачественных новообразований в календарном году}}{\text{Общее число лиц, впервые признанных} \\ & \quad \text{бюро МСЭ инвалидами, за год}} \cdot 100 = \frac{580}{3920} \cdot 100 = 14,8\% \end{aligned}$$

2.4. Удельный вес инвалидов по поводу прочих болезней =

$$\begin{aligned} & \frac{\text{Число лиц, впервые признанных инвалидами} \\ & \quad \text{по поводу прочих болезней в календарном году}}{\text{Общее число лиц, впервые признанных} \\ & \quad \text{бюро МСЭ инвалидами, за год}} \cdot 100 = \frac{960}{3920} \cdot 100 = 24,5\% \end{aligned}$$

3. Структура первичной инвалидности по группам инвалидности 3.1.

Удельный вес лиц, признанных инвалидами I группы =

$$\begin{aligned} & \frac{\text{Число лиц, впервые признанных} \\ & \quad \text{инвалидами I группы}}{\text{Общее число лиц, впервые признанных} \\ & \quad \text{бюро МСЭ инвалидами, за год}} \cdot 100 = \frac{375}{3920} \cdot 100 = 9,6\% \end{aligned}$$

3.2. Удельный вес лиц, признанных инвалидами II группы, =

$$\begin{aligned} & \frac{\text{Число лиц, впервые признанных} \\ & \quad \text{инвалидами II группы}}{\text{Общее число лиц, впервые признанных} \\ & \quad \text{бюро МСЭ инвалидами, за год}} \cdot 100 = \frac{2180}{3920} \cdot 100 = 55,6\% \end{aligned}$$

3.3. Удельный вес лиц, признанных инвалидами III группы =

$$= \frac{\text{Число лиц, впервые признанных инвалидами III группы}}{\text{Общее число лиц, впервые признанных бюро МСЭ инвалидами, за год}} \cdot 100 = \frac{1365}{3920} \cdot 100 = 34,8\%.$$

4. Полная медицинская и профессиональная реабилитация инвалидов =

$$= \frac{\text{Общее число инвалидов, признанных трудоспособными}}{\text{Общее число инвалидов, повторно освидетельствованных в бюро МСЭ}} \cdot 100 = \frac{415}{10\,840} \cdot 100 = 3,8\%.$$

5. Суммарный показатель частичной медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов =

$$\frac{\text{Общее число лиц, признанных инвалидами III группы (из числа инвалидов I и II групп)} + \text{Общее число лиц, признанных инвалидами II группы (из числа инвалидов I группы)}}{\text{Общее число инвалидов I и II групп, повторно освидетельствованных в бюро МСЭ}} \cdot 100 = \frac{1191 + 65}{7340} \cdot 100 = \frac{1256}{7340} \cdot 100 = 17,1\%.$$

Тестовые задания:

Выберите только один правильный ответ.

1. Назовите основные методы изучения заболеваемости населения:

- 1) по статистическим талонам; по данным о причинах смерти; по историям болезни;
- 2) по листкам нетрудоспособности; по амбулаторным картам; по данным медицинских осмотров;
- 3) по данным обращаемости за медицинской помощью; по данным медицинских осмотров; по данным о причинах смерти;
- 4) по данным переписи населения; по талонам на прием к врачу; по историям болезни;
- 5) по статистическим картам выбывших из стационара; по контрольным картам диспансерного наблюдения; по данным обращаемости за медицинской помощью.

2. К показателям заболеваемости относятся все перечисленные показатели, кроме:

- 1) первичной заболеваемости;
- 2) общей заболеваемости;
- 3) патологической пораженности;
- 4) общей смертности;
- 5) заболеваемости по причинам смерти.

3. Что характеризует показатель общей заболеваемости?

- 1) удельный вес того или иного заболевания среди населения;

- 2) степень изменения уровня заболеваемости во времени;
- 3) исчерпанная заболеваемость населения;
- 4) распространенность заболеваний среди населения;
- 5) распространенность социально значимых заболеваний.

4. Назовите данные, необходимые для расчета первичной заболеваемости:

- 1) число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни в данном году; среднегодовая численность населения;
- 2) число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни в данном году; число заболеваний, зарегистрированных в предыдущем году;
- 3) число заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах; среднегодовая численность населения;
- 4) число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни в данном году; общее число заболеваний, зарегистрированных в данном году;
- 5) общее число заболеваний, зарегистрированных в данном году; среднегодовая численность населения.

5. Назовите данные, необходимые для расчета общей заболеваемости:

- 1) число заболеваний, выявленных впервые в данном году; среднегодовая численность населения;
- 2) число заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах; число прошедших медицинский осмотр;
- 3) число всех заболеваний, выявленных в данном году; среднегодовая численность населения;
- 4) число всех заболеваний, выявленных в данном году; общее число заболеваний, зарегистрированных в предыдущем году;
- 5) число заболеваний, выявленных в предыдущем году; среднегодовая численность населения.

6. Документ используют для изучения заболеваемости по обращаемости:

- 1) дневник работы врача общей практики (семейного врача) (ф. 039/у-воп);
- 2) талон амбулаторного пациента (ф. 025-12/у);
- 3) медицинскую карту амбулаторного больного (ф. 025/у-04);
- 4) талон на прием к врачу (ф. 024-4/у-88);
- 5) медицинская карта стационарного больного (ф. 003/у).

7. Назовите данные, необходимые для расчета патологической пораженности:

- 1) число всех выявленных заболеваний; число обратившихся за медицинской помощью;
- 2) число заболеваний, выявленных впервые в данном году; среднегодовая численность населения;
- 3) число заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах; число лиц, прошедших медицинский осмотр;
- 4) число заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах; среднегодовая численность населения;
- 5) число зарегистрированных случаев данного заболевания; общее число зарегистрированных заболеваний.

8. Назовите данные, необходимые для расчета структуры заболеваемости:

- 1) число случаев по каждому виду заболеваний; среднегодовая численность населения;
- 2) число всех заболеваний, выявленных в данном году; среднегодовая численность населения;
- 3) число случаев конкретного заболевания; общее число случаев всех заболеваний;
- 4) общее число случаев всех заболеваний, выявленных в данном году; общее число случаев заболеваний, выявленных в предыдущие годы;
- 5) число заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах в данном году; число обращений по поводу заболеваний в данном году.

9. Документ используют при статистической разработке заболеваемости:

- 1) единая статистическая классификация болезней и случаев смерти;
- 2) международная номенклатура заболеваний;
- 3) международная классификация заболеваний и травм;
- 4) международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем;
- 5) статистическая классификация и номенклатура болезней и причин смерти.

10. Документ используют для изучения инфекционной заболеваемости:

- 1) талон амбулаторного пациента;
- 2) амбулаторную карту;
- 3) историю болезни;
- 4) экстренное извещение;
- 5) статистическую карту выбывшего из стационара.

11. Документ используют для изучения заболеваемости злокачественными новообразованиями:

- 1) амбулаторную карту;
- 2) статистический талон;
- 3) талон на прием к врачу;
- 4) извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования;
- 5) дневник работы врача поликлиники.

12. Назовите данные, необходимые для вычисления показателя первичной инвалидности:

- 1) общее число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами в данном году; общее число лиц трудоспособного возраста;
- 2) общее число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами в данном году; общее число инвалидов на данной территории;
- 3) общее число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами от всех причин; общее число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами от каждой причины;
- 4) общее число лиц трудоспособного возраста; общее число работающих инвалидов;

5) общее число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами от данного заболевания; общее число больных данным заболеванием.

13. По истечении данного срока временной нетрудоспособности устанавливается факт инвалидности:

- 1) не ранее 2 месяца;
- 2) не ранее 14 месяцев;
- 3) не позднее 4 месяца;
- 4) не позднее 2 месяца;
- 5) не ранее 7 недель.

14. Выберите правильное определение инвалидности:

1) полная социальная недостаточность вследствие различных причин, требующая социальной защиты.

2) нарушение здоровья, при котором больному доступна только работа в особо созданных индивидуальных условиях и требующее социальной защиты.

3) социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и вызывающая необходимость мер социальной защиты;

4) социальная недостаточность при длительном или постоянном ограничении трудоспособности, при которой больные нуждаются в постоянном уходе;

5) социальная недостаточность, при которой больные не могут себя обслужить.

15. Назовите заболевания, занимающие 3 первых ранговых места в структуре инвалидности:

1) болезни системы кровообращения, травмы всех локализаций, психические расстройства;

2) болезни органов дыхания, болезни системы кровообращения, травмы всех локализаций;

3) болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, болезни костно-мышечной системы;

4) травмы всех локализаций, злокачественные новообразования, болезни органов дыхания;

5) болезни системы кровообращения, травмы всех локализаций, злокачественные новообразования.

16. Документ используют для изучения первичной инвалидности:

- 1) единый талон амбулаторного пациента;
- 2) сведения о причинах временной нетрудоспособности;
- 3) медицинскую карту амбулаторного больного;
- 4) листок нетрудоспособности;
- 5) направление на медико-социальную экспертизу (ф. № 088/у-06).

17. Виды реабилитации инвалидов:

- 1) медицинская, психологическая, социальная, полная;
- 2) медицинская, психологическая, профессиональная, социальная;
- 3) трудовая, профессиональная, полная, частичная;

- 4) психологическая, профессиональная, полная, частичная;
- 5) медицинская, профессиональная, комплексная, частичная.

18. Назовите организацию, осуществляющую освидетельствование и установление группы инвалидности:

- 1) главное бюро медико-социальной экспертизы;
- 2) главная областная медико-социальная комиссия;
- 3) региональное бюро медицинской экспертизы;
- 4) специальное бюро медико-социальной экспертизы;
- 5) главное республиканское бюро медико-социальной экспертизы.

Эталоны ответов на тестовые задания: 1 - 3; 2 - 4; 3 - 4; 4 - 1; 5 - 3; 6 - 2; 7 - 3; 8 - 3; 9 - 4; 10 - 4; 11 - 4; 12 - 1; 13 - 3; 14 - 3; 15 - 3; 16 - 5; 17 - 2; 18 - 1.

Критерии оценки выполненных студентами тестовых заданий:

- 85% – 100% правильных ответов – «отлично»;
66% – 84% правильных ответов – «хорошо»;
50% – 65% правильных ответов – «удовлетворительно»;
менее 50% правильных ответов – «неудовлетворительно».

Тема: Основные принципы организации и функционирования здравоохранения в РФ. Номенклатура учреждений здравоохранения

Ситуационные задачи:

1. Пациент на приеме у врача – венеролога частной клиники беспокоится о том, что выданный ему больничный лист будет не действителен. Имеет ли право врач частной клиники выдавать лист временной нетрудоспособности? Обоснуйте свой ответ.

2. Направленный на МСЭК пациент Васин К.П. хочет пройти независимую медицинскую экспертизу. В каких случаях гражданин РФ имеет право на проведение независимой медицинской экспертизы?

3. Вечером пациентка Капустина Л.С., увидев на столе у дежурной постовой медсестры свою историю болезни, спросила её для того, чтобы уточнить планируемые лечащим врачом назначения. В каких случаях пациент имеет право ознакомиться со своей «Медицинской картой стационарного больного» (форма № 003/у).

4. 20.04.2010 фельдшер ФАП обратился к директору фермерского хозяйства с просьбой о помощи в организации профилактического осмотра его сотрудников. Директор предложил перенести профилактический осмотр на ноябрь 2010г. Какие условия необходимо учитывать при организации профилактической медицинской помощи сельскому населению?

5. Какой вид экстренной акушерской помощи, возможно оказывать на ФАП и в общей фельдшерской практике? Как для этого организуется работа учреждения?

6. Пациентка Астрова К.В. наблюдается у акушерки ФАП по поводу беременности. На очередном приеме она поинтересовалась: как часто ей придется ездить на прием к педиатру в течении I месяца жизни ребёнка и возможно ли наблюдаться на ФАПе. Как организуется диспансеризация детей первого года жизни на селе?

7. Врач дермато-венеролог, обследовав пациента поставил диагноз – чесотка. Какой документ, кроме формы 025/у, должен заполнить врач дермато-венеролог при выявлении у пациента чесотки?

8. Когда и с какой целью заполняется «Статистическая карта выбывшего из стационара» (ф. 066/у)?

9. С какой целью и когда заполняется «Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного» (форма № 027/у)?

10. В поликлинике фактическое число посещений за год составило 2356, а плановое число посещений составляет 3000. Как при этом можно оценить работу поликлиники?

11. В стационаре фактическое число койко-дней, проведенных больными за год, составило 3456, а число койко-дней по плану - 4345. Оцените степень выполнения плана койко-дней в больнице. Укажите предполагаемую причину сложившейся ситуации. Какие показатели ещё потребуется оценить, чтобы правильно выбрать направление корректировки?

12. В хирургическом отделении стационара число оперированных больных за год составило 2056, а число пользовавшихся больными - 3345. Каков в данном случае показатель хирургической активности? Отчего он зависит?

13. Медсестре статистического кабинета поручено оценить объем работы стационара. С помощью какого статистического документа можно это сделать?

14. Определите качественные показатели деятельности поликлиники № 2 г. В., обслуживающей 50 000 жителей. В отчете, 2009 г. указано, что жителями за год к терапевтам сделано 130 000 посещений, из них к участковым врачам - 90 000. Оказана медицинская помощь 8000 жителям сельских пригородов (приписанным к больнице). Проведен целевой осмотр 2500 человек на выявление туберкулеза. Взято под диспансерное наблюдение 150 больных с язвенной болезнью из 300 зарегистрированных.

Ответы на ситуационные задачи:

1. Да, так как право на проведение экспертизы временной нетрудоспособности закреплено за врачом законодательно («Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» № 122-ФЗ от 22.08.2004г.).

2. При несогласии с заключением медицинской экспертизы по личному заявлению (право закреплено в «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан» № 122-ФЗ от 22.08.2004г., положении правительства РФ о независимой медицинской экспертизе.)

3. По желанию, а также получить по ней консультации у других специалистов и снять копии (ст.31 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» № 122-ФЗ от 22.08.2004г).

4. Учитывают условия сельского труда, сезонность выполнения работы, большую протяженность площадей на которой они проводятся.

5. Родовспоможение. Для этого организуется минимум 1 койка для госпитализации роженицы; учреждение должно иметь акушерскую сумку с инструментами для принятия родов и обработки новорожденного.

6. Дети наблюдаются на дому.

На 1-й месяц жизни - 5 раз в месяц.

На 2й месяц жизни – 3 раза в месяц

На 3й-5й месяц жизни - 2 раза в месяц.

На 6-й-12-й месяц жизни -1 раз в месяц

7. При обнаружении заболеваний важнейшими неэпидемическими болезнями заполняется «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания» (ф. 089/у), направляется в центр Роспотрбнадзора.

8. Единицей учёта госпитализированной заболеваемости является «Статистическая карта выбывшего из стационара» (ф. 066/у). Она составляется одновременно с записью эпикриза на основании «Медицинской карты стационарного больного» (ф.О33/у) и является статистическим документом, содержащим сведения о больном, выбывшем из стационара (выписанном, умершим).

9. Выписка заполняется амбулаторно-поликлиническими учреждениями при направлении больного на стационарное лечение и стационарами всех профилей при выписке (в случае смерти) больного. Служит для взаимной информации амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений о диагнозе, течении заболевания, состоянии больного при направлении (выписке), проведенных исследованиях и лечении, лечебных (трудовых) рекомендациях больному, т.е. соблюдения принципа преемственности.

10. Выполнение плана посещений на приеме в поликлинике составило 78 %. План посещений в поликлинике не выполнен.

11. План койко-дней в стационаре выполнен на 79 %.

Причиной может быть:

1. Отсутствие спроса на данный вид медуслуг – следует оценить уровень госпитализации;
2. Не правильное распределение мощности (количества коек) между отделениями - следует оценить структуру заболеваемости, среднее время простоя койки и среднюю занятость койки в каждом отделении.
3. Возможны нарушение сроков госпитализации - следует оценить среднюю длительность пребывания больного на койке.

12. Хирургическая активность в хирургическом отделении стационара составила 61%. Оценивать показатель необходимо с учетом структуры заболеваемости.

13. Объем работы стационара определяется обычно в койко-днях. Число койко-дней за год подсчитывается на основании «Листка ежедневного учета больных и коечного фонда» путем суммирования числа больных на 8 часов утра каждого дня.

14. Соблюдение принципа участковости в работе участковых; врачей в поликлинике 69%. Значит участковость в поликлинике организована недостаточно. Чем выше процент участковости, тем правильнее организована работа поликлиники. Хорошим показателем надо считать 80-85% и более.

Удельный вес посещений, сделанных сельскими жителями 5,8%. Этот показатель не должен быть больше 1%. Размер данного показателя свидетельствует о том объеме лечебной помощи, которую получают сельские жители в городских больницах.

Показатель охвата взрослого населения целевыми осмотрами на туберкулез 5%. Полученный показатель довольно низкий. Программа борьбы с туберкулезом требует осмотра пожилых контингентов взрослого населения с целью активного выявления скрытых форм болезни не реже 1 раза в год.

Показатель охвата диспансерным наблюдением 50%.

Этот показатель свидетельствует о том, что диспансеризацией охвачена половина больных язвенной болезнью, что также свидетельствует о больших недостатках в профилактической работе в поликлиник.

Тестовые задания

Выберите правильные ответы:

1. Для повышения экономической эффективности медицинской помощи планируется:
 - а) сохранить объем финансирования здравоохранения;
 - б) увеличить объем помощи в дневном стационаре;
 - в) увеличить долю расходов на медикаменты;
 - г) сократить долю стационарной медицинской помощи.

2. Для реализации возможностей профилактики планируется:
- а) придать профилактическим учреждениям статус государственных;
 - б) развивать коммерческое направление в деятельности профилактических учреждений;
 - в) разрешить профилактическим учреждениям работать в системе ДМС;
 - г) запретить профилактическим учреждениям работать в системе ОМС.
3. Первичная медико-санитарная помощь включает:
- а) только лечение распространенных болезней и неотложных состояний;
 - б) высокотехнологичная медицинская помощь;
 - в) лечение распространенных болезней и неотложных состояний, медицинская профилактика и санитарно-гигиеническое образование;
 - г) преимущественно диспансерный метод.
4. Основная задача поликлиники – это организация и проведение:
- а) врачебно-трудовой экспертизы;
 - б) комплекса профилактических мероприятий;
 - в) структурирования медицинской помощи;
 - г) организационно-методической работы.
5. Принципы организации амбулаторно-поликлинической помощи:
- а) профессиональный;
 - б) производственный;
 - в) диспансерный;
 - г) экстренный;
 - д) территориально-участковый.
6. Особенности амбулаторно-поликлинической помощи:
- а) общедоступность и массовость;
 - б) индивидуальный подход;
 - в) избирательность;
 - г) коллективность;
 - д) профилактическая направленность.
7. Цель контроля деятельности медицинских работников:
- а) повышение качества ведения документации;
 - б) определение уровня профессиональной подготовки медработника;
 - в) достижение поставленной цели определение.
8. Цель диспансеризации:
- а) предупреждение возникновения заболевания;
 - б) восстановление трудоспособности;
 - в) восстановление здоровья;
9. Доврачебный этап профилактического осмотра включает:

- а) оценку состояния здоровья;
- б) проверку остроты зрения;
- в) выявление патологии на ранней стадии;
- г) пневмотахометрию.

10. Цель проведения экспертизы временной нетрудоспособности:

- а) подтверждение необходимости дорогостоящего метода лечения;
- б) определение потребности пациента в социальной защите;
- в) определение эффективности диспансеризации;
- г) оценка здоровья пациента.

11. Особенности амбулаторно-поликлинической помощи:

- а) общедоступность и массовость;
- б) индивидуальный подход;
- в) избирательность;
- г) коллективность;
- д) профилактическая направленность

12. В проведении медико-социальной экспертизы имеют право участвовать:

- а) специалисты учреждения медико-социальной экспертизы;
- б) любимый специалист, приглашенный освидетельствуемым для участия;
- в) любой специалист по его собственному желанию;
- г) родственники освидетельствуемого.

13. Ко 2-ой группе диспансерного учета относятся:

- а) лица с декомпенсированным течением заболевания;
- б) лица с пограничным состоянием здоровья, нуждающиеся в наблюдении;
- в) лица с острым или хроническим заболеванием, не дававшим обострения

несколько лет.

14. Цель деятельности диспансера:

- а) активное выявление больных на ранних стадиях, их лечение и реабилитация;
- б) предупреждение влияния на пациента вредных факторов;
- в) реабилитация репрессированных.

15. Установление факта наличия инвалидности и определение группы является функцией:

- а) клинико – медицинской комиссии;
- б) клинико-экспертной комиссии;
- в) медико-социальной экспертизы;
- г) социально – клинической экспертизы.

Эталоны ответов на тестовые задания:

№ вопроса	Эталоны ответов	№ вопроса	Эталоны ответов
1	Б Г	9	Б Г
2	А	10	Г
3	В	11	А Д
4	Б	12	А Б
5	Д	13	В
6	А Д	14	А
7	В	15	В
8	В		

Тема: Управление и менеджмент в здравоохранении. Сущность и значение экономики здравоохранения

Методика расчета тематических задач по качеству медицинской помощи:

Задача для разбора:

Больной Сидоров А.И., 5 года, поступил в детскую городскую больницу № 1 на урологическое отделение 18.08.2010г. с диагнозом: пиелонефрит. Дата выписки из стационара 25.08.2010г.

Детская больница № 1 в рамках договора об обязательном медицинском страховании выставила счет медицинской страховой компании по месту жительства, где застрахован пациент, на сумму 102445 руб.

Врачом экспертом медицинской страховой компании проведена плановая экспертиза. Экспертиза показала: диагноз при поступлении: оперированный гидронефроз слева. На урологическом отделении проведено лечение, сделаны лабораторные и диагностические мероприятия, осмотрен дежурным врачом и заведующим отделением. Больной отправлен на плановое обследование почек. В истории болезни отсутствует выписной эпикриз, ребенок выписан из отделения 21.08.2010г., а не 25.08.2010г., как это указано в счете.

Задание:

Используя «Единые коды экспертных решений в информационной системе ОМС города Кузнецка» сделайте заключение об удержаниях и штрафных санкциях, которым подлежит стационар.

Алгоритм решения задачи:

Имеется несоответствие фактических сроков лечения пациента срокам, указанным в счете, на 4 койко-дня.

В соответствии с «Едиными кодами экспертных решений в информационной системе ОМС города Кузнецка» данное нарушение соответствует коду м3б, по данному коду к больнице должна быть применена финансовая санкция в виде удержания суммы, соответствующей разнице между предъявленной суммой оплаты.

Стоимость 1 койко-дня равна $102445/7 = 14635$ рублей.

Сумма удержания равна $14635 \cdot 4 = 58540$ рублей.

Задачи для самостоятельного решения:

Задание:

Используя «Единые коды экспертных решений в информационной системе ОМС города Кузнецка» сделайте заключение об удержаниях и штрафных санкциях, которым подлежит стационар.

Задача № 1

Больная Маркова Н.Н., 18 лет, поступила в больницу № 26 на ЛОР отделение 06.09.2010г. с диагнозом: паратонзиллярный абсцесс справа. Было проведено вскрытие гнойного абсцесса. 11.09.2010г. после проведенного лечения больная выписана под наблюдение поликлиники по месту жительства.

16.09.2010г. Больная повторно поступает с рецидивом паратонзиллярного абсцесса, в это же отделение. Выписалась 24.09.10г., в удовлетворительном состоянии. Больница № 26 в рамках договора об обязательном медицинском страховании выставила счет медицинской страховой компании по месту жительства, где застрахована пациентка, на сумму 46150 руб., за каждую госпитализацию.

Врачом экспертом медицинской страховой компании проведена экспертиза. Экспертиза показала: при первой госпитализации больная выписана 10.09.2010г., т.о. она фактически находилась в стационаре 4 койко-дня. Необоснованная ранняя выписка из стационара привела к прерыванию курса лечения, возникновению рецидива и повторной госпитализации.

Задача № 2

Больная Мамошкина Ю.К., 10 лет, поступила в детскую больницу № 1 на психоневрологическое отделение 07.10.2010г. с диагнозом: эпилепсия. Дата выписки из стационара 27.10.2010г.

Детская больница № 1 в рамках договора об обязательном медицинском страховании выставила счет медицинской страховой компании по месту жительства, где застрахована пациентка, на сумму 173200 руб.

Мать девочки обратилась в поликлинику по месту жительства с жалобой на неудовлетворенность оказанной больничной помощью.

Заведующая поликлиники прислала рекламацию в страховую компанию по данной жалобе, с просьбой разобраться по этому случаю и известить о результатах.

Врачом экспертом медицинской страховой компании проведена плановая экспертиза. Экспертиза показала: девочка находилась на лечении в плановом порядке с диагнозом височная эпилепсия, заикание с 07.10.2010г. по 24.10.2010г. (а не по 27.10.2010г., как это указано в счете). По лечению и обследованию замечаний нет.

Задача № 3

Больной Носиков А.В., 3 года, поступил в детскую городскую больницу № 1 на урологическое отделение 18.09.2010г. с диагнозом: гидронефроз. Дата выписки из стационара 24.09.2010г.

Детская больница № 1 в рамках договора об обязательном медицинском страховании выставила счет медицинской страховой компании по месту жительства, где застрахован пациент, на сумму 98377 руб.

Врачом экспертом медицинской страховой компании проведена плановая экспертиза. Экспертиза показала: диагноз при поступлении: оперированный гидронефроз слева. На урологическом отделении проведена внутривенная урография, сделан анализ мочи, осмотрен дежурным врачом и заведующим отделением. Больной отправлен на плановое обследование почек. В истории болезни отсутствует выписной эпикриз, ребенок выписан из отделения 19.09.2010г., а не 24.09.2010г., как это указано в счете.

Задача № 4

Больной Салзанский Е.Ф., 58 лет, поступил в больницу № 26 на кардиологическое отделение 24.09.2010г. в экстренном порядке с диагнозом: гипертонический криз. Дата выписки из стационара 02.10.2010г.

Больница № 26 в рамках договора об обязательном медицинском страховании выставила счет медицинской страховой компании по месту жительства, где застрахован пациент, на сумму 109226 руб.

Врачом экспертом медицинской страховой компании проведена плановая экспертиза. Экспертиза показала: диагноз при поступлении: гипертонический криз, гипертоническая болезнь II. Больной госпитализируется на кардиологическое отделение. Осмотрен заведующим отделения и лечащим врачом. Назначена схема обследования и лечения. В истории болезни нет контрольного ЭКГ исследования, осмотра невропатолога и окулиста, отсутствует выписной эпикриз. Больной выписан из отделения 29.09.2010г., а не 02.10.2010г., как это указано в счете.

Задача № 5

Больная Биндиченко В.В., 18 лет, поступила в больницу № 26 на эндокринологическое отделение 11.09.2010г. с диагнозом: эпидемический зоб I ст. Больная поступила самостоятельно. Дата выписки из стационара 12.09.2010г.

Больница № 26 в рамках договора об обязательном медицинском страховании выставила счет медицинской страховой компании по месту жительства, где застрахована пациентка, на сумму 27848 руб.

Врачом экспертом медицинской страховой компании проведена плановая экспертиза. Экспертиза показала: в истории болезни не проставлен диагноз приемного

отделения, отсутствует запись врача приемного отделения. На эндокринологическом отделении больная была принята клиническим ординатором, дневник осмотра оформлен некачественно (не полностью собран анамнез, нет данных объективного осмотра, отсутствуют назначения), в истории болезни указано, что больная отказалась от лечения, и стоит подпись клинического ординатора. Отсутствует выписной эпикриз. Дата выписки больной 12.09.2010г.

Задача № 6

Больной Петров П.С., 35 лет, поступил в больницу на кардиологическое отделение 01.11.2010г. с диагнозом: аритмия. 10.11.2010г. после проведенного лечения больной выписан под наблюдение поликлиники по месту жительства.

Больница в рамках договора об обязательном медицинском страховании выставила счет медицинской страховой компании по месту жительства, где застрахована пациентка, на сумму 76200 руб. за госпитализацию.

Больной обратился в медицинскую страховую компанию с просьбой, о возмещении денежных средств потраченных на приобретение препаратов на сумму 8240 руб., предъявив соответствующие документы.

Врачом экспертом медицинской страховой компании проведена экспертиза. Экспертиза показала: отсутствие в истории болезни записи об отказе пациента от лекарственных препаратов, необходимых для лечения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств» находящихся в стационаре.

Задача № 7

Больной Волков В.В., 29 лет, с 04.09.2010г. по 09.09.2010г. находился на глазном отделении областной больницы, с диагнозом: миопия. И с 06.09.2010г. по 09.09.2010г. на терапевтическом отделении той же больницы с диагнозом: вегето-сосудистой дистония.

Больница в рамках договора об обязательном медицинском страховании выставила счет медицинской страховой компании по месту жительства, где застрахован пациент, один раз по главному отделению на сумму 20650 руб. и дважды по терапевтическому отделению на сумму 14760 руб. по каждому случаю.

Врачом экспертом медицинской страховой компании проведена плановая экспертиза. Экспертиза показала: пациент 04.09.2010г. госпитализирован на глазное отделение, с диагнозом: миопия, для планового лечения. 05.09.2010г. больной был выписан за нарушение режима (самовольно ушел из отделения). 06.09.2010г. больной поступает на терапевтическое отделение с диагнозом: ВСД. 08.09.2010г. выписан за нарушение режима (самовольно ушел из отделения).

Задача № 8

Больной Журавлев В.К., 45 лет, с 05.09.2010г. по 20.09.2010г. находился в областной больнице на пульмонологическом отделении, с диагнозом: хроническая пневмония, бронхоэктатическая болезнь, эмфизема легких, ДНП. 20.09.2010г. боль-

ной поступил в клинику медицинской академии имени Мечникова, на торакальную хирургию, где на вторые сутки пребывания скончался.

Родственники обратились в страховую медицинскую компанию, где был застрахован пациент, с жалобой на областную больницу.

Областная больница в рамках договора об обязательном медицинском страховании выставила счет медицинской страховой компании по месту жительства на сумму 86220 руб.

Врачом экспертом медицинской страховой компании проведена экстренная экспертиза в областной больнице. Экспертиза показала: в истории болезни отсутствуют переводной эпикриз, на отделении не сделаны контрольные лабораторные анализы и рентгеновские снимки.

Задача № 9

Больная Козицкая С.А., 20 лет, поступила 02.10.2010г. в приемное отделение больницы № 26, в экстренном порядке, с диагнозом: закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга. В тот же день больная была выписана из стационара.

08.10.2010г. врачом неотложной помощи констатирована смерть пациентки на дому.

Больница № 26 в рамках договора об обязательном медицинском страховании выставила счет медицинской страховой компании по месту жительства, где застрахована пациентка (за услуги приемного покоя) на сумму 14448 руб.

Врачом экспертом медицинской страховой компании проведена экстренная экспертиза в больнице № 26. Экспертиза показала: недооценку тяжести состояния больной, что привело к летальному исходу. В истории болезни нет записи дежурного врача и нейрохирурга. Не сделаны необходимые исследования по данной нозологии.

Задача № 10

Больной Иванов П.С., 35 лет, поступила в больницу № 26 на кардиологическое отделение 05.10.2010г. с диагнозом: нестабильная стенокардия. 10.10.2010г. после проведенного лечения больной выписан под наблюдение поликлиники по месту жительства. Больница № 26 в рамках договора об обязательном медицинском страховании выставила счет медицинской страховой компании по месту жительства, где застрахована пациентка, на сумму 36200 руб. за госпитализацию.

Врачом экспертом медицинской страховой компании проведена экспертиза. Экспертиза показала: ненадлежащее и несвоевременное выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, приобретение пациентом лекарственных препаратов, необходимых для лечения в период пребывания в стационаре по назначению врача на сумму 2120 руб., включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств».

Задача № 11

Больной Козлов И.В., 4 года, поступил в детскую городскую больницу № 5 на урологическое отделение 20.09.2010г. с диагнозом: острый цистит. Дата выписки из стационара 26.09.2010г.

Детская больница № 5 в рамках договора об обязательном медицинском страховании выставила счет медицинской страховой компании по месту жительства, где застрахован пациент, на сумму 69750 руб.

Врачом экспертом медицинской страховой компании проведена плановая экспертиза. Экспертиза показала: диагноз при поступлении: острый цистит. На урологическом отделении проведена внутривенная урография, сделан анализ мочи, осмотрен дежурным врачом и заведующим отделением. Больной отправлен на плановое обследование почек. Лечение на отделение не получал. В истории болезни отсутствует выписной эпикриз, ребенок выписан из отделения 23.09.2010г., а не 26.09.2010г., как это указано в счете.

Тема: Основы медицинского страхования

Задачи на определение тарифов на восстановительное лечение в медицинских учреждениях стационарного типа, в объеме Территориальной программы ОМС, в зависимости от длительности лечения.

При проведении экономического анализа затрат медицинских учреждений на лечение больных используют не наименование нозологических форм в соответствии с МКБ-10, а название клинико-экономических стандартов (КЭС).

Средняя длительность лечения по каждому КЭС, а также число баллов сложности лечения соответствующих одному койко-дню, устанавливаются экспертной комиссией на основании анализа первичной медицинской документации за базисный период (3-5) лет и подлежат периодическому пересмотру.

Общее количество баллов, характеризующее определенный КЭС получают путем умножения числа баллов сложности лечения соответствующих 1 койко-дню на среднюю длительность лечения ($\text{К/Д в баллах} \times \text{ср. длительность лечения} = \text{общее количество баллов}$).

Алгоритм решения задач:

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 30 больных с КЭС - стенокардия и др. формы хронической ИБС. Обоснованная продолжительность лечения 5 больных составила по 25 дней, 15 больных – 32 дня и 10 больных – 40 дней. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 490,79; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 25-35 дням; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

- 1. Определение средней длительности лечения (Ср.дл.л.) при данном КЭС.**
- 2. Определение одного дня лечения в баллах (Д.Б.) = Общее количество баллов / Ср.дл.л..**
- 3. Расчет тарифа (в руб.) на 1 больного в зависимости от длительности его лечения (Д.Б. $\times$ Дл.л. $\times$ Ст.б.).**
- 4. Определение суммы тарифов для всех больных.**

Пример расчета:

1) **Ср.дл.л.** = $(25+35)/2=30$ дней

2) **Д.Б.** = $490,79/30=16,36$

3) **Расчет тарифа на 1 больного:**

$16,4 \times 25 \times 36,0 = 14760$

$16,4 \times 32 \times 36,0 = 18892,8$

$16,4 \times 40 \times 36,0 = 23616$

4) **Сумма тарифов для всех больных:**

$(14760 \times 5) + (18892,8 \times 15) + (23616 \times 10) = 593352$

ВЫВОД: Сумма тарифов, затраченная на восстановительное лечение 30 больных с КЭС - стенокардия и др. формы хронической ИБС составила 593352 рубля.

Задачи для самостоятельного выполнения:**Задача 1**

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 30 больных с КЭС - стенокардия и др. формы хронической ИБС. Обоснованная продолжительность лечения 5 больных составила по 25 дней, 15 больных – 32 дня и 10 больных – 40 дней. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 490,79; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 25-35 дням; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

Задача № 2

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 36 больных с КЭС – гипертоническая болезнь. Обоснованная продолжительность лечения 8 больных составила по 20 дней, 23 больных – 25 дней и 5 больных – 30 дней. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 629,70; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 22-28 дням; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

Задача № 3

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 40 больных с КЭС – хронические болезни толстого кишечника. Обоснованная продолжительность лечения 10 больных составила по 26 дней, 25 больных – 28 дней и 5 больных – 34 дня. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 513,65; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 28-32 дням; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

Задача № 4

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 25 больных с КЭС – распространенные остеохондрозы позвоночника, в т.ч. с

радикулопатиями. Обоснованная продолжительность лечения 8 больных составила по 30 дней, 10 больных – 38 дней и 7 больных – 42 дня. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 1117,8; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 39-41 дню; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

Задача № 5

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 28 больных с КЭС – острые нарушения мозгового кровообращения (ранний восстановительный период). Обоснованная продолжительность лечения 6 больных составила по 32 дня, 12 больных – 35 дней и 10 больных – 37 дней. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 476,74; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 33-37 дням; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

Задача № 6

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 38 больных с КЭС – отдаленные последствия травм и заболеваний нервной системы. Обоснованная продолжительность лечения 8 больных составила по 36 дней, 16 больных – 38 дней и 14 больных – 42 дня. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 704,07; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 37-43 дням; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

Задача № 7

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 30 больных с КЭС – пневмония, затяжн. течение, в ст. разрешения (после 18-го дня от начала лечения). Обоснованная продолжительность лечения 5 больных составила по 20 дней, 15 больных – 23 дня и 10 больных – 24 дня. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 477,68; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 22-26 дням; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

Задача № 8

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 20 больных с КЭС – бронхиальная астма ДН I-II ст. (после 19-го дня от начала остр. периода). Обоснованная продолжительность лечения 5 больных составила по 24 дня, 12 больных – 26 дней и 3 больных – 28 дней. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 573,64; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 24-28 дням; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

Задача № 9

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 35 больных с КЭС – грыжи межпозвонковых дисков. Обоснованная продолжи-

тельность лечения 10 больных составила по 26 дней, 12 больных – 30 дней и 13 больных – 35 дней. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 573,74; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 33-37 дням; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

Задача № 10

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 24 больных детей с КЭС – заболевания и последствия травм верхних и нижних конечностей. Обоснованная продолжительность лечения 8 больных составила по 26 дней, 10 больных – 29 дней и 6 больных – 30 дней. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 449,7; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 26-30 дням; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

Задача № 11

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 20 больных детей с КЭС – врожденные и приобретенные деформации позвоночника и грудной клетки. Обоснованная продолжительность лечения 6 больных составила по 25 дней, 12 больных – 28 дней и 2 больных – 31 день. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 400,83; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 27-29 дням; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

Задача № 12

Определить сумму тарифов (в руб.) затраченных на восстановительное лечение 15 больных детей с КЭС – дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника. Обоснованная продолжительность лечения 5 больных составила по 27 дней, 7 больных – 30 дней и 3 больных – 32 дня. Общее количество баллов при лечении одного больного с таким КЭС составляет 409,32; длительность лечения (Д.л.) установленная экспертным путем равна 25-31 дню; стоимость 1 балла (Ст.б.) – 36,0 руб.

Задача для разбора:

Больной Иванов А.И., 41 год, проживающий в Санкт-Петербурге, работающий, был госпитализирован с диагнозом: инфаркт миокарда в Городскую больницу №2. После проведенного лечения больной был направлен на реабилитацию в санаторий «Черная речка».

Задание:

1. Какие виды помощи необходимы в данной ситуации?
2. Для каких из них необходим медицинский полис?
3. Из каких источников финансируются предоставленные медицинские услуги?

Алгоритм ответа:

1. Скорая медицинская помощь.

Стационарная медицинская помощь.

Санаторно-курортное лечение.

2. Для стационарной медицинской помощи.

3. Скорая медицинская помощь – Бюджет Санкт-Петербурга.

Стационарная медицинская помощь – Территориальный Фонд обязательного медицинского страхования.

Санаторно-курортное лечение – Фонд социального страхования РФ.

Задачи для самостоятельного решения:

Задача № 1

Гражданка Ж., 23 года, проживающая в г. Мурманске, приехав в Санкт-Петербург на несколько дней в командировку заболела ОРЗ. В связи с заболеванием обратилась в поликлинику.

Задание:

1. Будет ли ей оказана бесплатная медицинская помощь? Обоснуйте свой ответ.
2. Какие документы она должна предоставить?
3. Какой документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность, будет ей выдан?

Задача № 2

Гражданка К., 57 лет, проживающая в Воронеже, много лет страдающая стенокардией напряжения по приезду в гости к родственникам в Санкт-Петербург обратилась в поликлинику по месту пребывания с целью планового обследования и проведения коронарографии.

Задание:

1. Какой объем помощи в рамках ОМС может быть оказан пациентке в данной ситуации?
Обоснуйте ответ.
2. Какие документы пациентка должна предоставить?

Задача № 3

Больной М., 45 лет, перенесший острый инфаркт миокарда, осложненный ранней постинфарктной стенокардией, был осмотрен кардиохирургом, который рекомендовал проведение коронарографии и дальнейшего оперативного лечения по ОМС.

Задание:

1. К какому виду медицинской помощи относится коронарография и оперативное лечение ИБС?
2. Какие документы должен предоставить пациент для получения этой помощи бесплатно?
3. Какой порядок получения данной помощи?

Задача № 4

Больная Г., 41 год, состоящая на учете в центре занятости населения, в связи с гипертоническим кризом вызвала на дом участкового терапевта по месту жительства.

Задание:

1. Укажите источник финансирования медицинской помощи для данной пациентки?
2. Какие документы необходимо предоставить?
3. Какой документ будет выдан пациентке?

Задача № 5

У больного В., 71 год, неработающего, страдающего много лет бронхиальной астмой, на фоне простудного заболевания развился астматический статус. Была вызвана скорая помощь. Пациент был госпитализирован в пульмонологическое отделение стационара.

Задание:

1. Какие виды помощи необходимы в данной ситуации?
2. Для каких из них необходим медицинский полис?
3. Кто оплатит предоставленные медицинские услуги?

Задача № 6

Временно проживающая в Санкт-Петербурге неработающая гражданка З., 44 года, обратилась за медицинской помощью в поликлинику по месту временного пребывания в связи с длительным временем беспокоящим её артрозом коленных суставов.

Задание:

1. Будет ли ей оказана бесплатная плановая медицинская помощь?

Задача № 7

Гражданин В., 39 лет, проживающий и работающий в Санкт-Петербурге, застрахованный в рамках ОМС, добровольно лечится в частной клинике за счет личных средств в связи со стенокардией напряжения ФК 2.

Задание:

1. Может ли пациент возложить расходы за свое лечение на страховую компанию, в которой он застрахован или получить компенсацию за понесенные расходы?

Задача № 8

Гражданин А., работающий, застрахованный в рамках ОМС, полис ОМС прикреплен к поликлинике Калининского района, сам же он проживает в Красносельском районе Санкт-Петербурга. Обратился в поликлинику по месту проживания за медицинской помощью в связи с хроническим колитом, где в помощи ему было отказано.

Задание:

1. Правомерен ли отказ поликлиники в оказании плановой медицинской помощи? Ответ обоснуйте.

Задача № 9

Гражданка А., проживающая в Санкт-Петербурге, 41 год, 3 месяца назад уволилась и по настоящее время не работает. В связи со стабильной артериальной гипертензией обратилась в поликлинику по месту жительства, предъявив полис ОМС с предыдущего места работы. В плановой медицинской помощи в поликлинике её было отказано.

Задание:

1. Правомерен ли отказ поликлиники в оказании плановой медицинской помощи?
2. Возможно ли в данном случае получение бесплатной медицинской помощи?
3. Какие шаги необходимо предпринять?

Тема: Организация амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи населению

Ситуационные задачи:

1. В детскую больницу поступил Хомич И. 10 лет. В приемном отделении поставлен предварительный диагноз – острая пневмония, состояние тяжелое. Медсестра, объяснив свои требования необходимостью соблюдения лечебно-охранительного режима, попросила маму ребенка покинуть отделение в 19-30 ч. Оцените действия медсестры. Возможно ли при заболевании ребёнка 10 лет совместное пребывание в больнице с одним из родителей?

2. 19.05.2008г. пациентку Севастьянову К.Ф., наблюдающуюся в женской консультации по поводу беременности (срок 31 неделя), посетил участковый врач-педиатр. Объясните какую цель преследует педиатр участвуя в патронаже беременной?

3. Во время приема в поликлинике, врач-педиатр, основываясь на данных опроса, собранного анамнеза и исследования поставил диагноз: вирусный гепатит А. Что должны сделать участковый педиатр и медсестра для предупреждения распространения заболевания при выявлении у ребенка инфекционного гепатита?

4. Выберите наиболее значимый информативный медико-демографический показатель здоровья детей, обоснуйте свой выбор?

5. Медицинская сестра школьно-дошкольного отделения детской поликлиники, подводя итоги общей заболеваемости детей детского сада № 3, заметила, что уровень

заболеваемости детей в возрасте 3-4 лет несколько выше, чем у детей 5 – 6 лет. Чем это обусловлено?

6. Определите, к какой группе здоровья относится ребенок в возрасте 8 лет, имеющий рост 128,08 см; массу тела 27,02 кг. При врачебном осмотре: диагностирован сколиоз грудного отдела вправо. Кроме того, ребенок за год, предшествовавший обследованию, перенес 3 ОРВИ.

7. Определите, к какой группе здоровья относится ребенок. При врачебном осмотре Волкова Д. в возрасте 9 лет с участием специалистов хронических заболеваний и морфофункциональных отклонений не выявлено. Физическое и психическое развитие соответствует возрасту, гармоничное. За год, предшествовавший обследованию, перенес ОРВИ и ветряную оспу.

8. В отделение пульмонологии детской больницы для детей от 0 до 3 лет был госпитализирован с мамой Суриков Ф. Возраст ребенка 2 года 5 месяцев. Дайте рекомендации по организации режима пребывания ребенка в стационаре.

9. 12.12.09 г в приемное отделение роддома поступила беременная Хоботова Л.Д. с жалобами на тянущие боли в низу живота и пояснице, возникающие каждые 12 минут. Со слов женщины: беременность I, срок 39,5 недель. Медсестра приемного отделения, выслушав пациентку, предложила ей пройти в сопровождении санитарки в приемное отделение, находящееся с другого торца здания. Верны ли действия медсестры? Объясните структуру приемно-пропускного блока роддома.

10. В городскую поликлинику обратилась женщина 40 лет с жалобами на постоянное головокружение, слабость и тошноту. С каждым днём симптомы усиливаются. Своё недомогание пациентка связывает с началом работы рентген-кабинета, находящегося на I этаже её дома. Со слов больной подобное недомогание отмечают многие соседи по дому. Данные осмотра и результаты лабораторных исследований не исключают лучевой болезни. Дальнейшая тактика врача?

11. Гражданка Канакова А.Ф. - представитель жильцов дома № 8/1 по ул. Бабеля, обратилась к участковому врачу с вопросом о санитарной безопасности придомовой территории.

12. В каких случаях и какие организации гражданам должны предоставить информацию о санитарно-эпидемиологическом благополучии территории проживания? Обоснуйте.

13. 21.12.2010 г. в период с 2000 до 2400 в приемное отделение детской больницы бригадами скорой медицинской помощи доставлено 5 детей в возрасте от 4 до 6 лет. У всех поступивших сходные жалобы: спустя несколько часов после прихода домой дети почувствовали недомогание, повысилась температура, началась рвота, боли в животе. Все дети ходят в один детский сад. После обследования был постав-

лен диагноз – пищевое отравление. Тактика врача?

14. В ЛПУ обратился больной Н. с жалобами на боль в животе, частый жидкий стул, рвоту, признаками общей интоксикации. Пациент сообщил, что накануне больной употреблял некипячённую родниковую воду. Данные лабораторных исследований подтвердили диагноз – дизентерия. Тактика врача?

15. Для оказания какого вида медицинской помощи, не требуется согласия гражданина, его законного представителя.?

16. В ЛПУ поступил ребёнок 10 лет с признаками пищевого отравления. По словам родителей после школы ребёнок купил себе глазированный творожный сырок и съел его. Спустя 2 часа ребёнок почувствовал недомогание, повысилась температура, началась тошнота и рвота. После обследования диагноз пищевого отравления был подтверждён. Тактика врача?

17. По дороге на работу гр. Иванов П.К. упал, поскользнувшись на обледенелых ступенях подъезда, потерял сознание и был госпитализирован бригадой скорой помощи. Завершив курс лечения Иванов П.К. обратился к начальнику ЖЭУ с требованием о возмещении средств потраченных на лечение. Правомерны ли его требования?

18. На животноводческой ферме в Ухтомском районе Ленинградской области был выявлен случай африканской чумы свиней. С целью предупреждения распространения заболевания было уничтожено всё поголовье свиней в радиусе 20 км от очага, в том числе и в хозяйстве гражданки В. Гражданка В. обратилась в центр Роспотребнадзора с требованием возместить ей понесенные убытки. Правомерны ли требования гражданки В.?

Эталоны решения ситуационных задач:

1. Требования медсестры нарушают права ребенка, она не права. Да, одни из родителей может находиться в больнице в течении всего срока болезни ребёнка не зависимо от его возраста. («Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» № 122-ФЗ от 22.08.2004г.)

2. Целью врача-педиатра является изучение течения беременности с точки зрения здоровья будущего ребёнка, оценка бытового положения семьи, наличия факторов риска.

3. В случае обнаружения заболеваний 4 группы заполняется «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (ф. 058/у). Этот документ служит для ин-

формации органов санэпиднадзора по месту обнаружения заболевания с целью принятия необходимых мер.

4. Показатель младенческой смерти отражает состояние и качество работы акушерско-гинекологической и педиатрической служб.

5. В этом возрасте иммунитет ребёнка не сформирован, он впервые попадает в ДДУ со своей специфичной микрофлорой, меняется режим дня, увеличивается психо-эмоциональная и физическая нагрузка.

6. Ребенок относится ко 2 группе здоровья, т.к. имеется риск развития кифоза и ребёнок часто болеет ОРВИ.

7. Ребенок относится к 1 группе здоровья, т.к. в настоящее время здоров, хронических заболеваний и морфофункциональных отклонений не выявлено, физическое и психическое развитие соответствует возрасту, гармоничное, за прошедший год ОРВИ болел не часто.

8. Создание лечебно-охранительного режима является неотъемлемой составной частью организации работы стационара. Эмоциональный стресс ребенка, особенно раннего возраста, при поступлении в стационар связан не только с непривычной для него обстановкой, разлукой с родителями, но и со страхом перед медицинскими процедурами. Поэтому все манипуляции, врачебные назначения следует проводить в определенные часы, когда ребенок бодрствует и максимально уменьшать отрицательные эмоции, а детей в возрасте до 3 лет – госпитализировать с одним из родителей.

9. Медсестра приемного отделения роддома права. С целью создания положительного психоэмоционального настроения женщин и профилактики распространения ВБИ приемно-пропускной блок имеет два приемно-смотровых отделения; одно для беременных и рожениц, другое для гинекологических больных и женщин, поступающих для прерывания беременности. Приемно-смотровое отделение для беременных имеет фильтр и смотровые для приема рожениц в физиологическое акушерское отделение и в наблюдательное. Приемно-смотровое отделение гинекологических больных и женщин, поступающих для прерывания беременности, обычно располагается в другом отсеке роддома.

10. Срочно сообщить в центр Роспатребнадзора о необходимости проверки данного рентген кабинета, для проведения дозиметрического контроля и проверки соблюдения техники безопасности. Организация обследования жителей дома.

11. Информация предоставляется органами государственной власти и органами местного самоуправления через СМИ или непосредственно гражданам по их за-

просам (ст19 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» № 122-ФЗ от 22.08.2004г.).

12. После постановки диагноза и оказание первой неотложной помощи врач обязан сообщить по телефону в центр Роспотребнадзора для проведения выяснения причин отравления и забора пищевых продуктов на исследование и заполнить экстренное извещение о массовом отравлении и направить его в центр Роспотребнадзора.

13. Необходимо срочно сообщить в центр Роспотребнадзора о данном заболевании и причины его возникновения. Санитарная служба должна провести забор воды и, при обнаружении возбудителя, изолировать данный источник.

14. При проведении противоэпидемических мероприятий согласия гражданина не требуется (согласно санитарному законодательству РФ).

15. Необходимо сообщить в центр Роспотребнадзора о месте покупки данного продукта для проведения проверки документов, сопровождающих продукцию, сроков годности продукции и забора продукта на исследование.

16. Действующее законодательство по обеспечению санитарно-эпидемического благополучия населения определяет право гражданина на возмещение в полном объеме вреда, причиненного его здоровью или имуществу вследствие нарушения другими гражданами и юридическими лицами санитарного законодательства.

17. Требования гражданки В. Правомерны, т.к. согласно санитарному законодательству РФ любой гражданин имеет право на возмещение вреда нанесенного здоровью или имуществу при проведении противоэпидемических мероприятий

Тестовые задания:

Выберите правильные ответы:

1. Виды помощи которые женщина может получить в женской консультации:

- а) юридическая;
- б) политологическая;
- в) психологическая;
- г) социальная;
- д) компенсационная.

2. Показатель отражающий эффективность профилактической работы в женской консультации:

- а) показатель частоты планирования профилактических осмотров;
- б) показатель материнской смертности;

- в) показатель младенческой смертности;
- г) показатель общепольничной летальности;
- д) показатель частоты абортов.

3. Основные задачи регистратуры:

- а) подбор, хранения и доставка периодической литературы в кабинеты врачей;
- б) регулирование интенсивности потока больных на приёме;
- в) оказание неотложной помощи;
- г) доставка пациента к кабинету врача.

4. Основной учётный документ используемый врачом акушером-гинекологом при диспансеризации беременных:

- а) «индивидуальная карта беременной, родильницы» (форма № 111/у);
- б) «журнал записи родовспоможения на дому»;
- в) «медицинская карта амбулаторного больного» (форма № 025/у);
- г) «дневник работы врача поликлиники, диспансера консультации» (форма № 039/у).

5. К основным задачам кабинета медико-социальной помощи относится:

- а) психолого-социальной патронаж семей;
- б) сохранение репродуктивного здоровья детей и подростков;
- в) лечебно-диагностическая работа;
- г) проведение профилактической работы.

Найдите соответствие:

6. Уровень физического развития и состояния здоровья детей оценивается:

А	на 1 году жизни		1 раз в 3 месяца
Б	на 2 году жизни		1 раз в год
В	на 3 году жизни		1 раз в месяц
Г	на 4 году жизни		1 раз в 6 месяцев

Выберите правильные ответы:

7. В детской больнице отделения формируются в зависимости от:

- а) приоритетов администрации ЛПУ;
- б) востребованности педиатрической стационарной помощи;
- в) пола ребёнка;
- г) укомплектованности;
- д) возраста ребёнка;
- е) уровня заболеваемости.

8. Особенность организации детской больницы, позволяющая избежать развития психологического стресса при госпитализации:

- а) возможность госпитализации с одним из родителей;
- б) наличие в отделении двух и более сестринских постов;
- в) организация боксов в приёмном отделении;
- г) профилактическое направление работы.

9. Профилактические мероприятия направленные на антенатальную охрану плода:

- а) соблюдение санитарно-эпидемического режима ЛПУ;
- б) прогнозирование уровня рождаемости;
- в) своевременная госпитализация женщин при угрозе прерывания беременности;
- г) участие педиатра в работе школы молодой матери

10. Второй период диспансеризации детей включает в себя

- а) мероприятия по антенатальной охране плода;
- б) динамичное наблюдение за новорожденными;
- в) патронаж беременной на сроке более 39 недель;
- г) ежемесячное наблюдение за ребенком.

11. Принцип, соблюдаемый при заполнении палат в детской больнице,

- а) эпизодичность;
- б) цикличность;
- в) преемственность;
- г) согласно полу и возрасту.

12. Участковый педиатр ведет динамическое наблюдение за ребенком 1-7 лет если:

- а) в семье есть младший ребенок;
- б) ребенок не часто болеет;
- в) позволяет нагрузка врача;
- г) ребенок не посещает ДДУ.

13. Принцип организации медицинской помощи женщинам и детям

- а) преемственность;
- б) экстренность;
- в) своевременность;
- г) доступность.

14. Основные задачи кабинета медико – социальной помощи детской поликлиники:

- а) осуществление мероприятий по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья;
- б) оказание медико – профилактической помощи;
- в) оказание медико – социальной помощи;

- г) организация социальной поддержки;
- д) оказание социально – правовой помощи.

15. Особенность организации наблюдационного акушерского отделения:

- а) соблюдение лечебно – охранительного режима;
- б) наличие боксированных палат;
- в) наличие большой и малой операционных;
- г) выделение палат для женщин, перенесших операции.

16. Задачей первичной профилактики является:

- а) ранняя диагностика;
- б) предупреждение рецидивов;
- в) предупреждение возникновения заболевания;
- г) окружающей среды.

17. Автор оздоровление книги «О воздухе, водах и местностях»:

- а) Гиппократ;
- б) Ибн Сина;
- в) Исаков.

18. Социально-профилактическая работа включает в себя:

- а) проведение заключительной дезинфекции;
- б) комплекс социально-экономических и медицинских мероприятий;
- в) организацию социальной поддержки нуждающимся;
- г) активную борьбу с социальными болезнями.

19. За несвоевременный или неполный производственный контроль, соблюдения санитарных правил, ответственность несёт:

- а) санитарный врач территории;
- б) лицо, осуществляющее его;
- в) администрация предприятия, организации;
- г) руководитель центра Роспотребнадзора.

20. Наиболее эффективный вид профилактики:

- а) первичная;
- б) вторичная;
- в) третичная.

21. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения предусматривает:

- а) проведение лечебно-профилактических мероприятий;
- б) совокупность факторов, определяющих условия жизнедеятельности человека;
- в) отсутствие воздействия вредных факторов среды обитания;
- г) определение причинно-следственных связей между здоровьем населения и состоянием окружающей среды.

22. Факторы среды обитания делят на:

- а) биологическое и физиологическое.
- б) санитарные и эпидемиологические.
- в) максимальные и минимальные.
- г) предельные и нормальные.

23. Санитарно-противоэпидемиологические мероприятия включают в себя:

- а) систему наблюдения за состоянием здоровья населения;
- б) систему наблюдения за состоянием среды обитания;
- в) меры, направленные на уменьшение вредного влияния факторов среды;
- г) медико-социальные меры.

24. Руководство санитарно-эпидемиологической службой обеспечивает:

- а) министерство здравоохранения и социального развития РФ;
- б) федеральная служба по надзору, сфере защиты прав потребителей;
- в) федеральная служба по надзору за санитарно-эпидемиологическим благополучием населения;

25. Во время борьбы с эпидемией какого-либо заболевания особое внимание следует обратить на факторы окружающей среды:

- а) биологические;
- б) физические;
- в) химические;
- г) климатические.

26. Профилактические медицинские осмотры способствуют выявлению заболеваний:

- а) острых;
- б) хронических;
- в) на ранних стадиях;
- г) с тяжелым течением.

27. Возникновение массовых неинфекционных заболеваний обусловлено воздействием факторов:

- а) физические;
- б) климатические;
- в) химические;
- г) биологические.

28. К социальным факторам среды обитания относятся:

- а) Политологические и общественные;
- б) Питание, условия труда и быта;
- в) Бактериальные и паразитарные;

г) Гигиенические.

29. Цель социально-гигиенического мониторинга:

- а) Отсутствие воздействия вредных факторов среды обитания
- б) Совокупность факторов, определяющих условия жизнедеятельности человека;
- в) Проведение лечебно-профилактических мероприятий.
- Г) Предупреждение нарушения санитарного законодательства РФ;
- д) Определение причинно-следственных связей между здоровьем населения и состоянием окружающей среды.

30. Обман потребителей (обвешивание и обсчёт) влечёт:

- а) Наложение административного взыскания;
- б) Наложение административного штрафа только на юридическое лицо;
- в) Наложение административного штрафа;
- г) Уголовную ответственность для должностных лиц.

Эталоны ответов на тестовые задания:

№ вопроса	Эталон ответа на вопрос	№ вопроса	Эталон ответа на вопрос
1	А В Г	16	В
2	Д	17	Б
3	Б	18	Б
4	А	19	Б
5	Б Г	20	А
6	А-3 Б-1 В-4 Г-2	21	В
7	В Д	22	А
8	А	2	В
9	Г	24	Б
10	Б	25	А
11	Б	26	В
12	Г	27	А В
13	Г	28	Б
14	А В Д	29	Д
15	Б	30	В

**Тестовые задания к Дифференцированному зачету
по учебной дисциплине
ОП.08 Общественное здоровье и здравоохранение**

Инструкция:

- ✓ Выберите единственный верный вариант ответа;
- ✓ Если задания на электронном носителе, то нажмите клавишу с номером правильного ответа, а если задания выданы на бумажном носителе, то обведите

1 вариант

1. ДЛЯ ОФОРМЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ НЕОБХОДИМО ПРОЙТИ

- А) обследование
- Б) медико-социальную экспертизу
- В) лечение
- Г) реабилитацию

2. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ОФОРМЛЯЕТСЯ

- А) после медицинского вмешательства
- Б) после первичного осмотра врачом
- В) перед медицинским вмешательством
- Г) перед постановкой диагноза

3. СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

- А) участвует в лицензировании медицинских организаций
- Б) контролирует качество оказания медицинской помощи при жалобах от пациентов

- В) контролирует качество оказания медицинской помощи
- Г) участвует в аттестации медицинских работников

4. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) составной частью государственной системы социального страхования
- Б) системой, направленной на повышение размеров оплаты труда
- В) страхованием от несчастных случаев
- Г) системой, направленной на защиту прав медицинских работников

5. К ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПОЛИКЛИНИКИ ОТНОСИТСЯ

- А) медицинская карта пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях

- Б) медицинская карта стационарного больного
- В) статистическая карта вышедшего из стационара
- Г) направление на лечение в стационарных условиях

6. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ ПОДОЗРЕНИЯ НА НЕГО ЗАПОЛНЯЕТСЯ

- А) направление на госпитализацию
- Б) экстренное извещение об инфекционном заболевании
- В) листок нетрудоспособности

Г) извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного образования

7. ДОКУМЕНТ, КОТОРЫЙ УДОСТОВЕРЯЕТ ОБОСНОВАННОСТЬ ВРЕМЕННОГО ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ ВЫПОЛНЕНИЯ РАБОТНИКОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

А) медицинская карта

Б) листок временной нетрудоспособности

В) полис ОМС

Г) СНИЛС

8. ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ЛИСТКА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОШИБКИ И ОПЕЧАТКИ

А) допускается не более трех

Б) возможна одна

В) возможны две

Г) не допускается ни одной

9. ПОЛИС ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДОЛЖЕН НАХОДИТЬСЯ

А) в страховой организации

Б) на посту медицинской сестры

В) у врача в ординаторской

Г) на руках у застрахованного гражданина

10. ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ЧЕЛОВЕКА НА ЛЮБОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

А) обязательно в письменном виде

Б) желательно

В) не обязательно

Г) зависит от конкретного случая

11. К МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ

А) поликлиника

Б) хоспис

В) пансионат

Г) санаторий-профилакторий

12. ПРОГНОЗОМ В РОССИИ К 2030 ГОДУ ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ

А) значительное снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний

Б) исчезновение всех инфекционных болезней

В) появление «новых» инфекционных болезней

Г) рост социального обеспечения населения

13. К МЕТОДАМ ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

А) помощью перепись больных

Б) перепись населения

В) обращаемость за медицинской

Г) антропометрическое измерение

14. ОСНОВНЫМ КОЛИЧЕСТВЕННЫМ КРИТЕРИЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ УРОВЕНЬ ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) ожидаемая продолжительность жизни населения
- Б) средняя продолжительность жизни
- В) уровень детской смертности
- Г) трудовой потенциал населения

15. ИСТОЧНИКОМ ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) листок временной нетрудоспособности
- Б) медицинская карта стационарного больного
- В) контрольная карта диспансерного наблюдения
- Г) статистический талон уточненных диагнозов

16. В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ПЕРВОЕ МЕСТО ЗАНИМАЮТ

- А) сердечно-сосудистые заболевания
- Б) заболевания органов дыхания
- В) травмы, несчастные случаи, отравления
- Г) злокачественные образования

17. ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ ЛИЦУ СО СТОЙКОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ

- А) медико-социальной экспертной комиссией
- Б) клинико-экспертной комиссией
- В) заместителем главного врача по экспертизе трудоспособности
- Г) заведующим отделением

18. ОБЯЗАННОСТИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ РАБОТНИКОВ ВОЗЛАГАЮТСЯ НА

- А) инженера по технике безопасности
- Б) медицинские организации
- В) инженера по охране труда
- Г) работодателя

19. В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ БЕЗ СОГЛАСИЯ ДОНОРА, ЕСЛИ ДОНОР

- А) психически неполноценный человек
- Б) особо опасный преступник, осужденный на пожизненное заключение
- В) гражданин иностранного государства
- Г) умерший человек, причем ни он, ни его родственники не протестовали против использования его органов

20. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА ОТ ЖИВОГО ДОНОРА ИЛИ ТРУПА ПРИМЕНЯЕТСЯ

- А) по решению лечащего врача
- Б) по решению главного врача
- В) в случае, если другие методы лечения не могут обеспечить сохранение жизни
- Г) по желанию пациента

21. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ, СОГЛАСНО ФЗ РФ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ», ЯВЛЯЕТСЯ

А) соблюдение прав и обеспечение государственных гарантий

Б) медицинское страхование граждан

В) государственное управление здравоохранением

Г) муниципальное управление здравоохранением

22. К ВАЖНЕЙШИМ ПРИНЦИПАМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ, СОГЛАСНО ФЗ РФ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ», ОТНОСИТСЯ

А) медицинское страхование граждан

Б) соблюдение врачебной тайны

В) государственное управление здравоохранением

Г) муниципальное управление здравоохранением

23. ДОСТУПНОСТЬ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОБЕСПЕЧИВАЮТСЯ

А) наличием необходимого количества медицинских работников

Б) функционированием частной системы здравоохранения

В) государственным управлением здравоохранением

Г) муниципальным управлением здравоохранением

24. КАЧЕСТВО И ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

А) возможностью выбора медицинской организации

Б) функционированием частной системы здравоохранения

В) государственным управлением здравоохранением

Г) муниципальным управлением здравоохранением

25. ИСКУССТВЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПО СОЦИАЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЯМ ПРОВОДИТСЯ

А) независимо от срока беременности

Б) на сроке до 6 недель

В) на сроке до 12 недель

Г) до 22 недель

26. ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ОПЛОДОТВОРЕНИИ ОТЦОМ РЕБЕНКА ЗАПИСЫВАЕТСЯ

А) донор

Б) муж женщины

В) донор или муж женщины

Г) никто не записывается

27. СУРРОГАТНОЙ МАТЕРЬЮ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ ЖЕНЩИНА, ОТВЕЧАЮЩАЯ СЛЕДУЮЩИМ ТРЕБОВАНИЯМ

А) отсутствие отклонений в состоянии здоровья, возраст 20 – 35 лет

Б) наличие не менее двух собственных детей, отсутствие отклонений в состоянии здоровья, возраст до 40 лет

В) наличие собственного здорового ребенка, отсутствие отклонений в состоянии здоровья, возраст 20 – 35 лет

Г) отсутствие отклонений в состоянии здоровья, возраст 18-45 лет

28. ЖЕНЩИНА, СОСТОЯЩАЯ В БРАКЕ, МОЖЕТ СТАТЬ СУРРОГАТНОЙ МАТЕРЬЮ ПРИ УСЛОВИИ

А) письменного согласия супруга

Б) устного согласия супруга

В) оформления развода

Г) материальной выгоды

29. ПОВЫШАТЬ КВАЛИФИКАЦИЮ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ДОЛЖНА

А) при выявлении нарушений ею технологии

Б) в течение всей профессиональной жизни

В) по мере необходимости, определяемой руководством

Г) по потребности, ею определяемой

30. ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ ДОЛЖНА НАХОДИТЬСЯ У

А) у инженера по технике безопасности

Б) у работника

В) у старшей медицинской сестры

Г) у заведующего отделением

ИНСТРУМЕНТ ПРОВЕРКИ

Эталоны ответов на тестовые задания

ВАРИАНТ 1

№ вопроса	Буква ответа	№ вопроса	Буква ответа	№ вопроса	Буква ответа
1	Б	11	А	21	А
2	В	12	А	22	Б
3	В	13	В	23	А
4	А	14	А	24	А
5	А	15	Г	25	Г
6	Г	16	А	26	Б
7	Б	17	А	27	В
8	Г	18	Г	28	А
9	Г	19	Г	29	Б
10	А	20	В	30	Б

Вариант 2

1. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ, СОГЛАСНО ФЗ РФ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ», ЯВЛЯЕТСЯ

- А) муниципальное управление здравоохранением
- Б) медицинское страхование граждан
- В) государственное управление здравоохранением
- Г) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи

2. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ, СОГЛАСНО ФЗ РФ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ», ЯВЛЯЕТСЯ

- А) медицинское страхование граждан
- Б) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья
- В) государственное управление здравоохранением
- Г) муниципальное управление здравоохранением

3. СОГЛАСНО ФЗ РФ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) доступность и качество медицинской помощи
- Б) медицинское страхование граждан
- В) государственное управление здравоохранением
- Г) муниципальное управление здравоохранением

4. К ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПАМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ, СОГЛАСНО ФЗ РФ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ», ОТНОСИТСЯ

- А) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи
- Б) медицинское страхование граждан
- В) государственное управление здравоохранением
- Г) муниципальное управление здравоохранением

5. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- А) возможность выбора врача
- Б) функционирование частной системы здравоохранения
- В) государственное управление здравоохранением
- Г) возможность выбора медицинской сестры

6. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ЭКСТРЕННОЙ ФОРМЕ ДОЛЖНА ОКАЗЫВАТЬСЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

- А) только при наличии медицинского полиса
- Б) безотлагательно и бесплатно
- В) по решению главного врача
- Г) по решению дежурного врача

7. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, БЕЗ СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА НЕ ДОПУСКАЕТСЯ

- А) при угрозе распространения массовых отравлений
- Б) при угрозе распространения инфекционных заболеваний
- В) по запросу работодателя пациента
- Г) по запросу органов дознания и следствия

8. ИСКУССТВЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ЖЕЛАНИЮ ЖЕНЩИНЫ ПРОВОДИТСЯ

- А) на сроке до 12 недель
- Б) на сроке до 6 недель
- В) до 22 недель
- Г) независимо от срока беременности

9. В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИМЕНЕНИЕ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА

- А) разрешено без ограничений разрешено
- Б) при соблюдении определенных условий
- В) запрещено
- Г) разрешено только при диагностике бесплодия

10. В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЭВТАНАЗИЯ

А) разрешена в медицинских организациях государственной системы здравоохранения

- Б) запрещена во всех медицинских организациях
- В) разрешена в медицинских организациях частной системы здравоохранения
- Г) разрешена только при наличии специальной лицензии

11. УЧЕТНОЙ ФОРМОЙ ПАЦИЕНТОВ, ВЗЯТЫХ НА ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) выписка из медицинской карты стационарного больного
- Б) медицинская карта амбулаторного больного
- В) статистический талон
- Г) контрольная карта диспансерного наблюдения

12. ДЛЯ ОФОРМЛЕНИЯ И ПОЛУЧЕНИЯ ЛИСТКА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМО ПРЕДОСТАВИТЬ

- А) СНИЛС
- Б) полис ОМС
- В) медицинскую карту амбулаторного больного
- Г) паспорт

13. ПРИ ПЛАНОВОМ ПРИЕМЕ ПАЦИЕНТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ НЕОБХОДИМО

- А) результат термометрии
- Б) заключение КЭК
- В) листок временной нетрудоспособности

Г) направление от врача поликлиники

14. ЖУРНАЛ УЧЕТА ПРИЕМА БОЛЬНЫХ И ОТКАЗОВ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ВЕДЕТСЯ

А) в каждом кабинете

Б) в каждом отделении

В) в приемном отделении

Г) в поликлинике

15. В ПОЛИКЛИНИКЕ ОФОРМЛЯЮТ МЕДИЦИНСКУЮ КАРТУ ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В

А) амбулаторных условиях

Б) стационарных условиях

В) санаторно-курортном учреждении

Г) женской консультации

16. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНАЯ СОВРЕМЕННАЯ СИСТЕМА ДЕЛОПРОИЗВОДСТВА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ПРЕДПОЛАГАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

А) прошнурованных журналов

Б) пишущих машинок

В) медицинских информационных систем (МИС)

Г) ведение картотеки

17. ДОКУМЕНТ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ ГЛАВНЫМ НОРМАТИВНЫМ АКТОМ РФ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭТО ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН РФ

А) Конституция РФ

Б) № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 29.11.2011 г.

В) Гражданский кодекс РФ

Г) Трудовой кодекс РФ

18. ОСНОВНЫМ НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А) Гражданский кодекс

Б) Конституция Российской Федерации

В) Трудовой кодекс

Г) № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 29.11.2011 г.

19. НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЙ САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЙ РЕЖИМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

А) СанПиН 2.1.3 2630-2010

Б) Трудовой кодекс Российской Федерации

В) Конституция Российской Федерации

Г) Этический Кодекс медицинской сестры России

20. СОГЛАСНО ФЗ РФ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ», К ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПАМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСИТСЯ

- А) государственное управление здравоохранением
- Б) медицинское страхование граждан
- В) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья
- Г) муниципальное управление здравоохранением

21. ВИДОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОКАЗАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ

- А) «Акушерское дело»
- Б) «Лечебное дело»
- В) «Сестринское дело»
- Г) «Медико-профилактическое дело»

22. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ

- А) лицам с хроническими заболеваниями
- Б) работникам на время прохождения периодических медицинских осмотров
- В) заболевшим лицам, работающим по трудовому договору
- Г) заболеваниями вне обострения

23. ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ ОБЯЗАНЫ СОБЛЮДАТЬ

- А) только должностные лица медицинской организации, имеющие свидетельство об аккредитации специалиста
- Б) только медицинские работники, имеющие высшее медицинское образование и свидетельство об аккредитации специалиста
- В) только медицинские и фармацевтические работники, имеющие высшее и среднее медицинское образование
- Г) все лица, которым сведения, составляющие врачебную тайну стали известны при исполнении профессиональных или служебных обязанностей, обучении

24. ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА ПРЕДОСТАВЛЯЕТ ВРАЧ

- А) принимающий участие в медицинском обследовании и лечении
- Б) по выбору пациента
- В) по решению руководителя медицинской организации
- Г) по решению врачебной комиссии медицинской организации

25. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ – ЭТО КОМПЛЕКС, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ПАЦИЕНТУ

- А) медицинских услуг
- Б) медицинских вмешательств
- В) профилактических мероприятий
- Г) социальных льгот

26. К МЕДИЦИНСКИМ УСЛУГАМ ОТНОСИТСЯ ОКАЗАНИЕ ГРАЖДАНАМ:

- А) профессионального ухода и неотложной помощи
- Б) социальной помощи
- В) лечения и обследования
- Г) любого вида медицинской помощи

27. МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА – ЭТО КОМПЛЕКС, ВЫПОЛНЯЕМЫХ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ,

- А) социальных льгот
- Б) профилактических мероприятий
- В) медицинских обследований и (или) манипуляций
- Г) медицинских вмешательств

28. ФИЗИЧЕСКОЕ ЛИЦО, КОТОРОМУ ОКАЗЫВАЕТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ИЛИ ОН ОБРАТИЛСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ – ЭТО

- А) пациент
- Б) гражданин
- В) больной человек
- Г) старый человек

29. МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК – ЭТО ФИЗИЧЕСКОЕ ЛИЦО, КОТОРОЕ РАБОТАЕТ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И

- А) занимается просветительской деятельностью
- Б) медицинская деятельность является должностной обязанностью
- В) имеет фармацевтическое образование
- Г) обучает студентов в колледже

30. УЧЕТНОЙ ФОРМОЙ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) статистический талон уточненных диагнозов
- Б) медицинская карта амбулаторного больного
- В) медицинская карта стационарного больного
- Г) экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку

ИНСТРУМЕНТ ПРОВЕРКИ

Эталоны ответов на тестовые задания

№ вопроса	Буква ответа	№ вопроса	Буква ответа	№ вопроса	Буква ответа
1	Г	11	Г	21	В
2	Б	12	Г	22	В
3	А	13	Г	23	Г
4	А	14	В	24	А
5	А	15	А	25	А
6	Б	16	В	26	Г
7	В	17	Б	27	Г
8	А	18	Г	28	А
9	Б	19	А	29	Б
10	Б	20	В	30	Г

Перечень рекомендуемых учебных изданий

Основные источники:

1. Войцехович Б.А. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебное пособие – Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. – 125 с.
2. Дорошенко Г.В. Менеджмент в здравоохранении. М. 2006.
3. Зенина Л.А., Шешунов И.В., Чертухина О.Б. Экономика и управление здравоохранением – М.: Академия, 2006. – 208 с.
4. Тлепцерищев Р.А., Трушкин А.Г., Демьянова Л.М., Малахова Н.Г. Экономика и управление здравоохранением – Ростов н/Д: Феникс, 2009. – 623 с.

Дополнительные источники:

1. Ларенцова Л.И., Смирнова Н.Б. Психология профессионального взаимодействия. М ФГОУ «ВУНМИЦ Росздрава». 2008. 112 стр.
2. Медик В.А., Токмачев М.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. М.: ОАО Издательство «Медицина», 2006. 528 стр....
3. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: Издательство «Медкнига.», 2008. 224 стр.
4. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для медицинских училищ и колледжей. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2010. 288 стр.
5. Медик В.А., Лисицин В.И., Прохорова А.В. Общественное здоровье и здравоохранение: практикум. Для медицинских училищ колледжей. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2010. 144 стр.
6. Сопина З.Е., Фомушкина И.А. Управление качеством сестринской помощи. М.: Издательство ГЭОТАР. 2009

Нормативно-правовая документация:

1. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»
2. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
3. Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (с изменениями и дополнениями)
4. Законодательные акты РФ в области здравоохранения
5. Приказы Министерства здравоохранения РФ
6. Нормативно-правовые акты, регламентирующие деятельность лечебно-профилактических учреждений здравоохранения РФ.

Интернет-ресурсы

Информационно – правовое обеспечение:

1. Система «Консультант» <http://www.consultant.ru>

2. Система «Гарант» [http: //www.garant.ru/](http://www.garant.ru/)

Профильные web – сайты Интернета:

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации
<http://www.rosminzdrav.ru/>
2. Министерство здравоохранения Саратовской области
<http://minzdrav.saratov.gov.ru/>
3. Социальная карта Российской Федерации <http://sockart.ru/>
4. Социальный паспорт Саратовской области <http://www.social.saratov.gov.ru>
5. Территориальный фонд Обязательного медицинского страхования
г. Саратов <http://www.sartfoms.ru>
6. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (<http://www.rospotrebnadzor.ru>)
7. Информационно – методический центр «Экспертиза» (<http://www.crc.ru>).
8. Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения (<http://www.mednet.ru>).
9. Всемирная организация здоровья <http://www.who.int/ru/>
10. Медицинская статистика <http://www.meddocjob.ru> , [ttp://freepapers.ru](http://freepapers.ru)
11. Методические рекомендации по анализу деятельности ЛПУ.
<http://www.bestpravo.ru/>

Санитарное законодательство и санитарно-эпидемиологическое благополучие

Законодательство РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения основывается на Конституции РФ и включает Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», другие федеральные законы, а также иные нормативные правовые акты РФ: санитарные правила (СП, СанПиН), гигиенические нормативы (ГН) и др.

На основании Закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. N52-ФЗ граждане РФ «имеют право на благоприятную среду обитания, факторы которой не оказывают вредного воздействия на человека», на «информацию о санитарно-эпидемиологической обстановке, состоянии среды обитания, качестве продукции» и др.

В Законе дается определение: **«Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения — это состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности».**

Согласно этому Федеральному закону санитарно-эпидемиологическое благополучие населения обеспечивается посредством:

- профилактики заболеваний в соответствии с санитарно-эпидемиологической обстановкой;
- разработки и реализации федеральных и региональных целевых программ обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
- государственного санитарно-эпидемиологического нормирования;
- лицензирования видов деятельности, представляющих потенциальную опасность для человека;
- государственной регистрации потенциально опасных для человека химических и биологических веществ, отдельных видов продукции, отходов производства и потребления, а также продукции, впервые ввозимой на территорию РФ;
- выполнения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- проведения социально-гигиенического мониторинга;
- проведения научных исследований в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- мер по своевременному информированию населения о возникновении заболеваний, состоянии среды обитания;
- мер по гигиеническому воспитанию и обучению населения и пропаганде здорового образа жизни;

- мер по привлечению к ответственности за нарушение законодательства РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Особое значение имеет Федеральный закон «О качестве и безопасности пищевых продуктов» от 2 января 2000 г. № 29-ФЗ, в котором дается система государственного регулирования в области обеспечения безопасности пищевых продуктов и питания, включающая государственную регистрацию новых продуктов, нормирование показателей пищевой продукции и другие требования. Основным положением этого Закона является ответственность изготовителей пищевой продукции за ее качество и безопасность.

Индивидуальные предприниматели и юридические лица в соответствии с осуществляемой ими деятельностью обязаны:

- выполнять требования санитарного законодательства;
- обеспечивать безопасность для здоровья человека выполняемых услуг, а также продукции, пищевых продуктов и товаров;
- осуществлять производственный контроль, разрабатывать и проводить санитарно-противоэпидемические (профилактические мероприятия);
- своевременно информировать о нарушениях технологического процесса или аварийных ситуациях;
- иметь в наличии официально изданные санитарные правила;
- осуществлять гигиеническое обучение работников.

Согласно Федеральному закону «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» в нашей стране действует единая федеральная централизованная система органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор в РФ.

При Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации создана Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор). Система учреждений Роспотребнадзора построена по территориальному принципу. Во всех субъектах Российской Федерации действуют территориальные управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (ТУ Роспотребнадзора).

Основной задачей ТУ Роспотребнадзора является осуществление государственного санитарно-эпидемиологического надзора, надзора на потребительском рынке и на транспорте, а также в сфере защиты прав потребителей.

Под руководством ТУ Роспотребнадзора работают учреждения «Центры гигиены и эпидемиологии» (ФГУЗ ЦГиЭ), на практике обеспечивая деятельность территориальных управлений.

По заданиям Роспотребнадзора экспертную оценку и другие исследования проводят государственные научно-исследовательские институты и иные учреждения.

Госсанэпиднадзор включает в себя:

- контроль выполнения санитарного законодательства;
- контроль за санитарно-эпидемиологической обстановкой, проведение санитарно-эпидемиологических расследований и разработку предложений о проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- проведение социально-гигиенического мониторинга для оценки и прогноза состояния здоровья населения и среды обитания;
- санитарно-карантинный контроль на границах.

Государственный санитарно-эпидемиологический надзор осуществляется в двух формах работы: предупредительный надзор и текущий надзор. Предупредительный надзор должен обеспечить предупреждение нарушений гигиенических нормативов и санитарных правил на стадии разработки новых продуктов, материалов и изделий, на стадиях проектирования и строительства различных объектов, в том числе пищевых предприятий и предприятий общественного питания. Текущий надзор осуществляется для контроля соблюдения санитарных правил на действующих предприятиях.

Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» определяет права и обязанности должностных лиц, осуществляющих Госсанэпиднадзор. Они имеют право:

- беспрепятственно посещать территории и помещения объектов;
- проводить санитарно-эпидемиологические расследования;
- проводить отбор проб воздуха, воды, почвы, проб и образцов продукции, в том числе продовольственного сырья и пищевых продуктов;
- выдавать гражданам, индивидуальным предпринимателям и юридическим лицам санитарно-эпидемиологические заключения на основании результатов экспертиз, исследований, испытаний и т.п.;
- выдавать предписания об устранении выявленных нарушений, о проведении профилактических мероприятий, о прекращении реализации продукции и др.

Согласно установленным «Правилам проведения мероприятий при осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора» плановые мероприятия по контролю конкретного предприятия осуществляются

не чаще чем 1 раз в два года, в соответствии с утвержденным планом проверок. Должностное лицо, проводящее проверку, должно предъявить распоряжение о проведении мероприятий по контролю. По результатам проверки составляется акт установленной формы, к акту прилагаются заключения проведенных исследований и экспертиз, постановления главного санитарного врача и другие документы.

Главный государственный санитарный врач имеет право выносить постановления о прекращении строительства или эксплуатации объектов, производства продукции; о проведении обязательного медицинского осмотра, о временном отстранении от работы, о госпитализации или об изоляции больных; о наложении штрафов, постановления о направлении материалов о санитарных нарушениях для возбуждения уголовных дел и др.

За нарушение санитарного законодательства устанавливается административная, уголовная и гражданско-правовая ответственность. Административная ответственность устанавливается в виде предупреждения или наложения штрафа на граждан, индивидуальных предпринимателей, должностных или юридических лиц.

Административная ответственность согласно Закону «О качестве и безопасности пищевых продуктов» устанавливается в случае изготовления и оборота некачественных и опасных пищевых продуктов, оказания услуг в сфере общественного питания с нарушением требований нормативных документов к условиям изготовления и качеству и безопасности пищевых продуктов, невыполнении предписаний и постановлений органов государственного надзора и контроля.

Применение мер административного взыскания в виде наложения штрафов не освобождает виновное лицо от обязанности устранить нарушение и возместить вред, причиненный жизни, здоровью и имуществу гражданина либо имуществу юридического лица.

Уголовная ответственность устанавливается в соответствии с Уголовным кодексом РФ в случае, если нарушения санитарного законодательства привели к возникновению заболевания, отравлению или смерти человека, наступившему в результате употребления некачественных и (или) опасных пищевых продуктов.

Вред, причиненный личности или имуществу гражданина или имуществу юридического лица вследствие нарушения санитарного законодательства, а именно: недостатков пищевых продуктов или услуг общественного питания в части их качества и безопасности, подлежит возмещению в соответствии с гражданским законодательством.

Санитарно-эпидемиологическая служба

Санитарно-эпидемиологическая служба принимает активное участие в осуществлении мер профилактики заболеваний.

Основными принципами отечественной санитарно-эпидемиологической службы являются:

- государственный характер отечественной системы санитарных и противоэпидемических мероприятий;
- единство санитарных и противоэпидемических мероприятий, предупредительного и текущего санитарного надзоров; участие всех медицинских организаций в проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий.

Основным учреждением санитарно-эпидемиологической службы является **Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора** (далее — Центр). Центры могут быть краевыми, областными, городскими, районными. В состав Центра входят отделы: санитарно-гигиенический (состоит из лабораторий гигиены труда, коммунальной гигиены, гигиены питания, гигиены детей и подростков), эпидемиологический, дезинфекционный.

Основными функциями Центра являются:

- предупреждение загрязнения внешней среды;
- изучение состояния здоровья населения, общей заболеваемости, состояния отдельных групп населения;
- оздоровление условий труда, обучения и быта, питания и отдыха населения;
- планирование оздоровительных, санитарно-профилактических и противоэпидемических мероприятий с целью снижения заболеваемости;
- работа с активом обществ Красного Креста и Красного Полумесяца.

Санитарный надзор

Центр осуществляет государственный санитарный надзор — предупредительный и текущий.

Предупредительный санитарный надзор включает: учет всех проектируемых и строящихся сооружений; согласование отвода земельного участка под строительство; проведение систематического санитарного контроля за ходом строительства; прием построенного сооружения; учет всех предприятий, загрязняющих атмосферный воздух, водоемистники и почву; систематический лабораторный контроль за санитарным состоянием атмосферного воздуха, воды, почвы. Предупредительный санитарный надзор устанавливает санитарно-гигиенические нормы и правила, требования государственных стандартов на все промышленные изделия, продукты питания, ткани, мыло, детскую мебель и т. д.

Предупредительному санитарному надзору подлежат все медицинские биологические препараты (вакцины, сыворотки, анатоксины и т. д.).

Текущий санитарный надзор предусматривает: изучение заболеваемости и травматизма у рабочих, детей, подростков и т. д.; контроль за соблюдением гигиенических условий обучения; контроль за состоянием окружающей среды; санитарную охрану границ; изучение условий для нормального физического развития детей и подростков; организацию мероприятий по повышению санитарной культуры работы предприятий.

О случаях грубых нарушений санитарного законодательства и особых ситуациях, угрожающих состоянию здоровья населения, Центр информирует административные органы.

В процессе осуществления государственного санитарного надзора органы и учреждения санитарно-эпидемиологической службы работают в тесном контакте с органами других ведомств.

Лечебно-профилактическая помощь инфекционным больным постоянно связана с деятельностью органов и учреждений санитарно-эпидемиологической службы. Эта помощь осуществляется в поликлиниках врачами-инфекционистами (консультативная помощь, лечебно-диагностическая, профилактическая), а также в стационарах — инфекционных больницах или инфекционных отделениях многопрофильных стационаров.