

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**

Институт общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А.Семашко

Методические материалы по дисциплине:

Организация здравоохранения

основная профессиональная образовательная программа высшего
образования - программа магистратуры

32.04.01 Общественное здравоохранение

Вариант ответа:	Код	Текст вопроса задания/правильного ответа и вариантов дистракторов
	001	Амбулаторные центры как медицинские организации второго уровня созданной в г. Москве трехуровневой системы организации оказания ПМСП оказывают главным образом
Верно	А	Первичную специализированную медико-санитарную помощь
Неверно	Б	Высокотехнологичную медицинскую помощь
Неверно	В	Первичную доврачебную медицинскую помощь
Неверно	Г	Неотложную медицинскую помощь
	002	Анализ рынка включает в себя:
Верно	А	Анализ новых технологий
Верно	Б	Определение основных тенденций на рынке услуг
Верно	В	Изучение спроса на услугу
Неверно	Г	Определение предпочтений клиентов
Неверно	Д	Изучение реакции покупателей на изменение цены
	003	Беременные, роженицы и родильницы, имеющие острые воспалительные и инфекционные заболевания, подлежат госпитализации в
Верно	А	Обсервационное отделение
Неверно	Б	Физиологическое отделение
Неверно	В	Отделение патологии беременности
Неверно	Г	Гинекологическое отделение
	004	В задачи хосписа входит
Верно	А	Информационно-методическая работа в медицинских организациях по разъяснению целей, задач и возможностей хосписа, взаимодействию по выявлению контингента инкурабельных больных и организации им медико-социальной помощи
Неверно	Б	Составление стандартов лечения онкологических больных
Неверно	В	Разработка стратегий модернизации паллиативной помощи
Неверно	Г	Оплата лечения пациентов, наблюдающихся в хосписе
	005	В каких документах обязаны использовать медицинские работники кодирование (шифрование)?
Неверно	А	В бухгалтерских отчетах
Неверно	Б	В отчетных формах статистического наблюдения
Верно	В	В первичной учетной медицинской документации
Неверно	Г	В отчетной документации кадровой службы медицинской организации
Неверно	Д	В отчете о финансовой деятельности медицинской организации

	006	В каких случаях работающему гражданину выдается листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи?
Верно	А	При необходимости осуществлять уход за больным членом семьи при условии, что тот, кто будет осуществлять уход не находится ни в каких отпусках
Неверно	Б	За хроническими больными в период ремиссии
Неверно	В	В период отпуска по беременности и родам
Неверно	Г	В период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет
	007	В какой форме допускается ведение реестра (регистра)?
Неверно	А	Только в бумажной
Неверно	Б	Только в электронной
Неверно	В	В автоматизированной
Верно	Г	Как в бумажной, так и в электронной
Неверно	Д	В журнальной
	008	В первичной медицинской документации информация о заболеваниях (диагнозах) или состоянии пациента записывается:
Неверно	А	Только в текстовом виде
Неверно	Б	Только в закодированном (зашифрованном) виде
Верно	В	В текстовом и закодированной (зашифрованном) виде
Неверно	Г	Вносится в электронную базу данных в виде текста
Неверно	Д	Вносится в электронную базу данных только в виде кода (шифра)
	009	В системе охраны материнства и детства формирование здоровья девочки и подготовка её к будущему материнству является
Верно	А	Первым этапом
Неверно	Б	Вторым этапом
Неверно	В	Третьим этапом
Неверно	Г	Четвёртым этапом
	010	В соответствии с ФЗ №326 «Об обязательном медицинском страховании в РФ» объектом медицинского страхования является
Неверно	А	Страховой случай
Неверно	Б	Страховые взносы на обязательное медицинское страхование
Неверно	В	Застрахованный гражданин
Верно	Г	Страховой риск, связанный с возникновением страхового случая
	011	В структуре станции скорой медицинской помощи предусматривается

Верно	А	Отдел госпитализации
Неверно	Б	Приемное отделение
Неверно	В	Диагностическое отделение
Неверно	Г	Профилактический отдел
	012	Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности включает проведение проверок
Верно	А	Соблюдения медицинскими организациями порядков оказания и стандартов медицинской помощи
Неверно	Б	Лицензирования отдельных видов медицинской деятельности
Неверно	В	Правильности заполнения отчетов об израсходованных медицинскими организациями финансовых средствах
Неверно	Г	Своевременности постановки пациентов на диспансерный учет
	013	Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляют
Неверно	А	Росздравнадзор
Верно	Б	Федеральные органы исполнительной власти (Министерство здравоохранения РФ)
Неверно	В	Страховая медицинская организация
Верно	Г	Фонд обязательного медицинского страхования
	014	Видами маркетинговых исследований в медицинских организациях являются
Верно	А	Анализ рынка
Верно	Б	Анализ пациентов
Верно	В	Анализ конкурентов
Неверно	Г	Анализ клинических исследований
	015	Видом контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС является
Неверно	А	Лечебно-профилактическая экспертиза
Неверно	Б	Контроль лечебно-диагностического процесса
Верно	В	Медико-экономическая экспертиза
Неверно	Г	Экономико-статистический контроль
	016	Второй уровень трехуровневой системы организации оказания ПМСП в г. Москве включает в себя
Верно	А	Амбулаторные центры
Неверно	Б	Поликлиники
Неверно	В	Консультативно-диагностические отделения стационаров
Неверно	Г	Центры профилактики

	017	Выберите классификаторы (кодификаторы), которые разрабатываются и используются на отдельной административной территории
Неверно	А	Кодификатор операционных вмешательств
Неверно	Б	Прейскурант платных медицинских услуг
Неверно	В	Кодификатор табельных номеров врачей
Верно	Г	Московский городской реестр медицинских услуг в системе ОМС и тарифы на медицинские услуги
Неверно	Д	Международная классификация болезней (состояний) десятого пересмотра
	018	Выездная бригада скорой медицинской помощи
Верно	А	Определяет медицинскую организацию для оказания пациенту медицинской помощи
Неверно	Б	Осуществляет мероприятия по первичной профилактике
Неверно	В	Проводит комплексный диагностический поиск
Неверно	Г	Осуществляет экспертизу временной нетрудоспособности
	019	Федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения является:
Верно	А	Министерство здравоохранения РФ
Неверно	Б	Всемирная организация здравоохранения
Неверно	В	Органы управления здравоохранения в субъектах РФ
Неверно	Г	Президент РФ
	020	Гражданам, направленным медицинскими организациями и органами управления здравоохранением на лечение в санаторно-курортное учреждение, листок нетрудоспособности выдается медицинским работником на основании решения врачебной комиссии
Верно	А	На весь период лечения с учетом дней на проезд к месту лечения и обратно
Неверно	Б	Только на время лечения
Неверно	В	На время лечения и проезда только к месту лечения
Неверно	Г	Листок нетрудоспособности не будет выдаваться
	021	Для удостоверения временной нетрудоспособности неработающего учащегося при заболеваниях выдается:
Верно	А	Справка установленного образца
Неверно	Б	Выписка из медицинской карты
Неверно	В	Справка N 086/у
Неверно	Г	Листок нетрудоспособности
	022	Для повышения качества оказываемой населению медицинской помощи необходимо
Верно	А	Внедрение современных технологий оказания лечебно-профилактической помощи в медицинских организациях

Неверно	Б	Участие пациентов в мероприятиях по контролю качества медицинской помощи
Неверно	В	Оптимизация работы федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения
Неверно	Г	Обучение методам контроля качества экспертов страховых медицинских организаций
	023	До какого срока может единолично продлить листок нетрудоспособности лечащий врач?
Верно	А	До 15 дней
Неверно	Б	До 10 дней
Неверно	В	До 25 дней
Неверно	Г	До 30 дней
	024	Доля женщин, вставших на учет по беременности, из числа женщин, обратившихся для искусственного прерывания беременности, является критерием:
Верно	А	Качества работы женской консультации
Неверно	Б	Своевременности диагностики
Неверно	В	Преимственности в работе женской консультации
Неверно	Г	Обеспеченности населения медицинской помощью
	025	Доступность и качество медицинской помощи в РФ обеспечивается
Верно	А	Организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения
Верно	Б	Применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи
Верно	В	Применением телемедицинских технологий
Неверно	Г	Посредством обеспечения ухода при оказании медицинской помощи
	026	Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются
Верно	А	Наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации
Верно	Б	Возможностью выбора медицинской организации и врача
Верно	В	Применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи
Неверно	Г	Соблюдением врачебной тайны
	027	Женщине, у которой заболевание возникло в период отпуска по уходу за ребенком в возрасте до 1,5 лет
Верно	А	Никакой документ не выдается, если женщина не работает на условиях неполного рабочего дня или на дому
Неверно	Б	Выдается справка произвольной формы
Неверно	В	Продлевается листок нетрудоспособности по беременности и родам
Верно	Г	Выдается листок нетрудоспособности, если женщина работает на условиях неполного рабочего дня или на дому

	028	За счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы ОМС оказывается
Верно	А	Скорая помощь
Неверно	Б	Санитарно-медицинская эвакуация
Неверно	В	Медицинская эвакуация
Неверно	Г	Социальная помощь
	029	К задачам женской консультации относится
Верно	А	Проведение работы по контрацепции и профилактике абортов
Неверно	Б	Выдача сертификата на материнский капитал
Неверно	В	Экспертиза временной нетрудоспособности родителей заболевших детей
Неверно	Г	Оказание первичной медико-санитарной помощи акушерско-гинекологического профиля девушкам в возрасте до 18 лет
	030	К основным принципам маркетинга относятся:
Верно	А	Тщательный учет потребностей, состояния и динамики спроса и рыночной конъюнктуры при принятии хозяйственного решения
Верно	Б	Воздействие на рынок, на покупателя с помощью всех доступных средств
Неверно	В	Рост прибылей
Неверно	Г	Выделение средств на привлечение и обучение специалистов
	031	К основным принципам охраны здоровья населения РФ относят приоритет
Верно	А	Интересов пациента при оказании медицинской помощи
Неверно	Б	Интересов врача при оказании медицинской помощи
Верно	В	Охраны здоровья детей
Неверно	Г	Охраны здоровья работающих граждан
	032	К основным принципам охраны здоровья населения РФ относят приоритет
Верно	А	Профилактики в сфере охраны здоровья
Неверно	Б	Лечения в сфере охраны здоровья
Верно	В	Охраны здоровья детей
Неверно	Г	Охраны здоровья неработающих граждан
	033	К основным чертам медицинской услуги относятся:
Верно	А	Неосязаемость
Верно	Б	Несохраняемость
Неверно	В	Постоянство качества

Неверно	Г	Отделимость от источника
Неверно	Д	Отделимость от объекта
	034	К показателям деятельности детской поликлиники относится
Верно	А	Показатель общей заболеваемости у детей
Неверно	Б	Перинатальная смертность
Неверно	В	Смертность доношенных детей
Неверно	Г	Летальность новорождённых
	035	К принципам первичной медико-санитарной помощи относится
Верно	А	Приоритет укрепления здоровья и профилактики заболеваний
Неверно	Б	Приоритет реабилитации и восстановительного лечения
Неверно	В	Дифференцированность в распределении служб здравоохранения
Верно	Г	Этапность в оказании медицинской помощи
	036	К факторам, влияющим на предложение, относятся:
Верно	А	Цена
Верно	Б	Численность и квалификация персонала
Верно	В	Ценовая политика государства
Неверно	Г	Изменения в структуре населения
Неверно	Д	Корпоративная культура организации
	037	К функциям бюро медико-социальной экспертизы относятся:
Верно	А	Установление факта наличия инвалидности, группы и срок
Верно	Б	Разработка индивидуальной программы реабилитации инвалида
Верно	В	Определение степени утраты профессиональной трудоспособности
Верно	Г	Формирование данных государственной системы учета инвалидов
	038	К функциям выездной бригады скорой медицинской помощи относится
Верно	А	Медицинская эвакуация пациента при наличии медицинских показаний
Неверно	Б	Оформление документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность
Неверно	В	Организация карантина в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний
Неверно	Г	Оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара
	039	Кабинет врача общей практики (семейного врача) организуется для оказания
Верно	А	Первичной врачебной медико-санитарной помощи

Неверно	Б	Специализированной медицинской помощи
Неверно	В	Скорой помощи
Неверно	Г	Экстренной помощи
	040	Какие медицинские работники не выдают листки нетрудоспособности?
Верно	А	Врачи организаций скорой медицинской помощи
Верно	Б	Врачи приемного покоя стационарных медицинских организаций
Неверно	В	Зубные врачи медицинских организаций
Неверно	Г	Лечащие врачи клиник научно-исследовательских учреждений (институтов)
	041	Каков порядок оформления документа, подтверждающего временную нетрудоспособность гражданина, возникшую в течение 30 дней после его увольнения с работы?
Верно	А	В медицинской организации оформляется листок нетрудоспособности, который пациент предоставляет на прежнее место работы
Неверно	Б	Оформляется листок нетрудоспособности и никуда не предоставляется
Неверно	В	Никакой документ не оформляется
Неверно	Г	Оформляется справка установленного образца
	042	Какова средняя численность женщин на акушерско-гинекологическом участке?
Верно	А	2200
Неверно	Б	1500
Неверно	В	1000
Неверно	Г	500
	043	Каковы основные задачи маркетинговой службы в медицинской организации
Верно	А	Комплексное изучение рынка общественного здоровья
Верно	Б	Обеспечение устойчивой реализации товаров и услуг
Верно	В	Разработка рекомендаций по новым видам услуг
Верно	Г	Рекомендации основных требований к товарам и услугам, их ассортименту
	044	Каковы основные функции цены на рынке медицинских услуг
Верно	А	Измерительная
Верно	Б	Распределения и регулирования
Верно	В	Социальная
Верно	Г	Стимулирующая
	045	Какой вид медицинской помощи предоставляется за счет средств ОМС

Неверно	А	Медико-психологическая помощь
Неверно	Б	Санаторно-курортная помощь
Верно	В	Первичная медико-санитарная помощь
Неверно	Г	Лекарственная помощь
	046	Какой из перечисленных подходов к оценке качества медицинской помощи не относится к триаде А.Донабедиана
Неверно	А	Структурный подход
Неверно	Б	Процессуальный подход
Верно	В	Интегральный подход
Неверно	Г	Результативный подход
	047	Какой из перечисленных показателей позволяет оценить качество медицинской помощи в работе родильного дома?
Верно	А	Частота послеродовых осложнений
Неверно	Б	Перинатальная смертность
Неверно	В	Заболеваемость новорожденных
Неверно	Г	Показатели использования коечного фонда
	048	Качество диагностической работы и преемственность в работе скорой медицинской помощи и больничных учреждений характеризует показатель
Верно	А	Расхождения диагнозов скорой медицинской помощи и стационаров
Неверно	Б	Обеспеченности населения скорой медицинской помощью
Неверно	В	Своевременности выездов бригад скорой медицинской помощи
Неверно	Г	Коэффициент занятости бригады скорой медицинской помощью
	049	Качество медицинской помощи – это
Верно	А	Совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата
Неверно	Б	Полнота и своевременность выполнения мероприятий в соответствии с медико-экономическим стандартом
Неверно	В	Степень удовлетворенности потребителя медицинской помощью
Неверно	Г	Характеристика, отражающая профессиональные стандарты или технологии, используемые в медицинских организациях, которые влияют на удовлетворенность пациентов полученной ими медицинской помощи
	050	Качество медицинской помощи отражает
Верно	А	Своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата
Неверно	Б	Ожидаемую продолжительность предстоящей жизни населения

Неверно	В	Возможности медицинской организации в использовании современных медицинских технологий
Неверно	Г	Состояние здоровья населения
Неверно	Д	Своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата
	051	Комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других мер называется:
Верно	А	Индивидуальная программа реабилитации
Неверно	Б	Комплексная программа абилитации
Неверно	В	Разовая инструкция по реабилитации и абилитации
Неверно	Г	Врачебное заключение
	052	Консультативно-диагностические отделения в городских стационарах как медицинские организации третьего уровня созданной в г. Москве трехуровневой системы организации оказания ПМСП оказывают главным образом
Верно	А	Консультативную помощь
Неверно	Б	Экстренную помощь
Неверно	В	Высокотехнологичную медицинскую помощь
Неверно	Г	Паллиативную помощь
	053	Кто в лечебно-профилактической медицинской организации имеет право направлять граждан на медико-социальную экспертизу?
Верно	А	Лечащий врач с утверждением врачебной комиссии медицинской организации
Неверно	Б	Главный врач медицинской организации
Неверно	В	Лечащий врач самостоятельно
Неверно	Г	Лечащий врач с письменного разрешения заведующего отделением
	054	Листок нетрудоспособности не выдается
Верно	А	Обратившимся за медицинской помощью в медицинскую организацию, если у них не выявлено признаков временной нетрудоспособности
Неверно	Б	На период долечивания в санаторно-курортной организации
Неверно	В	На период карантина
Неверно	Г	На время протезирования в условиях стационара
	055	Максимальный срок, на который может выдать листок нетрудоспособности по заболеванию лечащим врачом единолично
Верно	А	До 15 дней с последующим продлением по решению врачебной комиссии
Неверно	Б	На 7 дней без продления на врачебной комиссии
Неверно	В	На 10 дней без решения заведующего отделением

Неверно	Г	До 30 дней при разрешении заведующего отделением
	056	Медико-экономическая экспертиза – это
Верно	А	Установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской и учетно-отчетной документации медицинской организации
Неверно	Б	Установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам условиям договоров
Неверно	В	Установление связи качества оказания медицинской помощи с финансовыми затратами на нее
Неверно	Г	Обнаружение нарушений в оказании медицинской помощи, оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей
	057	Медико-экономический контроль – это
Верно	А	Установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам условиям договоров
Неверно	Б	Установление связи качества оказания медицинской помощи с финансовыми затратами на нее
Неверно	В	Установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации медицинской организации
Неверно	Г	Обнаружение нарушений в оказании медицинской помощи, оценка правильности выбора медицинской технологии
	058	Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях
Верно	А	Вне медицинской организации
Неверно	Б	Санаторных
Верно	В	Стационарных
Неверно	Г	Экстренных
	059	Медицинские организации могут осуществлять деятельность только при наличии
Верно	А	Лицензии на медицинскую деятельность
Неверно	Б	Сертификата соответствия стандартам
Неверно	В	Сертификата и разрешения
Неверно	Г	Разрешения органа местного самоуправления
	060	Мероприятия по антенатальной охране плода и сохранению здоровья женщины во время беременности в системе охраны материнства и детства являются
Верно	А	Вторым этапом
Неверно	Б	Первым этапом
Неверно	В	Пятым этапом
Неверно	Г	Шестым этапом

	061	Место расположения и территория обслуживания станции скорой медицинской помощи устанавливаются с учетом
Верно	А	20-минутной транспортной доступности
Неверно	Б	15-минутной транспортной доступности
Неверно	В	25-минутной транспортной доступности
Неверно	Г	30-минутной транспортной доступности
	062	Может ли быть выдан листок нетрудоспособности пациенту, обратившемуся за неотложной помощью в приемное отделение стационара, но не госпитализированному в стационар?
Верно	А	Листок нетрудоспособности не выдается, делается только запись об оказанной помощи, при необходимости выдается справка произвольной формы
Неверно	Б	Оформляется выписка об осмотре пациента
Неверно	В	Может быть выдан листок нетрудоспособности на срок до 3 дней
Неверно	Г	Может быть выдан листок нетрудоспособности на срок до 5 дней
	063	Наиболее информативным методом оценки качества оказанной медицинской помощи и эффективности работы медицинских организаций является
Неверно	А	Анализ статистических показателей деятельности медицинских организаций
Верно	Б	Метод экспертных оценок
Неверно	В	Анкетирование пациентов
Неверно	Г	Анкетирование медицинского персонала
	064	Наиболее ресурсоемким видом медицинской помощи в настоящее время является
Верно	А	Стационарная
Неверно	Б	Амбулаторно-поликлиническая
Неверно	В	Скорая медицинская помощь
Неверно	Г	Санаторно-курортная
	065	Не выдают листки нетрудоспособности медицинские работники:
Верно	А	Учреждений здравоохранения особого типа (центры медицинской профилактики, медицины катастроф, бюро судебно-медицинской экспертизы)
Неверно	Б	Амбулаторно-поликлинических медицинских организаций
Неверно	В	Лечебно-профилактических стационарных организаций
Неверно	Г	Клиник научно-исследовательских учреждений (институтов), в том числе клиник научно-исследовательских учреждений (институтов) протезирования или протезостроения
	066	Одним из критериев оценки качества и безопасности медицинской деятельности является

Неверно	А	Низкая стоимость лечения
Неверно	Б	Положительный конечный результат лечения
Верно	В	Доступность медицинской помощи
Неверно	Г	Плановость
	067	Одним из основных принципов охраны здоровья граждан РФ является
Верно	А	Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья
Неверно	Б	Самообеспечение граждан в случае утраты здоровья
Неверно	В	Платность и софинансирование медицинской помощи для инвалидов
Неверно	Г	Расширение показаний для лечения в круглосуточных стационарах
	068	Окончательное решение о необходимости направления пациента на медико-социальную экспертизу принимает
Верно	А	Врачебная комиссия медицинской организации
Неверно	Б	Лечащий врач
Неверно	В	Заведующий отделением
Неверно	Г	Главный врач
	069	Оперативность работы станций (отделений) скорой медицинской помощи характеризуется показателем
Верно	А	Своевременности выездов бригад по скорой помощи
Неверно	Б	Числа летальных исходов в присутствии бригады скорой медицинской помощи
Неверно	В	Удельного веса успешных реанимаций
Неверно	Г	Расхождения диагнозов скорой медицинской помощи и стационаров
	070	Определить риск развития осложнений у плода при наличии экстрагенитальной или акушерской патологии позволяет:
Верно	А	Своевременное поступление беременных женщин под наблюдение в женской консультации
Неверно	Б	Преимственность в работе женской консультации
Неверно	В	Обеспеченность населения акушерско-гинекологической помощью
Неверно	Г	Своевременная диагностика во время беременности
	071	Оптимальное среднее число посещений женской консультации до родов:
Верно	А	12-15
Неверно	Б	9-11
Неверно	В	5-8
Неверно	Г	Более 16

	072	Организация и ведение учета сведений о каждом застрахованном лице в целях реализации прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи в рамках программ ОМС называется
Верно	А	Персонифицированный учет в сфере медицинского страхования
Неверно	Б	Статистическое наблюдение
Неверно	В	Страховое управление
Неверно	Г	Управление персоналом
	073	Основной задачей Федерального фонда ОМС является
Верно	А	Выравнивание финансовых условий для выполнения базовой программы ОМС
Неверно	Б	Заключение договоров ОМС с медицинскими организациями
Неверно	В	Финансирование территориальных целевых программ в рамках ОМС
Неверно	Г	Финансирование всех структур системы ОМС
	074	Основной задачей экспертов страховых медицинских организаций при проведении медико-экономического контроля является
Неверно	А	Контроль выплат страховых взносов страхователем
Верно	Б	Контроль и оценка объема, сроков и качества оказания медицинской помощи
Неверно	В	Заключение договоров ОМС с пациентами
Неверно	Г	Принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье граждан
	075	Основной источник финансирования программы государственных гарантий помощи населению РФ – это
Неверно	А	Благотворительные взносы
Неверно	Б	Муниципальный бюджет
Верно	В	Бюджет РФ и страховые взносы
Неверно	Г	Все уровни бюджета
	076	Основными целями маркетинговой деятельности являются:
Верно	А	Расширение объема продаж и рынков сбыта
Верно	Б	Рост прибылей
Неверно	В	Выбор метода ценообразования
Неверно	Г	Полное удовлетворение потребностей покупателей
Неверно	Д	Разработка наиболее рациональных схем реализации товара
	077	Отсутствие врожденных аномалий развития плода, не выявленных во время беременности, является показателем:
Верно	А	Качества работы женской консультации
Неверно	Б	Своевременности диагностики

Неверно	В	Преимственности в работе женской консультации
Неверно	Г	Обеспеченности населения медицинской помощью
	078	Паллиативная медицинская помощь может оказываться
Верно	А	Пациентам с дегенеративными заболеваниями нервной системы на поздних стадиях развития заболевания
Неверно	Б	Пациентам с рецидивирующими венерическими заболеваниями
Неверно	В	Пациентам с острыми респираторными заболеваниями
Неверно	Г	Пациентам, имеющим различные ограничения жизнедеятельности, полученные вследствие травм
	079	Паллиативная медицинская помощь направлена на
Верно	А	Улучшение качества жизни
Неверно	Б	Доступ пациента к наркотическим препаратам
Неверно	В	Улучшение жилищных условий пациента
Неверно	Г	Получение дотаций со стороны государства
	080	Паллиативная медицинская помощь оказывается
Верно	А	Пациентам с различными формами деменции, в том числе с болезнью Альцгеймера, в терминальной стадии заболевания
Неверно	Б	Пациентам с рецидивирующими венерическими заболеваниями
Неверно	В	Пациентам с острыми респираторными заболеваниями
Неверно	Г	Пациентам, имеющим различные ограничения жизнедеятельности, полученные вследствие травм
	081	Первичная медико-санитарная помощь оказывается в
Верно	А	Условиях дневного стационара
Неверно	Б	Стационарных условиях
Неверно	В	Экстренной форме
Неверно	Г	Санаторных условиях
	082	Первичная медико-санитарная помощь оказывается в условиях
Верно	А	Амбулаторных
Неверно	Б	Стационарных
Неверно	В	Экстренных
Неверно	Г	Санаторных
	083	Первичный патронаж новорождённого врач-педиатр проводит
Верно	А	На дому по месту жительства новорождённого

Неверно	Б	В детской поликлинике по месту жительства новорождённого
Неверно	В	В родильном доме (отделении)
Неверно	Г	В детской поликлинике по месту регистрации новорождённого
	084	Первый приём (после выписки из родильного дома (отделения)) здорового ребёнка в детской поликлинике врач-педиатр проводит
Верно	А	Когда ребёнку исполнится 1 месяц
Неверно	Б	Через неделю после выписки из родильного дома (отделения)
Неверно	В	Через 2 недели после выписки из родильного дома (отделения)
Неверно	Г	Через 1,5 месяца после выписки из родильного дома (отделения)
	085	Первый уровень трехуровневой системы организации оказания ПМСП в г.Москве включает в себя
Верно	А	Поликлиники
Неверно	Б	Амбулаторные центры
Неверно	В	Консультативно-диагностические отделения стационаров
Неверно	Г	Диспансеры
	086	Показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности характеризуют:
Верно	А	Качество работы женской консультации
Неверно	Б	Своевременность диагностики
Неверно	В	Преимственность в работе женской консультации
Неверно	Г	Обеспеченность населения медицинской помощью
	087	Показатель ранней постановки на учет по беременности является критерием:
Верно	А	Качества работы женской консультации
Неверно	Б	Своевременности диагностики
Неверно	В	Преимственности в работе женской консультации
Неверно	Г	Обеспеченности населения медицинской помощью
	088	Порядок оказания медицинской помощи по отдельным ее профилям, заболеваниям и состояниям включает в себя
Неверно	А	Усредненные показатели частоты предоставления медицинских услуг
Верно	Б	Этапы оказания медицинской помощи
Верно	В	Стандарт оснащения медицинской организации
Неверно	Г	Усредненные показатели кратности применения лекарственных препаратов
	089	Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя

Неверно	А	Допускается в любых ситуациях
Верно	Б	Допускается при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений
Верно	В	Допускается в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю
Неверно	Г	Не допускается ни в каких ситуациях
	090	При заключении договора ДМС программа страхования выбирается
Неверно	А	Страховой компанией
Неверно	Б	Страховщиком
Верно	В	Застрахованным лицом
Неверно	Г	Медицинской организацией
	091	При расчёте показателя ранней неонатальной смертности используют
Верно	А	Число детей, умерших в первые 168 часов после родов
Неверно	Б	Число детей, родившихся мёртвыми
Неверно	В	Число детей, умерших в течение первых суток после родов
Неверно	Г	Число детей, умерших в течение первого месяца после родов
	092	При реализации территориальной программы ОМС в круглосуточном стационаре используется способ оплаты медицинской помощи
Верно	А	Законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу или клинико-статистическую группу заболеваний
Неверно	Б	Подушевой норматив прикрепившихся лиц
Неверно	В	Многоканальное финансирование
Неверно	Г	Реализация территориальной программы ОМС
	093	Принцип доступности и качества медицинской помощи в РФ обеспечивается
Верно	А	Организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения
Верно	Б	Применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи
Неверно	В	Путем соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников
Неверно	Г	Посредством обеспечения ухода при оказании медицинской помощи
	094	К принципам первичной медико-санитарной помощи относятся
Верно	А	Участие населения в развитии здравоохранения и проведении мероприятий по охране здоровья
Неверно	Б	Свободный выбор пациентом семейного врача
Неверно	В	Приоритет высокотехнологичной медицинской помощи
Верно	Г	Этапность и преемственность в оказании медицинской помощи

	095	Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем
Верно	А	Соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников
Неверно	Б	Реализации права пациента в софинансировании медицинской помощи
Верно	В	Организации оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени
Неверно	Г	Возможностью выбора медицинской организации и врача
	096	Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается путем
Верно	А	Осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий
Верно	Б	Разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни
Неверно	В	Признания и соблюдения прав детей в сфере охраны здоровья
Неверно	Г	Наличия необходимого количества медицинских работников
	097	Причиной необходимости создания трехуровневой системы организации оказания ПМСП является
Верно	А	Неравномерность развития амбулаторной медицинской помощи по участково-территориальному принципу
Неверно	Б	Необходимость приоритетного развития специализированной медицинской помощи
Неверно	В	Необходимость соблюдения права пациента на выбор медицинской организации и лечащего врача
Неверно	Г	Низкий уровень удовлетворенности населения качеством оказываемой медицинской помощи
	098	Работникам предприятий общественного питания, водоснабжения, детских учреждений при наличии у них гельминтоза листок нетрудоспособности выдается
Верно	А	На весь период дегельминтизации
Неверно	Б	На 5 дней
Неверно	В	На 10 дней
Неверно	Г	Не выдается
	099	С какого срока многоплодной беременности выдается листок нетрудоспособности по беременности и родам?
Верно	А	С 28 недель
Неверно	Б	С 22 недель
Неверно	В	С 32 недель
Неверно	Г	С 30 недель
	100	Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в
Верно	А	Экстренной форме

Неверно	Б	Плановой форме
Неверно	В	Стационарной форме
Неверно	Г	Первичной форме

ВОПРОСЫ по дисциплине «Организация здравоохранения»

1. По каким видам классифицируется медицинской помощь в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"?

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" медицинская помощь оказывается медицинскими организациями и классифицируется по видам, условиям и форме оказания такой помощи.

К видам медицинской помощи относятся:

1) первичная медико-санитарная помощь (является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения);

2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь (оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию);

3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь (оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства);

4) паллиативная медицинская помощь (комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания).

2. Первичная медико-санитарная помощь. Определение, принципы ПМСП.

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по

территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы.

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

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

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

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

В целях оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций могут создаваться подразделения медицинской помощи, оказывающие указанную помощь в неотложной форме.

Принципы ПМСП: 1. Справедливость и равенство в распределении и доступности служб здравоохранения. 2. Активное участие населения в развитии здравоохранения и проведении мероприятий по охране здоровья. 3. Приоритет укреплению здоровья и профилактике заболеваний. 4. Использование научно-обоснованных, социально-приемлемых и экономически осуществимых медицинских технологий. 5. Учет взаимного влияния на здоровье и здравоохранение всех прочих сфер общественной жизни и деятельности человека.

Организация оказания ПМСП гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях. Первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь организуются по территориально-участковому принципу. Территориально-участковый принцип организации оказания ПМСП заключается в формировании групп обслуживаемого контингента по признаку проживания (пребывания) на определенной территории или по признаку работы (обучения) в определенных организациях и (или) их подразделениях.

3. Типы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Роль и функции семейного врача и врача общей практики в оказании ПМСП.

Первичная медико-санитарная помощь включает следующие виды:

- первичная доврачебная медико-санитарная помощь, которая оказывается фельдшерами, акушерами, другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием в фельдшерских здравпунктах, фельдшерско-акушерских пунктах, врачебных амбулаториях, здравпунктах, поликлиниках, поликлинических подразделениях медицинских организаций, отделениях (кабинетах) медицинской профилактики, центров здоровья;
- первичная врачебная медико-санитарная помощь, которая оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) во врачебных амбулаториях, здравпунктах, поликлиниках, поликлинических подразделениях медицинских организаций, офисах врачей общей практики (семейных врачей), центрах здоровья и отделениях (кабинетах) медицинской профилактики;
- первичная специализированная медико-санитарная помощь, которая оказывается врачами-специалистами разного профиля в поликлиниках, поликлинических подразделениях медицинских организаций, в том числе оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

В малочисленных населенных пунктах первичная медико-санитарная помощь оказывается в:

- фельдшерских здравпунктах,
- фельдшерско-акушерских пунктах,
- центрах (отделениях) общей врачебной практики (семейной медицины),
- врачебных амбулаториях.

Кабинет врача общей практики (семейного врача) является структурным подразделением медицинской организации (ее структурного подразделения), оказывающей первичную медико-санитарную помощь и паллиативную медицинскую помощь. Кабинет врача общей практики (семейного врача) организуется для оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи и паллиативной медицинской помощи населению. Оказание медицинской помощи в кабинете врача общей практики (семейного врача) осуществляется на основе взаимодействия врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-специалистов по профилю заболевания пациента (врачей-кардиологов, врачей-ревматологов, врачей-эндокринологов, врачей-гастроэнтерологов и др.), осуществляющих свою деятельность в медицинской организации, в структуру которой входит кабинет, а также других медицинских организаций. Структура кабинета врача общей практики (семейного врача) и штатная численность устанавливаются руководителем медицинской организации, в составе которой создан этот кабинет, исходя

из объема проводимой лечебно-диагностической работы, численности, половозрастного состава обслуживаемого населения, показателей уровня и структуры заболеваемости и смертности населения, других показателей, характеризующих здоровье населения.

Основными задачами кабинета врача общей практики (семейного врача) являются:

- оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в соответствии с установленными порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, в том числе в дневном стационаре;
- осуществление мероприятий по медицинской реабилитации;
- осуществление профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний;
- осуществление диспансерного наблюдения больных хроническими заболеваниями с проведением необходимого обследования, лечения и оздоровления;
- осуществление мероприятий по формированию здорового образа жизни;
- выявление курящих лиц и лиц, избыточно потребляющих алкоголь, с высоким риском развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя;
- оказание медицинской помощи курящим и избыточно потребляющим алкоголь по отказу от курения и злоупотребления алкоголем, включая направление их для консультации и осуществления коррекции факторов риска развития заболеваний в отделения (кабинеты) медицинской профилактики, центры здоровья и, при необходимости, в специализированные профильные медицинские организации;
- организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению, включая мероприятия по укреплению здоровья населения;
- организация и проведение школ здоровья, школ для больных с социально значимыми неинфекционными заболеваниями и заболеваниями, являющимися основными причинами смертности и инвалидности населения, а также для лиц с высоким риском их возникновения;
- устранение угрожающих жизни состояний с последующей организацией медицинской эвакуации в медицинские организации или их подразделения, оказывающие специализированную медицинскую помощь в сопровождении медицинского работника либо бригады скорой медицинской помощи;
- оказание неотложной медицинской помощи больным при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи, с последующим направлением к врачу-специалисту медицинской организации по месту жительства больного, и последующим посещением больного с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания

и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активное посещение) при наличии медицинских показаний;

- обучение населения вопросам оказания первой помощи, а также индивидуальное и (или) групповое обучение лиц, имеющих высокий риск развития жизнеугрожающих состояний, и членов их семей правилам первой помощи при этих состояниях;
- направление пациентов в медицинские организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в случаях, предусмотренных порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи;
- выявление злокачественных новообразований и предопухолевых заболеваний и направление выявленных онкологических больных и больных с подозрением на злокачественные новообразования в первичные онкологические кабинеты;
- формирование групп риска;
- осуществление диспансерного наблюдения за предраковыми заболеваниями;
- организация и оказание паллиативной помощи больным, в том числе больным онкологическими заболеваниями, нуждающимся в наркотических и сильнодействующих лекарственных средствах в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов;
- осуществление экспертизы временной нетрудоспособности, направление на медико-социальную экспертизу;
- осуществление санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- проведение предварительных или периодических медицинских осмотров работников и водителей транспортных средств;
- осуществление мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства; осуществление взаимодействия с медицинскими организациями, территориальными органами Роспотребнадзора и Росздравнадзора, иными организациями по вопросам оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

4. Организация скорой медицинской помощи в Российской Федерации.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в следующих условиях:

- а) вне медицинской организации - по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации;
- б) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

в) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в следующих формах:

а) экстренной - при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

б) неотложной - при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь вне медицинской организации оказывается медицинскими работниками выездных бригад скорой медицинской помощи.

Выездные бригады скорой медицинской помощи направляются на вызов фельдшером по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи или медицинской сестрой по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи с учетом профиля выездной бригады скорой медицинской помощи и формы оказания медицинской помощи.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь в амбулаторных и стационарных условиях оказывается медицинскими работниками медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях.

Вызов скорой медицинской помощи осуществляется:

а) по телефону путем набора номеров "03", "103", "112" и (или) номеров телефонов медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь;

б) с помощью коротких текстовых сообщений (SMS) при наличии технической возможности;

в) при непосредственном обращении в медицинскую организацию, оказывающую скорую медицинскую помощь;

г) при поступлении в медицинскую организацию, оказывающую скорую медицинскую помощь, заполненной в электронном виде карточки вызова скорой медицинской помощи в экстренной форме из информационных систем экстренных оперативных служб.

В случае поступления вызова скорой медицинской помощи в экстренной форме на вызов направляется ближайшая свободная общепрофильная выездная бригада скорой медицинской помощи или специализированная выездная бригада скорой медицинской помощи.

Поводами для вызова скорой медицинской помощи в экстренной форме являются внезапные острые заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, представляющие угрозу жизни пациента, в том числе:

- а) нарушения сознания;
- б) нарушения дыхания;
- в) нарушения системы кровообращения;
- г) психические расстройства, сопровождающиеся действиями пациента, представляющими непосредственную опасность для него или других лиц;
- д) болевой синдром;
- е) травмы любой этиологии, отравления, ранения (сопровождаящиеся кровотечением, представляющим угрозу жизни, или повреждением внутренних органов);
- ж) термические и химические ожоги;
- з) кровотечения любой этиологии;
- и) роды, угроза прерывания беременности.

Поводами для вызова скорой медицинской помощи в неотложной форме являются:

- а) внезапные острые заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, требующие срочного медицинского вмешательства, без явных признаков угрозы жизни;
- б) констатация смерти (за исключением часов работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях).

В структуру скорой медицинской помощи входят станции, подстанции, больницы скорой медицинской помощи, а также отделения скорой медицинской помощи в составе больничных учреждений. Станции скорой медицинской помощи как самостоятельные медицинские организации создаются в городах с населением свыше 50 тыс. человек. В городах с населением более 100 тыс. человек с учетом протяженности населенного пункта и рельефа местности организуются подстанции скорой медицинской помощи как подразделения станций (в зоне 20-минутной транспортной доступности). В населенных пунктах с численностью жителей до 50 тыс. организуются отделения скорой медицинской помощи в составе центральных районных, городских и других больниц.

Основной целью деятельности выездной бригады скорой медицинской помощи является оказание скорой медицинской помощи, в том числе на месте вызова скорой медицинской помощи при осуществлении медицинской эвакуации.

Выездные бригады скорой медицинской помощи по своему профилю подразделяются на

- общепрофильные;
- специализированные;
- экстренные;
- консультативные;
- акушерские;
- авиамедицинские.

Выездные бригады скорой медицинской помощи по своему составу подразделяются на врачебные и фельдшерские. Специализированные выездные бригады скорой медицинской помощи подразделяются на бригады анестезиологии-реанимации, педиатрические, педиатрические анестезиологии-реанимации, психиатрические, акушерско-гинекологические. Выездные бригады скорой медицинской помощи создаются с учетом необходимости обеспечения круглосуточной посменной работы, численности населения, средним радиусом территории обслуживания, средней нагрузки на одну бригаду скорой медицинской помощи в сутки, коэффициентом загрузки бригад скорой медицинской помощи.

5. Этапность в организации лечебно-профилактической помощи в системе охраны материнства и детства. Функции медицинских организаций в системе охраны материнства и детства на всех этапах жизни женщины.

Система охраны материнства и детства— это система мер государственного, муниципального, общественного и частного характера, направленная на сохранение и укрепление здоровья женщины и ребенка, создание оптимальных условий для выполнения женщиной важнейшей биологической и социальной функции — рождение и воспитание здорового ребенка и позволяющая женщине совмещать материнство и воспитание детей с активным участием в производственной и общественной жизни.

Система охраны материнства и детства предусматривает этапность оказания профилактической и лечебной помощи.

I этап: оказание помощи женщине вне беременности (начиная с формирования здоровья девочки), подготовка ее к материнству.

II этап: комплекс мероприятий по антенатальной охране плода и сохранению здоровья женщины во время беременности.

III этап: интранатальная охрана плода и сохранение здоровья женщины во время родов, включая рациональное ведение родов, в т.ч. с использованием современных перинатальных семейно-ориентированных технологий.

IV этап: охрана здоровья новорожденного, организация правильного вскармливания, создание оптимальных условий для физического развития.

V этап: охрана здоровья ребенка в дошкольный период, обеспечение условий для оптимального физического развития, создание необходимого иммунологического статуса.

VI этап: охрана здоровья детей школьного возраста.

6. Женская консультация: структура и функции, показатели деятельности.

Ведущей медицинской организацией в оказании первичной медико-санитарной медицинской помощи акушерско-гинекологического профиля в амбулаторных условиях является женская консультация, которая создается как самостоятельная медицинская организация или как структурное подразделение медицинской организации.

Женская консультация может использоваться в качестве клинической базы образовательных учреждений среднего, высшего и дополнительного профессионального образования, а также научных организаций. Задачи женской консультации:

1. Оказание амбулаторной лечебно-профилактической помощи при гинекологических заболеваниях, во время беременности и в послеродовом периоде.
2. Снижение материнской и перинатальной смертности.
3. Снижение невынашивания и недонашивания беременности.
4. Проведение работы по контрацепции и профилактике абортов.
5. Гигиеническое образование и обучение ЗОЖ.
6. Проведение физиопсихопрофилактической подготовки к родам.
7. Оказание социально-правовой помощи.
8. Внедрение в практику новейших технологий по диагностике гинекологической патологии, патологии беременности, заболеваний родильниц.
9. Обеспечение преемственности в работе с родильным домом, детской поликлиникой, специализированными диспансерами.

Рекомендуемая структура женской консультации:

- а) регистратура;
- б) кабинеты участковых врачей-акушеров-гинекологов;
- в) кабинеты специализированных приемов:
 - невынашивания беременности;
 - гинекологической эндокринологии;
 - патологии шейки матки;
 - сохранения и восстановления репродуктивной функции;
 - врача-гинеколога детского и подросткового возраста;
 - функциональной диагностики;
 - ультразвуковой диагностики;
- г) кабинеты специалистов:
 - врача-терапевта;
 - врача-стоматолога;
 - врача-офтальмолога;
 - врача-психотерапевта (медицинского психолога или психолога);
 - юриста;
 - специалиста по социальной работе;
 - лечебной физкультуры;
 - психопрофилактической подготовки беременных к родам;

- по раннему выявлению заболеваний молочных желез;

д) другие подразделения:

- малая операционная;
- клиничко-диагностическая лаборатория;
- дневной стационар;
- стационар на дому;
- процедурный кабинет;
- физиотерапевтический кабинет;
- рентгеновский (маммографический) кабинет;
- стерилизационная.

При оценке деятельности женской консультации следует учитывать следующие показатели:

- частота применения женщинами контрацепции;
- показатель частоты абортов;
- число абортов, проведенных методом вакуум-аспирации;
- удельный вес преждевременных родов;
- материнская смертность;
- перинатальная смертность.

Экспертно оцениваются:

- позднее выявление злокачественных заболеваний;
- поздняя постановка беременных на учет;
- каждый случай осложнений беременности.

7. Родильный дом: структура и функции, показатели деятельности.

Ведущей медицинской организацией в оказании специализированной медицинской помощи акушерско-гинекологического профиля на стационарном этапе является родильный дом (отделение), который создается как самостоятельная медицинская организация или как структурное подразделение в составе медицинских организаций с целью оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовой период, а также медицинской помощи новорожденным.

Родильный дом (отделение) осуществляет следующие функции:

- оказание акушерско-гинекологической помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, медицинской помощи новорожденным, а также женщинам с заболеваниями репродуктивной системы в стационарных условиях;
- внедрение современных перинатальных семейно-ориентированных технологий (демедицинализация родов, партнерские роды, совместное пребывание матери и ребенка, раннее прикладывание к груди, приоритет грудного вскармливания, профилактика гипотермии новорожденных);
- профилактика, диагностика и лечение заболеваний репродуктивной системы;
- оказание медицинской помощи в связи с искусственным прерыванием беременности;
- санитарно-гигиеническое обучение женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы,

абортов и ИППП; • направление женщин и новорожденных в медицинские организации для оказания им специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; • проведение экспертизы временной нетрудоспособности; • участие в направлении женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности на медико-социальную экспертизу; • организация и обеспечение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в целях предупреждения и снижения заболеваемости внутрибольничными инфекциями; • проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам и новорожденным; • проведение анализа причин материнской и перинатальной смертности, гинекологических заболеваний, акушерских и экстрагенитальных осложнений у женщин, заболеваемости новорожденных; • обеспечение вакцинопрофилактики новорожденным, проведение неонатального и аудиологического скрининга; • организация питания женщин и новорожденных в период их пребывания в родильном доме; • взаимодействие с женской консультацией, не входящей в его состав, станцией (отделением) СМП, поликлиникой, детской поликлиникой, а также с другими медицинскими организациями; • обеспечение проведения антиретровирусной профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции ВИЧ-инфицированным роженицам и их новорожденным; • организация повышения профессиональной квалификации врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием; • ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке. Акушерско-гинекологический стационар оказывает помощь в основном по территориальному принципу, но вместе с тем женщина, в том числе беременная, имеет право по желанию выбрать любое родовспомогательное учреждение. Структура помещений родильного дома должна обеспечивать изоляцию здоровых беременных, рожениц, родильниц от больных; соблюдение строжайших правил асептики и антисептики, а также своевременную изоляцию заболевших.

Структура родильного дома:

1. Акушерский стационар (70%-75% от общего числа коек родильного дома)

- Приёмное отделение (приёмно-пропускной блок)
- Отделение патологии беременности (25%-30% от общего числа акушерских коек родильного дома)
- Физиологическое родовое отделение (I акушерское отделение) (50%-55 % от общего числа акушерских коек родильного дома): родовой блок, операционный блок, послеродовое палатное отделение
- Обсервационное родовое отделение (II акушерское отделение) (20%-25 % от общего числа акушерских коек родильного дома)

- Отделение анестезиологии-реаниматологии (палаты интенсивной терапии для женщин)
- 2. Отделения неонатологического профиля (отделение новорождённых физиологическое, отделение новорождённых при обсервационном отделении, палата интенсивной терапии и реанимации новорождённых)
- 3. Гинекологическое отделение (25%-30% от общего числа коек родильного дома)
- 4. Клинико-диагностическая лаборатория (КДЛ)
- 5. Кабинет функциональной диагностики
- 6. Физиотерапевтический кабинет
- 7. Рентгеновский кабинет
- 8. Централизованное стерилизационное отделение (ЦСО)
- 9. Административно-хозяйственное подразделение со вспомогательными службами (администрация, аптека, пищеблок, техническая служба и т.д.)

При оценке деятельности родильного дома помимо общепринятых для любого стационара показателей целесообразно рассчитывать специальные показатели. Так, например, могут быть использованы следующие качественные показатели:

- перинатальная смертность,
- материнская смертность,
- частота случаев кесарева сечения,
- заболеваемость новорожденных.

Экспертно оцениваются:

- каждый случай группового внутрибольничного инфицирования;
- каждый случай смерти беременной, роженицы и родильницы;
- жалобы населения.

При наличии гинекологического отделения может учитываться:

- распределение выписанных больных по результатам лечения,
- оперативная активность,
- частота послеоперационных осложнений,
- послеоперационная гинекологическая летальность,
- расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов.

8. Организация лечебно-профилактической помощи детям. Детская поликлиника, ее функции, структура и показатели деятельности.

В Российской Федерации в настоящее время принимаются меры, направленные на формирование у семьи и детей потребности в здоровом образе жизни, всеобщую раннюю профилактику заболеваемости, внедрение здоровьесберегающих технологий во все сферы жизни ребенка, предоставление квалифицированной медицинской помощи в любых ситуациях. Важнейший компонент системы охраны здоровья населения — обеспечение доступности и качества медицинской помощи детям. Основные механизмы его реализации: организация медицинской помощи детям с максимальной приближенностью к месту жительства или обучения, наличие необходимого числа медицинских работников

с достаточно высоким уровнем квалификации, соблюдение порядка оказания и стандарта медицинской помощи, предоставление гарантированного объема медицинской помощи согласно Программе государственных гарантий. Ключевая проблема совершенствования медицинской помощи детям на уровне первичного звена — расширение спектра решаемых детскими поликлиниками задач для сохранения, укрепления и восстановления здоровья, внедрение современных методов диагностики и лечения, в том числе восстановительного, комплексной реабилитации, повышение ее роли в системе межведомственного взаимодействия по охране здоровья детей. Детская поликлиника — ведущая медицинская организация в системе сохранения и укрепления здоровья детей. Она координирует деятельность всех других амбулаторно-поликлинических организаций, занимающихся вопросами охраны здоровья детей: консультативно-диагностических центров, поликлиник для подростков и молодежи, центров планирования семьи, охраны репродуктивного здоровья и др.

Основные задачи детской поликлиники:

- оказание профилактической, консультативно-диагностической и лечебной помощи прикрепленному детскому населению;
- патронаж беременных участковым врачом-педиатром;
- первичный патронаж новорожденных и детей до 1 года жизни;
- сохранение и пропаганда грудного вскармливания новорожденных;
- аудиологический скрининг новорожденных и детей первого года жизни, не прошедших обследование на нарушение слуха в родовспомогательном учреждении;
- профилактические осмотры детей, в том числе в образовательных учреждениях;
- организация рационального питания детей до 3-х лет и детей, воспитывающихся и обучающихся в образовательных учреждениях;
- санитарно-гигиеническое воспитание и обучение детей и их родителей (законных представителей);
- санитарно-просветительская работа с детьми и родителями (законными представителями) о своевременном выявлении и лечении детских болезней и формировании здорового образа жизни;
- медицинские осмотры учащихся образовательных учреждений перед началом и во время производственной практики в организациях, работники которых подлежат предварительным и периодическим медицинским осмотрам;
- иммунопрофилактика инфекционных болезней, проведение профилактических мероприятий для снижения заболеваемости, инвалидности и смертности детей, выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых заболеваний;
- выявление факторов риска заболеваний, организация и проведение противоэпидемических, профилактических и мероприятий в очагах инфекционных заболеваний;
- выявление групп риска заболевания туберкулезом с помощью туберкулиновой диагностики и туберкулезного рекомбинантного аллергена, консультация детям врачами-специалистами и направление на консультации к специалистам в другие медицинские организации (при

отсутствии в поликлинике); • направление детей при наличии медицинских показаний на стационарное обследование и лечение, оказание первой (доврачебной, врачебной) и неотложной медицинской помощи больным при острых и обострении хронических заболеваний, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях; • обеспечение работы стационара на дому, дневного стационара; диагностическая лечебная работа на дому, охрана репродуктивного здоровья детей, организация индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов; • диспансерное наблюдение за детьми с хроническими заболеваниями, детьми-инвалидами, детьми с патологией, выявляемой при неонатальном скрининге, их своевременное оздоровление, определение медицинских показаний и направление детей на санаторно-курортное лечение; • экспертиза временной нетрудоспособности родителей (законных представителей) заболевших детей и работающих детей; • направление детей при наличии медицинских показаний на медико-социальную экспертизу для установления инвалидности, оказание медико-социальной, психолого-педагогической и правовой помощи детям и семьям, в том числе детям-инвалидам, детям с заболеваниями, выявленными при неонатальном скрининге, защита прав детей, профилактика социального сиротства, беспризорности; • медицинское обеспечение подготовки юношей к военной службе; • медико-социальная подготовка детей к поступлению в образовательные учреждения, медицинское обеспечение детей в учреждениях отдыха и оздоровления; • внедрение новых профилактических, диагностических и лечебных технологий в педиатрическую практику, подготовка медицинских документов при передаче медицинского наблюдения за детьми в городскую (районную) поликлинику по достижении ими совершеннолетия, клинико-эпидемиологический анализ уровня и структуры заболеваемости детей в районе обслуживания; • анализ основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности у детей на обслуживаемой территории.

В структуре детской поликлиники рекомендуется предусматривать:

- административно-хозяйственное отделение;
- информационно-аналитическое отделение, включающее регистратуру, организационно-методический кабинет (кабинет медицинской статистики);
- лечебно-профилактическое отделение (педиатрическое), включающее: кабинеты врачей-педиатров участковых, кабинет здорового ребенка, прививочный кабинет, процедурную;
- дневной стационар, включающий помещение для приема детей, палаты для размещения детей, помещение для медицинского персонала, санитарную комнату, туалет для медицинского персонала, туалет для детей и их родителей, комнату для отдыха родителей;

- консультативно-диагностическое отделение, включающее кабинеты врачей-специалистов, кабинет функциональной диагностики, кабинет лучевой диагностики, лабораторию;
- отделение неотложной медицинской помощи;
- отделение восстановительной медицины;
- отделение медико-социальной помощи;
- отделение организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях;
- кабинет охраны зрения;
- кабинет аллергодиагностики;
- ингаляционный кабинет;
- физиотерапевтическое отделение (кабинет);
- кабинет лечебной физкультуры;
- кабинет массажа;
- централизованное стерилизационное отделение.

Поликлиника должна предусматривать также группу помещений, включающую колясочную, помещение для приема вызовов на дом, приемно-смотровой фильтр-бокс с отдельным входом.

Показатели деятельности детской поликлиники:

- охват дородовыми патронажами беременных
- охват патронажем детей первого года жизни
- полнота охвата профилактическими осмотрами
- охват детей профилактическими осмотрами в декретированные сроки, в т.ч.: на 1-ом году жизни (1 мес., 3 мес., 6 мес., 9 мес., 12 мес.)
- полнота охвата профилактическими прививками детей в декретированные сроки в соответствии с Национальным календарём профилактических прививок,
- удельный вес числа детей первого года жизни, находящихся на грудном вскармливании
- охват диспансерным наблюдением
- (удельный вес детей, состоящих под диспансерным наблюдением),
- в общем числе детей, прикрепленных к педиатрическому участку
- полнота охвата диспансерным наблюдением по нозологическим формам (от общего числа детей, состоящих под диспансерным наблюдением)
- удельный вес детей, снятых с диспансерного наблюдения по выздоровлению (от общего числа детей, состоящих под диспансерным наблюдением)
- удельный вес детей с улучшением состояния здоровья (от общего числа детей, состоящих под диспансерным наблюдением)
- динамика численности детей-инвалидов (увеличение /уменьшение на...)

- удельный вес детей, госпитализированных в плановом порядке, от общего числа детей, состоящих под диспансерным наблюдением и нуждающихся в плановой госпитализации
- удельный вес детей, направленных в плановом порядке в санаторно-курортные учреждения, от общего числа детей, состоящих под диспансерным наблюдением и нуждающихся в плановом санаторно-курортном лечении
- удельный вес детей, получивших противорецидивное лечение, от общего числа детей, состоящих под диспансерным наблюдением и нуждающихся в противорецидивном лечении
- удельный вес количества выполненных индивидуальных программ реабилитации (ИПР) детей-инвалидов от общего числа детей-инвалидов
- динамика показателя первичной заболеваемости у детей.

9. Специализированная медицинская помощь на современном этапе. Высокотехнологичная медицинская помощь. Функции, роль в системе здравоохранения.

Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Специализированная медицинская помощь оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Организация медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Для оказания первичной медико-санитарной помощи при обострении хронических сердечно-сосудистых заболеваний, не опасных для жизни больного и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций организуется отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-кардиологами, врачами сердечно-сосудистыми хирургами, врачами по рентген-эндоваскулярным диагностике и лечению.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-кардиологами в амбулаторных условиях в кардиологических кабинетах по направлению врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, врачей-специалистов, при самостоятельном обращении больного в медицинскую организацию, а также при дистанционном консультировании больных с использованием информационных технологий. В случае отсутствия в медицинской организации кардиологического кабинета первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается в терапевтическом кабинете врачом-терапевтом участковым, прошедшим в установленном порядке повышение квалификации по специальности «кардиология». При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний больной направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «кардиология» или «сердечно-сосудистая хирургия».

Специализированная медицинская помощь включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Специализированная медицинская помощь больным оказывается в стационарных условиях или в условиях дневного стационара по направлению врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, врачей-кардиологов, врачей-специалистов, при доставлении больного бригадой скорой медицинской помощи, а также при самостоятельном обращении больного в медицинскую организацию.

10. Качество медицинской помощи: определение. Методы оценки деятельности медицинских организаций.

В соответствии с определениями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), важнейшим критерием качества медицинской помощи является «...степень снижения риска возникновения возможного заболевания; прогрессирования существующего заболевания; развития осложнений вследствие заболевания, обследования и лечения — с учетом оптимальности использования доступных медицинских ресурсов и технологий и удовлетворенности пациента оказанной медицинской помощью (услугой)». Впервые в Федеральном законе РФ № 323 (от 21.11.2011 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» было представлено следующее определение: «качество медицинской помощи — совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании

медицинской помощи, степень достижения запланированного результата». Качество медицинской помощи является характеристикой, отражающей степень адекватности различных медицинских технологий, выбранных для достижения поставленной цели и соблюдения определенных профессиональных стандартов, заранее установленным критериям и стандартам. В этом определении «медицинские технологии» представляют собой совокупность выполнения диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических и иных мероприятий, необходимых для достижения конкретных результатов, а термин «профессиональные стандарты» обозначает правила выполнения конкретных мероприятий, входящих в ту или иную технологию. К основным характеристикам качества медицинской помощи относятся: эффективность, доступность, законность, безопасность, адекватность, обоснованность, удовлетворенность и др.

Методы оценки деятельности медицинских организаций.

- Статистический (на основе сплошного учета информации по утвержденным формам о здоровье и деятельности учреждений; на основе выборочных данных, в т.ч. эпидемиологических методов);
- Метод экспертных оценок
- Медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза (клинико-экономический анализ)
- Социологический метод
- Комбинированный метод

11. Методика оценки качества /триада Донабедиана.

На протяжении последних десятилетий понятие качества медицинской помощи претерпевает определенные преобразования, связанные с определенными изменениями взглядов и подходов к формированию системы непрерывного улучшения качества и повышения эффективности медицинской помощи.

Одно из базовых современных определений качества принадлежит Аветису Донабедиану (1919–2000 гг.), ученому, посвятившему большую часть своей научной и педагогической деятельности изучению и теоретической разработке проблем улучшения качества медицинской помощи и услуг здравоохранения. Он опубликовал основополагающие статьи по определению качества медицинской помощи, взаимоотношения между процессом и результатом, влияния клинических решений на качество, эффективности программ качества, взаимосвязи между качеством и ценой, сходствам и различиям между моделями индустриализации и качества здравоохранения и многое другое. По его мнению, «качество медицинской помощи определяется использованием медицинской науки и технологии с наибольшей выгодой для здоровья человека, при этом без увеличения риска. Уровень качества, таким образом, это степень достижения баланса выгоды и риска для здоровья».

Это определение было дано в 1980 г.

Согласно методике А. Donabedian (1966), при оценке качества медицинской помощи необходимо применять целый комплекс структурного, процессуального и результативного компонентов анализа (триада Донабедиана):

1. Структурный подход предполагает лицензирование, аккредитацию и сертификацию ресурсной базы медицинских организаций: материально-технических ресурсов (архитектурно-планировочные решения и состояние помещений для лечения больных и работы медицинского персонала, наличие необходимого современного оборудования и медицинской техники, мощность стационара и структура коечного фонда), кадровых ресурсов (достаточное обеспечение врачами, средним и младшим медицинским персоналом; повышение квалификации медицинского персонала с целью совершенствования профессиональных знаний и практических умений) и финансовых ресурсов. С помощью данного подхода можно определить потенциальные возможности имеющихся ресурсов конкретной медицинской организации для оказания качественной медицинской помощи.

2. Процессный подход позволяет оценить соблюдение определенных технологий лечебно-диагностического процесса (в т.ч. метод экспертной оценки медицинской помощи по первичной документации (карты амбулаторного или стационарного больного (истории болезни), этот метод является наиболее объективным методом оценки качества оказанной медицинской помощи).

3. Результативный подход позволяет оценить степень достижения намеченных целей на каждом этапе оказания медицинской помощи (диагностики, лечения, реабилитации) (оценка показателей частоты осложнений, летальности, совпадения клинических и патологоанатомических диагнозов и др.).

12. Анализ деятельности поликлиники. Основные показатели.

Анализ деятельности поликлиники на основании данных учетной и отчетной статистической документации включает:

- *Анализ штатов и кадров медицинской организации* (обеспеченность населения медицинскими кадрами и укомплектованность медицинских организаций медицинским персоналом)
- *Характеристику территории обслуживания* (численность и состав населения; число участков; численность населения на каждом терапевтическом, педиатрическом, акушерско-гинекологическом и других участках)
- *Анализ плановой мощности медицинской организации (подразделений)*, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Плановая мощность медицинской организации служит основанием для определения показателя обеспеченности амбулаторно-поликлиническими медицинскими организациями (на 10000 человек

прикрепленного населения). По данному показателю путем сравнения его со средне областными цифрами и показателями по Российской Федерации можно судить о достаточности площадей в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

- **Анализ объема работы, числа и структуры посещений в целом и по специальностям** (обеспеченность населения поликлинической помощью, или планируемое число посещений на одного жителя в год, фактическое число посещений на одного жителя в год, выполнение плана посещений, структура посещений, участковость на амбулаторном приеме, по помощи на дому)

- **Показатели профилактической работы и диспансеризации населения** (полнота охвата населения периодическими медицинскими осмотрами, частота выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, показатели частоты (охвата) диспансерным наблюдением; Показатели качества диспансерного наблюдения; показатели эффективности диспансерного наблюдения)

13. Анализ деятельности стационара. Основные показатели. Примеры методик оценки эффективного использования коечного фонда.

К показателям деятельности круглосуточного стационара относятся:

- абсолютное число круглосуточных коек на конец года;
- среднегодовое число круглосуточных коек, которое используется для расчета их средней занятости;
- обеспеченность населения койками круглосуточного пребывания, которые рассчитываются в целом по стационару и по профилям коек;
- частота госпитализации на 100 жителей, вычислять которую целесообразно как в целом по стационару и по профилям коек. Уровень госпитализации можно рассчитать и по отдельным заболеваниям, в связи с которыми проводится стационарное лечение, и по возрастам.

Для оценки использования коечного фонда вычисляются следующие наиболее важные показатели:

- Обеспеченность койками (на 10 000 населения)
- Показатель использования пропускной способности (%)
- Средняя занятость койки в году
- Число пролеченных пациентов
- Средняя длительность пребывания пациента на койке
- Средняя длительность лечения по нозологиям
- Оборот койки
- Среднее время простоя койки (общее)
- Уровень (частота) госпитализации
- Летальность больничная (в %)
- Летальность больничная от отдельных заболеваний (в %)
- Показатель выполнения план койко-дней (в %)

14. Дайте определение паллиативной помощи. Учреждения, оказывающие паллиативную помощь инкурабельным пациентам в Российской Федерации, их основные задачи и функции.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (1990 г.): «Паллиативная помощь – это активная всеобъемлющая помощь пациентам с прогрессирующими заболеваниями в терминальных стадиях развития». Экспертами ВОЗ в 2002 г. было предложено другое определение паллиативной помощи, согласно которому «Паллиативная помощь – это направление медико-социальной деятельности, целью которой является улучшение качества жизни больных и их семей, столкнувшихся с трудностями уносящего жизнь заболевания, путем предотвращения страданий и избавления от них благодаря тщательной оценке, лечению боли и других проблем (физических, психосоциальных и духовных)». На протяжении последних десятилетий в различных странах мира и в России паллиативная помощь оказывалась преимущественно инкурабельным больным со злокачественными новообразованиями

Паллиативная медицинская помощь направлена на улучшение качества жизни граждан, страдающих неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями, которые, как правило, приводят к преждевременной смерти, а также заболеваниями в стадии, когда исчерпаны возможности радикального лечения, за исключением больных ВИЧ-инфекцией. Основной целью паллиативной медицинской помощи является эффективное и своевременное избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных лиц до момента их смерти. Паллиативная медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается в кабинетах паллиативной медицинской помощи и выездными патронажными службами паллиативной медицинской помощи, созданными в медицинских организациях (в том числе в хосписах) на основе взаимодействия врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей по паллиативной медицинской помощи, иных врачей-специалистов и медицинских работников. Паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях оказывается в отделениях паллиативной медицинской помощи, отделениях сестринского ухода медицинских организаций, хосписах и домах (больницах) сестринского ухода.

15. Хоспис: основные задачи, функции, структурные подразделения и методы работы хосписов. Основные задачи выездной службы хосписов.

Хоспис представляет собой учреждение здравоохранения особого типа, преимущественно предназначенное для оказания паллиативного (симптоматического) лечения, обеспечения ухода, подбора необходимой обезболивающей терапии инкурабельным онкологическим больным, оказания медико-социальной помощи, психо-социальной реабилитации пациентов, а также психологической поддержки родственников в период болезни и утраты близкого человека. Медицинская помощь и квалифицированный уход за больными в хосписе осуществляются бесплатно. Основными задачами хосписа являются:

- выявление и постановка на учет контингента инкурабельных больных;
- организация первичного визита персонала выездной бригады к

больному для определения объема медицинской, социальной, психологической и других видов помощи пациенту и его родственникам; • консультации специалистов (химиотерапевта, радиолога и др.) в онкологических учреждениях для решения вопроса о возможности паллиативного лечения (лучевая терапия при метастазах, повторные курсы полихимиотерапии, контрольное обследование и т.д.); • по показаниям — консультации врачей узких специальностей (хирург, уролог, невропатолог и др.) на дому, в поликлинике или стационаре; • транспортировка больных на консультации и амбулаторное лечение; • информационно-методическая работа в медицинских организациях с участковыми терапевтами, врачами общей практики, районными онкологами, социальными работниками и др. по разъяснению целей, задач и возможностей хосписа, взаимодействию по выявлению контингента инкурабельных больных и организации им медико-социальной помощи; • разработка программ по паллиативной помощи онкологическим больным, подбор и обучение сотрудников хосписа; • постоянная работа с персоналом хосписа, организация команд, групп психологической поддержки, создание условий сотрудникам для снятия психоэмоционального напряжения; • создание службы добровольных помощников (волонтеров), обеспечивающих безвозмездный уход за больными в домашних условиях и в стационаре, обучение их; • обеспечение взаимодействия с государственными, коммерческими, общественными, религиозными организациями по оказанию социальной, правовой, спонсорской, психологической помощи пациентам и их семьям; • социально-психологическая поддержка родственников и близких на всех стадиях умирания и после смерти больного и др.

Классическая структура хосписа включает следующие подразделения: поликлиническое отделение (выездные бригады и дневной стационар), госпитальное отделение (стационар), организационно-методический кабинет. Выездные бригады — это своего рода хоспис на дому, организационно-медицинская основа паллиативной помощи онкологическим больным IV группы в амбулаторных условиях. В состав выездной бригады входят: врач, медсестра, социальный работник, психолог, юрист, добровольцы. Взаимозаменяемость, преемственность и взаимодействие — необходимые условия работы в бригаде при том условии, что каждый из членов бригады имеет свои строго определенные должностные обязанности. Работа в бригаде осуществляется под руководством врача. К основным задачам выездных бригад относятся следующие: коррекция схем обезболивания, выполнение необходимых внутривенных и внутримышечных инъекций, динамический контроль за состоянием пациента, обучение родственников больного различным методам ухода, психологическая поддержка членов семьи и самого пациента, обеспечение преемственности в работе с участковыми терапевтами и другими врачами, в случае ухудшения самочувствия — помощь в госпитализации в стационарное отделение

16. Виды медицинской экспертизы. Экспертиза временной нетрудоспособности. Организация, порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности в поликлинике, функции лечащего врача.

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

В Российской Федерации проводятся следующие виды медицинских экспертиз:

- 1) экспертиза временной нетрудоспособности;
- 2) медико-социальная экспертиза;
- 3) военно-врачебная экспертиза;
- 4) судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы;
- 5) экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией;
- 6) экспертиза качества медицинской помощи.

Экспертиза временной нетрудоспособности проводится в целях определения способности гражданина осуществлять трудовую деятельность, необходимости и сроков временного или постоянного перевода гражданина по состоянию здоровья на другую работу, а также принятия решения о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу.

Экспертиза временной нетрудоспособности проводится в связи с заболеваниями, травмами, отравлениями и иными состояниями, связанными с временной потерей трудоспособности, долечиванием в санаторно-курортных организациях, при необходимости ухода за больным членом семьи, в связи с карантинном, на время протезирования в стационарных условиях, в связи с беременностью и родами, при усыновлении ребенка.

Экспертиза временной нетрудоспособности проводится в медицинских организациях и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности по экспертизе временной нетрудоспособности.

Экспертиза временной нетрудоспособности осуществляется:

- 1) лечащим врачом;
- 2) фельдшером в случаях возложения на него отдельных функций лечащего врача;
- 3) зубным врачом при стоматологических заболеваниях в случае отсутствия в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, или ее структурном подразделении врача-стоматолога;
- 4) врачебной комиссией медицинской организации.

Экспертиза временной нетрудоспособности проводится в день обращения гражданина в медицинскую организацию.

При проведении экспертизы временной нетрудоспособности лечащий врач (фельдшер, зубной врач):

- 1) устанавливает диагноз заболевания и степень функциональных нарушений органов и систем, наличие осложнений и степень их тяжести на основании сбора анамнеза и жалоб, внешнего осмотра гражданина;

- 2) рекомендует проведение профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, определяет режим лечения, назначает исследования и консультации врачей-специалистов;
- 3) определяет сроки временной нетрудоспособности;
- 4) отражает в медицинской документации гражданина сведения о: состоянии здоровья гражданина, в отношении которого проводится экспертиза временной нетрудоспособности, с обоснованием необходимости временного освобождения от работы; характере и условиях труда, социальных факторах или обосновании закрытия листка нетрудоспособности при восстановлении трудоспособности; выданном листке нетрудоспособности;
- 5) анализирует причины заболеваемости с временной утратой трудоспособности и первичного выхода на инвалидность, принимает участие в разработке и реализации мероприятий по их снижению;
- 6) при необходимости продления листка нетрудоспособности свыше срока, установленного действующим законодательством, в течение которого лечащий врач (фельдшер, зубной врач) вправе единолично выдать листок нетрудоспособности, направляет гражданина для решения вопроса о временной нетрудоспособности на экспертизу временной нетрудоспособности, проводимую врачебной комиссией медицинской организации.

17. Порядок выдачи и оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность при заболеваниях и травмах.

При лечении заболеваний, профессиональных заболеваний, травм (в том числе полученных вследствие несчастного случая на производстве), отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности, лечащий врач единолично выдает (формирует) листки нетрудоспособности сроком до 15 календарных дней включительно. Feldшер либо зубной врач единолично выдает (формирует) листки нетрудоспособности сроком до 10 календарных дней включительно. При сроках временной нетрудоспособности, превышающих указанные сроки, листок нетрудоспособности выдается (формируется) и продлевается по решению врачебной комиссии. По решению врачебной комиссии при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть выдан (сформирован) и продлен до дня восстановления трудоспособности с периодичностью продления по решению врачебной комиссии не реже, чем через каждые 15 календарных дней, но на срок не более 10 месяцев с даты начала временной нетрудоспособности, при состоянии после травм и реконструктивных операций, а при лечении туберкулеза - не более 12 месяцев. При заболеваниях, профессиональных заболеваниях и травмах, в том числе полученных вследствие несчастного случая на производстве, когда оказание медицинской помощи осуществляется в амбулаторных условиях, листок нетрудоспособности выдается (формируется) в день установления временной нетрудоспособности на весь период временной нетрудоспособности, включая нерабочие праздничные и выходные дни.

В случаях проведения сложных урологических, гинекологических, проктологических и других исследований, манипуляций, процедур, медицинских вмешательств при оказании медицинской помощи в

амбулаторных условиях выдается (формируется) листок нетрудоспособности по решению врачебной комиссии на дни проведения соответствующего исследования (манипуляции, процедуры, медицинского вмешательства). В этих случаях в листке нетрудоспособности указываются календарные дни проведения исследований (манипуляций, процедур, медицинских вмешательств) и освобождение от работы производится на дни проведения исследований (манипуляций, процедур, медицинских вмешательств).

При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения заработной платы, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет листок нетрудоспособности выдается (формируется) со дня окончания указанных отпусков в случае продолжающейся временной нетрудоспособности.

При временной нетрудоспособности граждан, находящихся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет, работающих на условиях неполного рабочего времени или на дому, листок нетрудоспособности выдается (формируется) на общих основаниях.

При временной нетрудоспособности в связи с заболеванием (профессиональным заболеванием, травмой, в том числе полученной вследствие несчастного случая на производстве, отравлением и иными состояниями, связанными с временной потерей трудоспособности) гражданина, наступившим в период ежегодного оплачиваемого отпуска, листок нетрудоспособности выдается (формируется) в соответствии с настоящим Порядком, в том числе в период долечивания в санаторно-курортной организации.

Листок нетрудоспособности не выдается (не формируется) гражданам:

- обратившимся за медицинской помощью в медицинскую организацию, если у них не выявлено признаков временной нетрудоспособности;
- проходящим медицинское освидетельствование, медицинское обследование или лечение по направлению военных комиссариатов;
- находящимся под стражей или административным арестом;
- проходящим профилактические, периодические, предварительные, предсменные, предрейсовые, послесменные, послерейсовые медицинские осмотры, иные установленные законодательством Российской Федерации виды медицинских осмотров, диспансеризацию и диспансерное наблюдение, в том числе в центрах профпатологии субъекта Российской Федерации;
- с хроническими заболеваниями вне обострения (ухудшения), проходящим обследование, принимающим различные процедуры, манипуляции и медицинские вмешательства в амбулаторных условиях;
- обучающимся в профессиональных образовательных организациях, образовательных организациях высшего образования, образовательных организациях дополнительного профессионального образования и научных организациях.

В случае заболевания (травмы, отравления) обучающихся в профессиональных образовательных организациях, образовательных организациях высшего образования, образовательных организациях дополнительного профессионального образования и научных организациях для освобождения от учебы выдается справка.

18. Порядок выдачи и оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность по беременности и родам.

Листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается (формируется) врачом акушером-гинекологом, при его отсутствии - врачом общей практики (семейным врачом), а при отсутствии врача - фельдшером.

Выдача (формирование) листка нетрудоспособности по беременности и родам производится при сроке 30 недель беременности единовременно продолжительностью 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов).

При многоплодной беременности выдается (формируется) листок нетрудоспособности при сроке 28 недель беременности единовременно продолжительностью 194 календарных дня (84 календарных дня до родов и 110 календарных дней после родов).

В случае если женщина при обращении в медицинскую организацию в установленный срок для оформления отпуска по беременности и родам отказывается от получения листка нетрудоспособности по беременности и родам, ее отказ фиксируется в медицинской документации.

При осложненных родах в дополнение к выданному (сформированному) листку нетрудоспособности выдается (формируется) листок нетрудоспособности по беременности и родам дополнительно на 16 календарных дней медицинской организацией, где произошли роды (за исключением случаев многоплодной беременности).

В случае, когда диагноз многоплодной беременности установлен в родах, в дополнение к листку нетрудоспособности выдается (формируется) листок нетрудоспособности по беременности и родам дополнительно на 54 календарных дня медицинской организацией, где произошли роды.

При родах, наступивших в период от 22 до 30 недель беременности, медицинской организацией, где произошли роды, выдается (формируется) листок нетрудоспособности по беременности и родам сроком на 156 календарных дней.

При многоплодных родах, наступивших в период от 22 до 28 недель беременности, медицинской организацией, где произошли роды, выдается (формируется) листок нетрудоспособности по беременности и родам сроком на 194 календарных дня.

При родах, наступивших в период от 22 до 27 недель беременности, женщинам, указанным в пункте 59 настоящего Порядка, медицинской организацией, где произошли роды, выдается (формируется) листок нетрудоспособности по беременности и родам сроком на 176 календарных дней, при многоплодной беременности - на 200 календарных дней.

При осложнённых родах медицинской организацией, где произошли роды, листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается (формируется) на 156 календарных дней (на 194 календарных дня - при многоплодной беременности) либо на 176 календарных дней (при многоплодной беременности - на 200 календарных дней).

При прерывании беременности при сроке до 21 полной недели беременности, рождении мертвого плода или живого плода, не пережившего первые 6 полных

суток (168 часов), выдается (формируется) листок нетрудоспособности на весь период нетрудоспособности, но на срок не менее трех дней.

При усыновлении ребенка (детей) в возрасте до 3-х месяцев выдается (формируется) листок нетрудоспособности со дня усыновления ребенка на период до 70 календарных дней (при одновременном усыновлении двух или более детей - до 110 календарных дней), исчисляемый с даты рождения ребенка.

При проведении процедуры экстракорпорального оплодотворения женщине выдается (формируется) листок нетрудоспособности медицинской организацией в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий) и экспертизе временной нетрудоспособности, на весь период лечения (стимуляции суперовуляции, пункции яичника и переноса эмбриона) до определения результата процедуры и проезда к месту нахождения медицинской организации и обратно.

19. Порядок выдачи и оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность на период санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации и при протезировании.

При направлении гражданина на долечивание в санаторно-курортную организацию, расположенную на территории Российской Федерации, непосредственно после оказания медицинской помощи в стационарных условиях листок нетрудоспособности продлевается медицинским работником по решению врачебной комиссии санаторно-курортной организации на весь период долечивания, но не более чем на 24 календарных дня.

При направлении гражданина, пострадавшего в связи с тяжелым несчастным случаем на производстве, после оказания ему медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара), амбулаторных условиях, на медицинскую реабилитацию в санаторно-курортную организацию в период временной нетрудоспособности (до направления на МСЭ) листок нетрудоспособности выдается (формируется) медицинской организацией, направившей гражданина на медицинскую реабилитацию, на весь период медицинской реабилитации и проезда к месту лечения и обратно по решению врачебной комиссии в соответствии с настоящим Порядком.

При направлении медицинскими организациями больных туберкулезом по путевкам в санаторно-курортные организации на лечение в случае, когда санаторно-курортное лечение заменяет оказание медицинской помощи в стационарных условиях, а также на долечивание после оказания медицинской помощи в стационарных условиях листок нетрудоспособности выдается (формируется) по решению врачебной комиссии противотуберкулезной организации и продлевается решением врачебной комиссии санаторно-курортной организации, на весь период оказания медицинской помощи, санаторно-курортного лечения и проезда к месту лечения и обратно.

Гражданам, направленным медицинской организацией на протезирование в стационарных условиях, выдается (формируется) листок нетрудоспособности этой организацией на время проезда к месту протезирования. Выданный (сформированный) листок нетрудоспособности продлевается медицинским работником медицинской организации, осуществляющей протезирование, на

весь период протезирования и время проезда к месту регистрации по месту жительства (по месту пребывания, временного проживания).

20. Порядок выдачи и оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность по уходу за больным членом семьи.

По уходу за больным членом семьи выдается (формируется) листок нетрудоспособности медицинским работником одному из членов семьи, иному родственнику, опекуну или попечителю, фактически осуществляющему уход.

Выдается (формируется) листок нетрудоспособности:

- в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 7 лет - на весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара);
- в случае ухода за больным ребенком в возрасте от 7 до 15 лет - по каждому случаю лечения ребенка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара);
- в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 15 лет, проживающим в зоне отселения и зоне проживания с правом на отселение, эвакуированным и переселенным из зон отчуждения, отселения, проживания с правом на отселение, включая тех детей, которые на день эвакуации находились в состоянии внутриутробного развития, а также за детьми первого и последующих поколений граждан, родившимися после радиоактивного облучения одного из родителей, - на весь период амбулаторного лечения или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара);
- в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 15 лет, страдающим заболеванием вследствие радиационного воздействия на родителей - на весь период амбулаторного лечения или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара);
- в случае ухода за больным ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет - на весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара);
- в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 18 лет, являющимся ВИЧ-инфицированным, - на весь период совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара);
- в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 18 лет при его болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, при злокачественных новообразованиях, включая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, - на весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях или

совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара);

- в остальных случаях ухода за больным членом семьи при лечении в амбулаторных условиях - не более чем на 7 календарных дней по каждому случаю заболевания.

При необходимости по уходу за больным членом семьи могут выдаваться (формироваться) листки нетрудоспособности попеременно разным лицам, осуществляющим уход, в пределах установленных сроков.

При заболевании двух детей одновременно выдается один листок нетрудоспособности на бумажном носителе по уходу за ними. При заболевании более двух детей одновременно выдается второй листок нетрудоспособности на бумажном носителе по уходу за ними. При заболевании двух и более детей одновременно формируется один листок нетрудоспособности в форме электронного документа по уходу за ними.

При заболевании второго (третьего) ребенка в период болезни первого ребенка выданный (сформированный) листок нетрудоспособности по уходу за первым ребенком продлевается до выздоровления всех детей без зачета дней, совпавших с днями освобождения от работы по уходу за первым ребенком. При этом в листке нетрудоспособности указываются родственная (семейная) связь, имена, возраст всех детей.

Не выдается (не формируется) листок нетрудоспособности по уходу:

- за больным членом семьи старше 15 лет при лечении в стационарных условиях (условиях дневного стационара);
- за хроническими больными в период ремиссии;
- в период ежегодного оплачиваемого отпуска и отпуска без сохранения заработной платы;
- в период отпуска по беременности и родам;
- в период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет, за исключением случаев выполнения работы в указанный период на условиях неполного рабочего времени или на дому.

При заболевании ребенка в период, когда лицо, осуществляющее уход, не нуждается в освобождении от работы (ежегодные оплачиваемые отпуска, отпуск по беременности и родам, отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет, отпуск без сохранения заработной платы), листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком (в случае, когда он продолжает нуждаться в уходе) выдается (формируется) со дня, когда лицо, осуществляющее уход, должно приступить к работе.

21. Порядок выдачи и оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность при карантине.

В случае введения ограничительных мероприятий (карантина) гражданам, в отношении которых в соответствии с законодательством Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения приняты меры по изоляции или по временному отстранению от работы, листок нетрудоспособности выдается (формируется) врачом-инфекционистом, а в случае его отсутствия - лечащим врачом

(фельдшером) на весь период изоляции гражданина или временного отстранения от работы соответственно.

Одному из родителей, иному законному представителю или иному члену семьи выдается (формируется) листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет, посещающим дошкольную образовательную организацию, или за членом семьи, признанным в установленном порядке недееспособным, в случае введения главными государственными санитарными врачами и их заместителями в соответствии с законодательством Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения ограничительных мероприятий (карантина) в организации, которую посещает (в которой находится) ребенок или член семьи, признанный в установленном порядке недееспособным. В указанном случае листок нетрудоспособности выдается (формируется) лечащим врачом (фельдшером), осуществляющим оказание медицинской помощи ребенку (члену семьи, признанному в установленном порядке недееспособным), на весь период ограничительных мероприятий (карантина).

Гражданам, являющимся работниками отдельных профессий, производств и организаций, в отношении которых проводятся обязательные предварительные при поступлении на работу и периодические профилактические медицинские осмотры, предусматривающие исследования на гельминтозы, при наличии у них гельминтоза выдается (формируется) листок нетрудоспособности на весь период дегельминтизации.

22. Порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу (МСЭ). Показания при направлении.

Гражданину, имеющему стойкие нарушения функций организма, обусловленные заболеваниями, последствиями травм, отравлений или дефектами, после проведения медицинской организацией необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных или абилитационных мероприятий по решению врачебной комиссии листок нетрудоспособности выдается (формируется) и продлевается при:

- очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе - на срок не более 4 месяцев с даты начала временной нетрудоспособности;
- благоприятном клиническом и трудовом прогнозе - на срок не более 10 месяцев с даты начала временной нетрудоспособности при состоянии после травм и реконструктивных операций и не более 12 месяцев при лечении туберкулеза.

По истечении указанных сроков, в случае если медицинская организация после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных или абилитационных мероприятий по решению врачебной комиссии не направляет гражданина на медико-социальную экспертизу (МСЭ), и выписывает его к занятию трудовой деятельностью.

Гражданину, имеющему стойкие нарушения функций организма, обусловленные заболеваниями, последствиями травм, отравлений или дефектами при необходимости установления (изменения) группы инвалидности, а также гражданину, имеющему стойкие нарушения функций организма, обусловленные профессиональными заболеваниями или последствиями производственных травм, полученных вследствие несчастного

случая на производстве, при необходимости определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах листок нетрудоспособности выдается, продлевается и формируется в соответствии с требованиями настоящего Порядка до даты направления на МСЭ.

При установлении (изменении) по результатам МСЭ группы инвалидности либо определении степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний срок временной нетрудоспособности завершается датой, непосредственно предшествующей дате регистрации документов в федеральном учреждении МСЭ (бюро МСЭ).

В случаях, если дата регистрации документов в бюро МСЭ позднее даты направления гражданина в бюро МСЭ при установлении группы инвалидности или степени утраты профессиональной трудоспособности либо изменении группы инвалидности, период освобождения от работы по решению врачебной комиссии может быть продлен до даты, предшествовавшей дате регистрации документов в бюро МСЭ.

Временно нетрудоспособным лицам, которым не установлена (не изменена) группа инвалидности либо степень утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания, листок нетрудоспособности может быть продлен по решению врачебной комиссии до восстановления трудоспособности или до повторного направления на МСЭ с периодичностью продления листка нетрудоспособности по решению врачебной комиссии не реже чем через каждые 15 календарных дней.

При отказе гражданина от направления на МСЭ или неявке без уважительных причин в назначенный срок на МСЭ листок нетрудоспособности не продлевается со дня отказа от направления на МСЭ или неявки на МСЭ; сведения об этом указываются в листке нетрудоспособности и в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, либо в истории болезни стационарного больного или иной медицинской документации, обосновывающей необходимость временного освобождения от работы.

23. Инвалидность: определение. Понятие об ограничении жизнедеятельности. Группы инвалидности, критерии, их определяющие. Сроки переосвидетельствования.

Инвалидность – социальная недостаточность вследствие заболевания, травмы, анатомического дефекта или наследственного фактора, характеризующаяся стойким нарушением функций организма, приводящих к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

К основным категориям жизнедеятельности человека относятся:

- а) способность к самообслуживанию;
- б) способность к самостоятельному передвижению;
- в) способность к ориентации;
- г) способность к общению;
- д) способность контролировать свое поведение;
- е) способность к обучению;
- ж) способность к трудовой деятельности.

Выделяют 3 степени выраженности ограничений каждой из основных категорий жизнедеятельности человека, например:

а) способность к самообслуживанию - способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе использовать навыки личной гигиены:

1 степень - способность к самообслуживанию при более длительном затрачивании времени, дробности его выполнения, сокращении объема с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

2 степень - способность к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень - неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и уходе, полная зависимость от других лиц.

Критерии для установления групп инвалидности применяются после установления гражданину инвалидности в соответствии с критерием для установления инвалидности.

Инвалидность – нарушение здоровья со II и более выраженной степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (от 40 до 100%), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению 2 или 3 степени выраженности одной из основных категорий жизнедеятельности человека или 1 степени выраженности двух и более категорий жизнедеятельности человека в их различных сочетаниях, определяющих необходимость его социальной защиты

Критерием для установления первой группы инвалидности является нарушение здоровья человека с IV степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне от 90 до 100 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

Критерием для установления второй группы инвалидности является нарушение здоровья человека с III степенью выраженности стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 70 до 80 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

Критерием для установления третьей группы инвалидности является нарушение здоровья человека со II степенью выраженности стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 40 до 60 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

Категория "ребенок-инвалид" устанавливается при наличии у ребенка II, III либо IV степени выраженности стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 40 до 100 процентов), обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами.

Переосвидетельствование инвалидов I группы проводится 1 раз в 2 года, инвалидов II и III групп - 1 раз в год, а детей-инвалидов - 1 раз в течение срока, на который ребенку установлена категория "ребенок-инвалид".

Переосвидетельствование гражданина, инвалидность которому установлена без указания срока переосвидетельствования, может проводиться по направлению медицинской организации в связи с изменением состояния здоровья либо при осуществлении главным бюро, Федеральным бюро контроля за решениями, принятыми соответственно бюро, главным бюро.

24. Критерии присвоения инвалидности в соответствии с Российским законодательством. Причины инвалидности. Понятие о нарушениях функций организма.

Инвалидность – нарушение здоровья со II и более выраженной степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (от 40 до 100%), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению 2 или 3 степени выраженности одной из основных категорий жизнедеятельности человека или 1 степени выраженности двух и более категорий жизнедеятельности человека в их различных сочетаниях, определяющих необходимость его социальной защиты

Критерием для установления первой группы инвалидности является нарушение здоровья человека с IV степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне от 90 до 100 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

Критерием для установления второй группы инвалидности является нарушение здоровья человека с III степенью выраженности стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 70 до 80 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

Критерием для установления третьей группы инвалидности является нарушение здоровья человека со II степенью выраженности стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 40 до 60 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

Категория "ребенок-инвалид" устанавливается при наличии у ребенка II, III либо IV степени выраженности стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 40 до 100 процентов), обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами.

К основным видам *стойких расстройств функций организма* человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, относятся:

а) нарушения психических функций (сознания, ориентации, интеллекта, личностных особенностей, волевых и побудительных функций, внимания, памяти, психомоторных функций, эмоций, восприятия, мышления, познавательных функций высокого уровня, умственных функций речи, последовательных сложных движений);

б) нарушения языковых и речевых функций (устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия); письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи; нарушение голосообразования);

в) нарушения сенсорных функций (зрения; слуха; обоняния; осязания; тактильной, болевой, температурной, вибрационной и других видов чувствительности; вестибулярной функции; боль);

г) нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций (движения головы, туловища, конечностей, в том числе костей, суставов, мышц; статики, координации движений);

д) нарушения функций сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, системы крови и иммунной системы, мочевыделительной функции, функции кожи и связанных с ней систем;

е) нарушения, обусловленные физическим внешним уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству; аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов; нарушение размеров тела).

Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, оценивается в процентах и устанавливается в диапазоне от 10 до 100, с шагом в 10 процентов.

Выделяются 4 степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами:

I степень - стойкие незначительные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 10 до 30 процентов;

II степень - стойкие умеренные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 40 до 60 процентов;

III степень - стойкие выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 70 до 80 процентов;

IV степень - стойкие значительно выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 90 до 100 процентов.

Основными причинами первичной инвалидности у *взрослых* являются: злокачественные новообразования, болезни системы кровообращения, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, у *детей*: психические расстройства и расстройства поведения, болезни нервной системы, врожденные аномалии.

25. Виды социальной защиты инвалидов в РФ.

Социальная защита — политика и целенаправленные действия, а также средства государства и общества, обеспечивающие индивиду, социальной группе, в целом населению комплексное, разностороннее решение проблем, обусловленных социальными рисками, которые могут привести или уже привели к полной или частичной потере возможностей реализации прав, свобод и законных интересов, экономической самостоятельности и социального благополучия, а также их оптимального развития, восстановления или приобретения.

Мероприятия по социальной защите инвалидов включают:

- финансовое обеспечение (пенсия, социальная поддержка и льготы по оплате услуг);
- обучение (школы для глухих, слепых, вузы и др.);
- обеспечение транспортными средствами (коляски, кресла-коляски, машины и др.);
- создание центров, служб по социальному обслуживанию инвалидов (дома престарелых, интернаты различного типа, отделения социального ухода и др.);
- организация реабилитации инвалидов, санаторно-курортное обслуживание.

Виды социальной помощи детям-инвалидам:

- пенсионные выплаты для родителей или опекунов детей-инвалидов;
- ежемесячные дополнительные начисления;
- льготы, предусмотренные Трудовым кодексом;
- жилищные и транспортные льготы;
- льготы по обеспечению санаторно-курортного лечения и отдыха;
- пособия для обеспечения обучения и воспитания; налоговые льготы.

26. Основные направления реабилитации инвалидов

Основные направления реабилитации инвалидов:

- восстановительные медицинские мероприятия (медикаментозное лечение, физиотерапия, ЛФК, массаж, диетотерапия, психотерапия, ароматерапия, трудовая терапия и др.);
- реконструктивная хирургия, протезирование;
- обеспечение изделиями и техническими средствами (ортезы, протезы, слуховые аппараты, видеоматериалы с субтитрами или сурдопереводом и др.);
- санаторно-курортное лечение;
- социально-психологическая реабилитация, социально-бытовая адаптация;
- физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт;
- трудоустройство и создание специальной подготовки для работы инвалидов (профессиональная переподготовка, производственная адаптация, профессиональная ориентация и обучение).

Общепринятыми видами реабилитации инвалидов являются: медицинская реабилитация, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение; профессиональная ориентация, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве.

Реабилитация и абилитация инвалидов направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в обществе. Индивидуальная программа реабилитации или абилитации имеет для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом. Инвалид вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным техническим средством реабилитации или видом реабилитации, включая кресла-коляски, протезно-ортопедические изделия, печатные издания со специальным шрифтом, звукоусиливающую аппаратуру, сигнализаторы, видеоматериалы с субтитрами или сурдопереводом.

Федеральные органы государственной власти, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления (в сфере установленных полномочий), организации независимо от их организационно-правовых форм обеспечивают инвалидам (включая инвалидов, использующих кресла-коляски и собак-проводников):

- 1) условия для беспрепятственного доступа к объектам социальной, инженерной и транспортной инфраструктур (жилым, общественным и производственным зданиям, строениям и сооружениям, включая те, в которых расположены физкультурно-спортивные организации, организации культуры и другие организации), к местам отдыха и к предоставляемым в них услугам;
- 2) условия для беспрепятственного пользования железнодорожным, воздушным, водным транспортом, автомобильным транспортом и городским наземным электрическим транспортом в городском, пригородном, междугородном сообщении, средствами связи и информации;
- 3) возможность самостоятельного передвижения по территории, на которой расположены объекты социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, входа в такие объекты и выхода из них, посадки в транспортное средство и высадки из него;
- 4) сопровождение инвалидов, имеющих стойкие расстройства функции зрения и самостоятельного передвижения, и оказание им помощи на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур;
- 5) надлежащее размещение оборудования и носителей информации, необходимых для обеспечения беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной, инженерной и транспортной инфраструктур и к услугам с учетом ограничений их жизнедеятельности;
- 6) дублирование необходимой для инвалидов звуковой и зрительной информации, а также надписей, знаков и иной текстовой и графической информации знаками, выполненными рельефно-точечным шрифтом Брайля, допуск сурдопереводчика и тифлосурдопереводчика;
- 7) допуск на объекты социальной, инженерной и транспортной инфраструктур собаки-проводника при наличии документа, подтверждающего ее специальное обучение и выдаваемого по форме и в порядке, которые определяются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социальной защиты населения;
- 8) оказание работниками организаций, предоставляющих услуги населению, помощи инвалидам в преодолении барьеров, мешающих получению ими услуг наравне с другими лицами.

27. Организация медико-социальной экспертизы. Главное и первичное бюро медико-социальной экспертизы; функции и состав. Порядок обжалования решения бюро медико-социальной экспертизы.

Медико-социальная экспертиза — признание лица инвалидом и определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию или абилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма. Медико-социальная экспертиза осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, разрабатываемых и утверждаемых Правительством РФ.

Деятельность по социальной защите граждан, установлению инвалидности, проведение реабилитационных и профилактических мероприятий осуществляют органы исполнительной власти территорий (субъектов, городов, сельских поселений и др.), Министерство здравоохранения РФ и Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. Учреждения МСЭ РФ находятся в ведении Министерства труда и социальной защиты, за исключением главного бюро МСЭ Федерального медико-биологического агентства (ФМБА), которое подведомственно соответствующему агентству в структуре Министерства здравоохранения РФ. В структуру Федерального бюро МСЭ входят экспертные составы. Главное бюро МСЭ ФМБА осуществляет медико-социальную экспертизу работников организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда и населения отдельных территорий. Главные бюро МСЭ по субъектам РФ включают различную численность экспертных составов. Филиалами главного бюро МСЭ субъектов РФ являются бюро МСЭ в городах и районах. Количество бюро МСЭ определяется исходя из расчета численности населения и (или) среднего числа проведенных МСЭ в год. Как правило, 1 бюро МСЭ планируется на 70–90 тыс. человек при условии проведения МСЭ для установления инвалидности и определения в установленном порядке потребностей гражданина в различных мерах социальной защиты, включая реабилитацию, при соотношении в год МСЭ 1,3–1,5 тыс. человек в возрасте 18 лет и старше ежегодно и 1,0–1,3 тыс. человек в возрасте до 18 лет. С учетом сложившихся социально-демографических, географических и других особенностей регионов бюро МСЭ могут создаваться исходя из иного расчета численности населения и количества проведенных МСЭ в год.

В зависимости от уровня, структуры заболеваемости и инвалидности в Федеральном бюро и главных бюро МСЭ создаются следующие экспертные составы: общего профиля и специализированного профиля, в том числе для освидетельствования больных туберкулезом, лиц с психическими расстройствами, заболеваниями и дефектами органа зрения, лиц в возрасте до 18 лет и др. Количество экспертных составов главных бюро определяется в зависимости от количества составов общего профиля, специализированного и смешанного профиля (как правило, один экспертный состав главного бюро МСЭ на 5–6 бюро).

В состав бюро (экспертного состава главного бюро, экспертного состава Федерального бюро) входят не менее 3–5 специалистов. Состав специалистов формируется из врачей по медико-социальной экспертизе, психологов, специалистов по реабилитации и социальной работе. Обязательным условием формирования состава бюро (экспертного состава главного бюро, экспертного состава Федерального бюро) является наличие не менее 1 врача по медико-социальной экспертизе. При необходимости в состав специалистов бюро (экспертного состава главного бюро, экспертного состава Федерального бюро) вводится специалист по социальной работе.

Основные функции бюро МСЭ:

- Установление фактов наличия инвалидности у освидетельствуемых граждан, группы, причины, сроков и времени наступления инвалидности.
- Определение стойкой утраты трудоспособности; решение вопроса продления сроков временной нетрудоспособности.

- Определение степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах).
 - Разработка и коррекция ИПР, в том числе определение видов, форм, сроков и объемов реабилитационных мероприятий (которые включают медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию).
 - Определение нуждаемости пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в медицинской, социальной и профессиональной реабилитации.
 - Разработка и коррекция программ реабилитации инвалидов и пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и вследствие профессиональных заболеваний.
 - Определение причины смерти инвалидов в случаях, когда законодательством РФ предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки.
 - Учет граждан, проживающих на обслуживаемой территории, прошедших МСЭ; государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов, проживающих на обслуживаемой территории, подготовка данных в государственный реестр инвалидов.
 - Разработка программ профилактики инвалидности и социальной защиты инвалидов.
 - Разъяснение гражданам, проходящим освидетельствование, вопросов, возникающих в связи с МСЭ.
 - Определение нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, бабушки, дедушки или усыновителя граждан, призываемых на военную службу (военнослужащих, проходящих военную службу по контракту).
 - Формирование банка данных о гражданах, проживающих на обслуживаемой территории, прошедших МСЭ, осуществление государственного статистического наблюдения за демографическим составом инвалидов, проживающих на обслуживаемой территории.
 - Представление в военные комиссариаты сведений обо всех случаях признания инвалидами граждан, состоящих на воинском учете или не состоящих, но обязанных состоять на воинском учете.
 - Организация и проведение выездных заседаний специалистов бюро на базе медицинских организаций.
 - Организация и проведение заседаний специалистов учреждений медико-социальной экспертизы по организационно-методической работе.
- Основные функции главного бюро МСЭ субъекта РФ:*
- Проведение МСЭ граждан, обжаловавших решения бюро, а также МСЭ по направлению бюро в случаях, требующих специальных видов обследования или консультативного заключения экспертных составов главного бюро, с использованием специального диагностического оборудования.
 - Проведение при осуществлении контроля за решениями бюро повторных МСЭ граждан, прошедших МСЭ в бюро, с использованием специального диагностического оборудования при наличии оснований изменения либо отмена решения бюро.

- Рассмотрение жалоб граждан на действия (бездействие) бюро, их должностных лиц при проведении МСЭ, и в случае признания их обоснованными принятие мер по устранению выявленных недостатков.
- Разъяснения гражданам, проходящим МСЭ, вопросов медико-социальной экспертизы.
- Организация и проведение выездных заседаний специалистов экспертных составов главного бюро на базе медицинских организаций.
- Формирование банка данных о гражданах, проживающих на обслуживаемой территории, прошедших МСЭ, осуществление государственного статистического наблюдения за демографическим составом инвалидов, проживающих на обслуживаемой территории.
- Координация деятельности бюро (филиалов главного бюро), обобщение опыта их работы на обслуживаемой территории.
- Рассмотрение жалоб граждан, прошедших освидетельствование, а также проведение освидетельствования граждан в порядке обжалования решений бюро.
- Проведение по собственной инициативе повторных освидетельствований граждан.
 - Статистическое наблюдение и статистическая оценка состояния инвалидности на обслуживаемой территории, формирует банк данных для реестра инвалидов.
 - Наблюдение за демографическим составом инвалидов.

Гражданин (его законный или уполномоченный представитель) может обжаловать решение бюро в главное бюро в месячный срок со дня его получения на основании заявления, поданного в бюро, проводившее медико-социальную экспертизу, либо в главное бюро в письменной форме на бумажном носителе или в электронном виде с использованием единого портала.

Заявление об обжаловании решения бюро, поданное гражданином (его законным или уполномоченным представителем) в форме электронного документа с использованием единого портала, должно быть подписано простой электронной подписью или усиленной неквалифицированной электронной подписью гражданина (его законного или уполномоченного представителя), сертификат ключа проверки которой создан и используется в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме, в установленном Правительством Российской Федерации порядке.

Гражданин (его законный или уполномоченный представитель) может обжаловать решение бюро, принятое на основе документов с ограниченным доступом к персональным данным, в главное бюро по месту жительства (месту пребывания, фактического проживания) в месячный срок со дня получения решения на основании заявления, поданного в бюро по месту жительства (месту пребывания, фактического проживания), либо в главное бюро по месту жительства (месту пребывания, фактического проживания) в письменной форме на бумажном носителе или в электронном виде с использованием единого портала.

Главное бюро не позднее 30 рабочих дней со дня поступления заявления гражданина проводит его медико-социальную экспертизу и на основании полученных результатов выносит соответствующее решение.

В случае обжалования гражданином решения главного бюро главный эксперт по медико-социальной экспертизе по соответствующему субъекту Российской Федерации с согласия гражданина может поручить проведение его медико-социальной экспертизы другому составу специалистов главного бюро.

Решение главного бюро может быть обжаловано в месячный срок со дня его получения в Федеральное бюро на основании заявления, подаваемого гражданином (его законным или уполномоченным представителем) в главное бюро, проводившее медико-социальную экспертизу, либо в Федеральное бюро в письменной форме на бумажном носителе или в электронном виде с использованием единого портала.

Федеральное бюро не позднее 30 рабочих дней со дня поступления заявления гражданина проводит его медико-социальную экспертизу и на основании полученных результатов выносит соответствующее решение.

Решения бюро, главного бюро, Федерального бюро могут быть обжалованы в суд гражданином (его законным или уполномоченным представителем) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

28. Федеральный Закон Российской Федерации №52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (1999 г., в редакции Федерального закона от 25.06.2012 N 93-ФЗ). Организация службы Роспотребнадзора.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения - состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения обеспечивается посредством:

- профилактики заболеваний в соответствии с санитарно-эпидемиологической обстановкой и прогнозом ее изменения;
- выполнения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и обязательного соблюдения гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарных правил как составной части осуществляемой ими деятельности;
- государственного санитарно-эпидемиологического нормирования;
- федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
- обязательного подтверждения соответствия продукции санитарно-эпидемиологическим требованиям в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о техническом регулировании;
- лицензирования видов деятельности, представляющих потенциальную опасность для человека;

- государственной регистрации потенциально опасных для человека химических и биологических веществ, отдельных видов продукции, радиоактивных веществ, отходов производства и потребления, а также впервые ввозимых на территорию Российской Федерации отдельных видов продукции;
- проведения социально-гигиенического мониторинга;
- научных исследований в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- формирования и ведения открытых и общедоступных федеральных информационных ресурсов, направленных на своевременное информирование органов государственной власти, органов местного самоуправления, юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и граждан о возникновении инфекционных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), состоянии среды обитания и проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятиях;
- мер по гигиеническому воспитанию и обучению населения, санитарно-гигиеническому просвещению населения и пропаганде здорового образа жизни;
- мер по привлечению к ответственности за нарушение законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- создания, эксплуатации и развития федеральной государственной информационной системы сведений санитарно-эпидемиологического характера, обеспечивающей получение информации, характеризующей санитарно-эпидемиологическое благополучие населения.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере защиты прав потребителей, здорового питания, в области организации питания, обеспечения качества и безопасности пищевых продуктов, материалов и изделий, контактирующих с пищевыми продуктами, разработке и утверждению государственных санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов, а также по организации и осуществлению федерального государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора), федерального государственного контроля (надзора) в области защиты прав потребителей и федерального государственного контроля (надзора) за соблюдением законодательства Российской Федерации о защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и (или) развитию, федерального государственного лицензионного контроля (надзора) за деятельностью в области использования возбудителей инфекционных заболеваний человека и животных (за исключением случая, если указанная деятельность осуществляется в медицинских целях) и генно-инженерно-модифицированных организмов III и IV степеней потенциальной опасности,

осуществляемой в замкнутых системах, федерального государственного лицензионного контроля (надзора) за деятельностью в области использования источников ионизирующего излучения (генерирующих) (за исключением случая, если эти источники используются в медицинской деятельности).

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека имеет территориальные Управления Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации, которые были созданы путём реорганизации в 2004 году территориальных Центров государственного санитарно-эпидемиологического надзора по субъектам РФ.

В структуре Роспотребнадзора находится Федеральный Центр гигиены и эпидемиологии (ЦГиЭ) с территориальными учреждениями по субъектам РФ, которые обеспечивают деятельность Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Кроме того, к Роспотребнадзору относятся научно-исследовательские институты, противочумные и дезинфекционные станции, ведомственные санитарно-эпидемиологические службы.

29. Обязательное медицинское страхование: определение. Субъекты и участники системы ОМС и их взаимодействие.

Обязательное медицинское страхование - вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

Субъектами обязательного медицинского страхования являются:

- 1) застрахованные лица;
- 2) страхователи;
- 3) Федеральный фонд.

Участниками обязательного медицинского страхования являются:

- 1) территориальные фонды;
- 2) страховые медицинские организации;
- 3) медицинские организации.

30. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Основные разделы. Основные отличия системы обязательного медицинского страхования от добровольного медицинского страхования.

В 2010 г. был принят Федеральный закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Он определяет принципы ОМС – всеобщий характер, доступность и качество медицинской помощи, автономность финансовой системы. Закрепляются правовой статус субъектов и участников ОМС и механизм их взаимодействия, полномочия

госорганов в этой сфере.

Федеральный закон № 326-ФЗ содержит 11 глав:

Глава 1. Общие положения

Глава 2. Полномочия Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования

Глава 3. Субъекты обязательного медицинского страхования и участники обязательного медицинского страхования

Глава 4. Права и обязанности застрахованных лиц, страхователей, страховых медицинских организаций и медицинских организаций

Глава 5. Финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования

Глава 6. Правовое положение Федерального фонда и территориального фонда

Глава 7. Программы обязательного медицинского страхования

Глава 8. Система договоров в сфере обязательного медицинского страхования

Глава 9. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

Глава 10. Организация персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования

Глава 11. Заключительные положения

Обязательное медицинское страхование:

- Некоммерческое
- Один из видов социального страхования
- Всеобщее массовое
- Регламентируется ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
- Правила страхования определяются государством
- Страхователи – работодатели и органы исполнительной власти субъектов РФ
- За счет взносов работодателей и государственного бюджета
- Программа (гарантированный минимум) утверждается органами государственной власти
- Тарифы устанавливаются по единой установленной методике
- Система контроля качества устанавливается государственными органами
- Доходы могут быть использованы только для основной деятельности –
- ОМС
- При наступлении страхового случая субсидиарная ответственность

Добровольное медицинское страхование:

- Коммерческое
- Один из видов личного страхования
- Индивидуальное или групповое
- Регламентируется законами РФ «Об организации страхового дела в РФ» и «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
- Правила страхования определяются страховыми организациями
- Страховали – юридические и физические лица

- За счет индивидуальных доходов застрахованных граждан, прибыли работодателей
- Программа (гарантированный минимум) утверждается договором страховщика и страхователя
- Тарифы устанавливаются договором страховщика и страхователя
- Система контроля качества устанавливается договором страхования
- Доходы могут быть использованы в любой коммерческой или некоммерческой деятельности
- При наступлении страхового случая возмещение суммы страхового взноса

31. Субъекты обязательного медицинского страхования

Субъектами ОМС являются:

1. Застрахованные лица

Застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением неработающих членов семей высококвалифицированных специалистов, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со статьей 13.5 Федерального закона от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации"), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах"

2. Страхователи

Страхователями для работающих граждан являются:

- лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам (организации; индивидуальные предприниматели; физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями);
- индивидуальные предприниматели, адвокаты, медиаторы, нотариусы, арбитражные управляющие, оценщики, патентные поверенные и иные лица, занимающиеся в установленном законодательством Российской Федерации порядке частной практикой.

Страхователями для неработающих граждан являются:

- органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, иные организации, определенные Правительством Российской Федерации.

3. Страховщик – Федеральный фонд ОМС (ФФОМС)

Некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией в соответствии с настоящим Федеральным законом для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования.

32. Участники обязательного медицинского страхования

Участники ОМС:

1. Территориальные фонды ОМС (ТФОМС)

Некоммерческие организации, созданные субъектами Российской Федерации в соответствии с настоящим Федеральным законом для реализации

государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации.

Территориальные фонды осуществляют отдельные полномочия страховщика в части реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с настоящим Федеральным законом, являются агентами ФФОМС.

2. Страховая медицинская организация (СМО)

Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, – страховая организация, имеющая лицензию, выданную в установленном законодательством Российской Федерации порядке. СМО осуществляют отдельные полномочия страховщика.

3. Медицинские организации (МО)

К медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования относятся медицинские организации, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в соответствии с настоящим Федеральным законом.

33. Понятие базовой и территориальной программы обязательного медицинского страхования

Базовая программа ОМС – составная часть Программы госгарантий, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств ОМС на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам ОМС.

Базовая программа ОМС определяет виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структуру тарифов, способы оплаты, а также критерии доступности и качества медицинской помощи. Кроме того, в базовой программе ОМС устанавливаются нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одного застрахованного, нормативы финансовых затрат на единицу объема этой помощи, а также норматив обеспечения программы в расчете на одно застрахованное лицо.

В рамках базовой программы ОМС оказываются первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (СМП), (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь в следующих случаях:

- инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и СПИДа;
- новообразования;
- болезни эндокринной системы;
- расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- болезни нервной системы;
- болезни крови, кроветворных органов;

- отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- болезни глаза и его придаточного аппарата;
- болезни уха и сосцевидного отростка;
- болезни системы кровообращения;
- болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- болезни скелетно-мышечной системы и соединительной ткани;
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- врожденные аномалии (пороки развития);
- деформации и хромосомные нарушения;
- беременность, роды, послеродовой период и аборт;
- отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

Территориальная программа ОМС – составная часть территориальной программы госгарантий, утверждаемой в порядке, установленном законодательством субъекта РФ. Территориальная программа ОМС формируется в соответствии с требованиями, установленными базовой программой ОМС.

Территориальная программа ОМС включает виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, установленной базовой программой ОМС, и определяет с учетом структуры заболеваний в субъекте РФ значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи, нормативов затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи и норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо.

В случаях, когда органом исполнительной власти субъекта РФ устанавливаются дополнительные объемы страхового обеспечения (с учетом региональных особенностей заболеваемости населения и системы здравоохранения), норматив финансового обеспечения территориальной программы ОМС может превышать норматив финансирования базовой программы ОМС.

Право застрахованного лица на бесплатное получение медицинской помощи реализуется на основании заключенных в его пользу между участниками ОМС договоров.

34. Права и обязанности застрахованного лица в системе ОМС.

Застрахованные лица имеют право на:

1) бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:

а) на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;

б) на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования;

2) выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в

порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;

3) замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;

4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья;

5) выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья;

6) получение от Федерального фонда, территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;

7) защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;

8) возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

9) возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

10) защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

Застрахованные лица обязаны:

1) при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев получения экстренной медицинской помощи, предъявить по своему выбору полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе или документ, удостоверяющий личность (для детей в возрасте до четырнадцати лет – свидетельство о рождении);

2) уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;

4) осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.

В случае изменения места жительства застрахованного лица и отсутствия по новому месту жительства застрахованного лица страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, или прекращения

действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией лицо, не подавшее заявление о замене страховой медицинской организации, считается застрахованным в страховой медицинской организации, определенной территориальным фондом.

Соотношение работающих граждан и неработающих граждан, не обратившихся в страховую медицинскую организацию, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации, которое отражается в сведениях, направляемых в страховые медицинские организации, должно быть равным.

35. Права и обязанности страховой медицинской организации

Обязанности страховой медицинской организации:

1) оформление, переоформление, выдача полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе по запросу застрахованного лица или его представителя;

2) ведение учета застрахованных лиц, осуществивших выбор страховой медицинской организации, выданных им полисов обязательного медицинского страхования, а также обеспечение учета и сохранности сведений, поступающих от медицинских организаций в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета;

3) представление в территориальный фонд заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и оплату счетов за оказанную медицинскую помощь в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;

4) использование полученных по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования средств по целевому назначению;

5) возвращение остатка целевых средств после расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в территориальный фонд в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования;

6) оплата медицинским организациям, включенным в реестр медицинских организаций, медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования;

7) сбор, обработка данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, обеспечение их сохранности и конфиденциальности, осуществление обмена указанными сведениями между субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования;

8) информирование застрахованных лиц о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи медицинскими организациями, о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи, об их праве

на выбор медицинской организации, о возможности обращения за получением полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе, а также об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с настоящим Федеральным законом;

9) представление в территориальный фонд ежедневно (в случае наличия) данных о новых застрахованных лицах и сведений об изменении данных о ранее застрахованных лицах, а также ежемесячно до 20-го числа месяца, следующего за отчетным, отчетности об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, о деятельности по защите прав застрахованных лиц и иной отчетности в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;

10) осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и предоставление отчета о результатах такого контроля;

11) раскрытие информации о своей деятельности;

12) осуществление рассмотрения обращений и жалоб граждан, осуществление деятельности по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

13) несение в соответствии с законодательством Российской Федерации ответственности за ненадлежащее исполнение условий договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

14) возвращение территориальному фонду при прекращении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования целевых средств, не использованных по целевому назначению, в течение 10 рабочих дней с даты прекращения указанного договора;

15) выполнение иных предусмотренных Федеральным законом и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования обязанностей.

Права страховой медицинской организации:

1) принятие участия в формировании территориальной программы обязательного медицинского страхования и в распределении объемов предоставления медицинской помощи посредством участия в комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации;

2) участие в согласовании тарифов на оплату медицинской помощи;

3) изучение мнения застрахованных лиц о доступности и качестве медицинской помощи;

4) получение вознаграждения за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

5) привлечение экспертов качества медицинской помощи, требования к которым предусмотрены настоящим Федеральным законом;

6) осуществление иных предусмотренных Федеральным законом и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования прав.

36. Права и обязанности медицинских организаций

Медицинские организации имеют право:

1) получать средства ОМС за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров в соответствии с установленными тарифами;

2) обжаловать заключения СМО и ТФОМС по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Медицинские организации обязаны:

1) бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ ОМС;

2) вести персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

3) предоставлять СМО и ТФОМС сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

4) предоставлять отчетность о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;

5) использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами обязательного медицинского страхования;

6) размещать на своем официальном сайте в сети "Интернет" информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи;

7) предоставлять застрахованным лицам, СМО и ТФОМС сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи.

37. Понятие «экономика здравоохранения». Предмет экономики здравоохранения. Вопросы, входящие в круг изучения проблем экономики здравоохранения.

Экономика здравоохранения — комплекс экономических знаний о формах, методах и результатах хозяйственной деятельности в области медицины, ее организации, управлении и развитии

Общая цель экономики здравоохранения — изучение экономических отношений, объективно складывающихся между людьми и возникающих в процессе осуществления медицинской профессиональной деятельности

К проблемам, изучением которых занимается такая отрасль экономических знаний, как экономика здравоохранения, относятся:

Первая группа проблем выражается в вопросах, что и как делать (какие услуги здравоохранения, кому и с использованием каких организационно-правовых форм оказывать). Для возможного решения этих проблем экономика здравоохранения рассматривает условия и методы хозяйствования на всех стадиях лечебно-профилактического процесса. Потребуется выявить состав потенциальных пациентов по социально-экономическому, включая и имущественный, критерию, структуру их потребностей в медицинских

услугах, финансовые возможности и в зависимости от этого определить хозяйственный тип своей профессиональной деятельности.

Вторая группа проблем связана с выяснением того, с какими ресурсами вы реально можете приступить к оказанию определенного вида услуг и какие ресурсы еще необходимо будет приобрести для этого дополнительно. Для того чтобы ответить на этот вопрос, экономика здравоохранения изучает факторы хозяйственной деятельности в медицине. Речь здесь идет об исследовании материально-технической базы, использование которой возможно в большей или меньшей степени при данных конкретных обстоятельствах.

Третья группа проблем заключается в вопросе: «Кто оплатит оказываемые услуги?» При решении этого вопроса экономика здравоохранения использует возможности и виды инвестиционного процесса в данной отрасли народного хозяйства.

Четвертая группа проблем связана с выяснением того, каким может быть ожидаемый результат профессиональной и одновременно экономической деятельности.

Пятая группа проблем связана с определением полученного (фактического) результата услугопроизводящей деятельности.

Шестая группа проблем состоит в том, как управлять экономическими процессами, протекающими в медицинских учреждениях.

Седьмая группа проблем связана с тем, как достигнуть экономического успеха. В рамках этого комплекса проблем экономика здравоохранения исследует такие вопросы, как спрос, предложение и ценообразование в области медицинских услуг, медицинский маркетинг, реклама, экономическая эмблематика (товарные знаки, фирменные наименования, символы и др.), психология потребителя и целый ряд других чрезвычайно важных вопросов.

38. Ресурсы, задействованные в экономике здравоохранения

Экономические ресурсы бывают:

- материальными, трудовыми, финансовыми;
- собственными, заемными;
- заменяемыми, незаменимыми;
- различными по степени распространения (и, соответственно, по ценности) — от весьма распространенных до уникальных (эта классификация относится как к материальным, так и к трудовым, и финансовым ресурсам);
- воспроизводимыми, частично воспроизводимыми, невозможными.

К материальным ресурсам относят здания медицинского назначения, коммунальное и прочее хозяйство учреждения здравоохранения, медицинское оборудование, лекарственные средства, обмундирование медицинского персонала, мягкий инвентарь, продукты питания для больных и др.

Трудовые ресурсы — это врачи, медицинские сестры, вспомогательный персонал и прочие работники системы здравоохранения.

Финансовые ресурсы организаций здравоохранения составляют средства бюджетов, финансовые средства Федерального и территориального фондов ОМС, Фонда социального страхования, доходы от выполнения платных медицинских услуг и др.

Материальные ресурсы медицинской организации можно разделить на основные и оборотные. К основным средствам относят здания, сооружения, коечный фонд, производственную инфраструктуру, лабораторное оборудование и транспорт. Основные средства вовлекаются в процесс деятельности медицинской организации и за год частично переносят свою стоимость на производимую продукцию (услугу). Оборотные средства медицинской организации включают предметы одноразового пользования, лекарственные средства и мягкий инвентарь. За год они переносят свою стоимость на производимую продукцию (услугу) целиком.

39. Понятие «рынок». Предпосылки для развития рынка в здравоохранении. Специфические черты рынка медицинских услуг.

Рынок — совокупность процессов и процедур, обеспечивающих обмен отдельными товарами и услугами между покупателями (потребителями) и продавцами (поставщиками).

Общие условия становления рыночных отношений в здравоохранении: наличие и многообразие форм собственности и видов хозяйствования в здравоохранении; неограниченное количество участников конкуренции, равный свободный доступ на рынок и выход из него; равный допуск всех организаций здравоохранения к имеющимся ресурсам; наличие у каждого участника конкуренции полного объема рыночной информации (о спросе на медицинские услуги, об их предложении и др.); возможность регулирования, управления рыночными процессами в здравоохранении.

Классический рынок в здравоохранении существует только в определенных направлениях, например, в стоматологии, традиционной медицине, пластической хирургии. Следует подчеркнуть, что рынок услуг здравоохранения имеет много специфических особенностей. Можно выделить некоторые из них.

- *Особенности динамики спроса на медицинские услуги, подверженного значительному влиянию фактора времени.* Так, спрос на медицинские услуги учреждений здравоохранения ослабевает в летний период, а в осенне-зимний — увеличивается.
- *Особенности территориальной сегментации рынка услуг здравоохранения, зависящей от структуры заболеваемости населения данного региона.*
- *Относительно высокую скорость оборачиваемости капитала,* поскольку производство медицинских услуг, как правило, представляет собой короткий цикл (менее года, а чаще — менее месяца).
- *Высокую изменчивость рыночной конъюнктуры,* связанную с процессом совпадения производства и потребления медицинских услуг во времени и пространстве, что обуславливает зависимость состояния рынка от спроса на медицинские услуги, сложившегося на данный момент (эпидемии, экологические катастрофы, вызывающие всплеск заболеваемости, реклама модных методик лечения и др.).
- *Особенности процесса оказания медицинской услуги,* обусловленные личным контактом производителя (медицинского работника) и потребителя (пациента). Это, с одной стороны, делает возможным

форсирование спроса на дополнительные медицинские услуги, а следовательно, увеличение их предложения в целом, а с другой стороны, общая неудовлетворенность пациента может уменьшить спрос, подорвать имидж учреждения здравоохранения и создать трудности на рынке.

- *Сложную структуру спроса* на услуги здравоохранения, связанная с необходимостью их персонификации и индивидуализации.
- *Специфику результата медицинской деятельности.* Результат может быть определен только после потребления услуги и с трудом выражается в стоимостной форме, что может привести к неэффективности экономических отношений.
- *Асимметричность информации на рынке медицинских услуг.* Это особенно проявляется в системе медицинского страхования. Пациент намного лучше знает со свое состояние здоровья, чем любая страховая компания, даже если она проводит медицинское освидетельствование. Точно так же учреждение здравоохранения, производящее медицинские услуги, лучше пациента знает о своих возможностях. Кроме того, недостаток медицинских знаний делает пациента как потребителя уязвимым по отношению к врачу, и врач может диктовать условия экономических отношений. Следовательно, здесь возникают неравные конкурентные условия и нарушается действие механизма рынка. Однако и врач как производитель медицинских услуг может быть экономически уязвим по отношению к пациентам, недостаток медицинских знаний которых может привести к потере врачом потребителей, приносящих доход.
- *Необходимость стандартизации,* так как асимметричность информации, в свою очередь, делает важным поддержание репутации медицинского учреждения как организации, оказывающей медицинские услуги в соответствии со стандартом медицинской помощи. Хорошую репутацию и успех на рынке имеет та медицинская организация, которая предлагает медицинское обслуживание в соответствии со стандартом медицинской помощи и соблюдает протоколы ведения больных. На других рынках возможен коммерческий успех в результате предложения именно новинки, в здравоохранении ситуация чаще обратная: именно стремление врача обеспечить стандарт медицинской помощи привлекает пациента, защищает его права как потребителя.
- *Финансовые и моральные потери.* Дополнительная моральная нагрузка на рынке с асимметричной информацией, каким и является рынок услуг здравоохранения, ведет к дополнительным финансовым потерям.
- *Возможности врача влиять и на спрос, и на предложение.* Для рынка услуг здравоохранения характерна так называемая проблема заказчика-агента. Например, врачи выполняют роль агентов для лечебных учреждений и, будучи агентами, могут отбирать пациентов и делать процедуры, соответствующие их собственным предпочтениям, а не экономическим и социальным целям учреждения здравоохранения. Интересно, что врач одновременно выступает как со стороны спроса, так и со стороны предложения медицинских услуг, поскольку он ставит

диагноз, а следовательно, определяет спрос пациента на конкретную услугу, и сам же готов удовлетворить этот спрос. Это оказывает значительное влияние на конъюнктуру рынка услуг здравоохранения.

- *Форсирование спроса пациентом.* Для рынка услуг здравоохранения характерно нерациональное потребительское поведение. Это психологический фактор, особенность которого заключается в том, что пациент стремится получить максимальный объем услуг: настоять на дополнительных (на самом деле ненужных) услугах, получении дорогого лекарственного средства и др. Этот фактор увеличивает спрос на медицинские услуги

40. Основные категории рынка. Содержание понятий «спрос», «предложение». Виды спроса. Факторы, влияющие на спрос и предложение.

Если характеризовать структуру рынка услуг здравоохранения по механизму рынка, нужно выделить три главных элемента этого механизма — спрос, предложение и цену.

Спрос – количество медицинских услуг, которое желают и могут приобрести пациенты за некоторый период времени по определенной цене.

Спрос – платежеспособная потребность в медицинских услугах, зависящая от уровня доходов населения, изменений его структуры и численности пациентов в стране, изменений вкусов пациентов, а также от так называемого форсирования спроса на медицинские услуги, когда врачи диагнозами и рекомендациями способны увеличивать спрос на свои услуги.

Предложение – количество медицинских услуг, которое врачи могут оказать в определенный период времени по определенной цене. На предложение влияют такие факторы, как количество врачей, стоимость медицинского оборудования, технология лечения, налоги, новые конкуренты.

Состояние, при котором спрос соответствует предложению, – рыночное равновесие. Спрос выражает экономические интересы пациента (пациент заинтересован получить медицинскую услугу надлежащего качества по низкой цене), а предложение — экономические интересы врача (врачу при прочих равных условиях выгодно продать услугу дороже).

Различают следующие виды спроса на рынке медицинских услуг:

- Отрицательный спрос: на прививки, прием к врачам отдельных специальностей, дорогостоящие процедуры и др.;
- Скрытый спрос: отдельные пациенты могут испытывать потребность, которую невозможно удовлетворить с помощью имеющихся на рынке медицинских товаров и услуг, например, услуги семейного врача, одноразовые изделия медицинского назначения, сервисные услуги, индивидуальное питание в стационаре и др.;
- Падающий спрос: падает спрос на изделия медицинского назначения многоразового использования, лекарственные препараты отечественного производства, поэтому рынок отреагировал повышенным предложением на изделия медицинского назначения одноразового использования, импортные лекарственные препараты;

- Чрезмерный спрос: спрос на неотложную медицинскую помощь в праздничные и послепраздничные дни, когда больные с хроническими заболеваниями нарушают диету, режим, злоупотребляют алкоголем; возрастает уровень травматизма.
- Нерегулярный спрос: обусловлен сезонными временными колебаниями, например спрос на санаторно–курортное лечение выше в весенне–летний период, чем в осенне–зимний. Обращения к отдельным врачам–специалистам зависят от сезонности некоторых заболеваний (грипп, язвенная болезнь, вирусный гепатит и др.).
- Выделяют также форсированный спрос, обусловленный воздействием рекламы.

41. Понятие «медицинская услуга». Специфические особенности медицинских услуг. Основные элементы затрат, включаемые в цену медицинской услуги.

Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Под услугой понимается любое мероприятие или выгода, которая одна сторона может предложить другой и которые в основном неосвязаемы и не приводят к завладению чем-либо.

Характеристики, присущие услугам:

- Неосвязаемость
- Неотделимость от источника.
- Непостоянство качества.
- Несохранимость.

Структура затрат на медицинские услуги

- Прямые затраты;
- Затраты параклинических служб;
- Консультации специалистов;
- Затраты на операции;
- Затраты на медикаментозное лечение в соответствии с КСГ;
- Накладные расходы

42. Понятие «маркетинг в здравоохранении». Основные принципы маркетинга. Основные цели маркетинговой деятельности. Основные задачи маркетинговой службы медицинской организации.

Маркетинг – это искусство и наука выбора целевых рынков, привлечения и удержания клиентов, развитие клиентской базы посредством создания актуальной ценности для потребителя, распространение информации о ней и доставки потребителю.

Основные принципы маркетинга.

1. Тщательный учет потребностей, состояния и динамики спроса и рыночной конъюнктуры. при принятии хозяйственного решения.

2. Создание условий для максимального приспособления производства к требованиям рынка, к структуре спроса.
3. Воздействие на рынок, на покупателя с помощью всех доступных средств и прежде всего рекламы.

Основные цели маркетинговой деятельности.

1. Расширение объема продаж и рынков сбыта.
2. Увеличение занимаемой доли на рынке.
3. Рост прибылей.
4. Обеспечение обоснованности принимаемых руководством фирмы (предприятия) решений в области производственно-сбытовой и научно-технической деятельности.

Основные задачи маркетинговой службы медицинской организации.

1. Комплексное изучение рынка общественного здоровья;
2. Обеспечение устойчивой реализации товаров и услуг;
3. Рыночная ориентация производства;
4. Научно-исследовательские и проектно-конструкторские работы;
5. Анализ рыночной ситуации;
6. Разработка рекомендаций по новым видам услуг;
7. Разработка и реализация стратегии и тактика маркетинга;
8. Разработка маркетинговых программ и обеспечение их реализации;
9. Рекомендации основных требований к товарам и услугам, их ассортименту;
10. Определение программ работ по формированию спроса, рекламе и стимулированию сбыта услуг.

43. Маркетинговая среда. Виды маркетинговых сред.

Маркетинговая среда включает все силы и организации, с которыми предприятие сталкивается в своей повседневной и стратегической деятельности.

Маркетинговая среда фирмы - это совокупность активных субъектов и сил, действующих за пределами фирмы и влияющих на возможности руководства службой маркетинга устанавливать и поддерживать с целевыми клиентами отношения успешного сотрудничества.

Маркетинговая среда предприятия подразделяется на внешнюю, которая, в свою очередь, распадается на макро- и микросреды, и внутреннюю среды. Маркетинговая среда обладает качествами изменчивости, неопределенности, наложения ограничений и глубоко затрагивает деятельность предприятия. Маркетинговая среда несет в себе и возможности, и опасности для любого предприятия. Для реализации возможностей и предотвращения негативных последствий предприятие должно следить за изменениями среды, используя маркетинговые исследования и текущую маркетинговую информацию.

Внутренняя среда предприятия - это само предприятие, сюда относятся цели предприятия, организационные структуры, которые определяют характер принятия решений, работники предприятия, частично собственники капитала и целый ряд других факторов, находящихся внутри предприятия. Особенностью

факторов влияния внутренней среды является то, что все они являются контролируемыми, так как само предприятие определяет их характеристики. Единственным критерием организации внутренней среды и ресурсов должна быть оценка того, сможет ли предприятие достичь поставленных целей во внешней среде бизнеса.

К факторам *микросреды* предприятия относятся: покупатели, поставщики, конкуренты, контактные аудитории, собственники (акционеры), маркетинговые посредники. Все эти факторы достаточно четко определяют коммерческую деятельность предприятия и его маркетинговую философию. Внешняя микросреда частично может управляться маркетингом предприятия. Важнейшими элементами микросреды являются потребители и конкуренты.

Макросреда складывается из шести основных сил:

1. Социально-демографические - численность населения и ее прогноз; распределение покупателей по полу, возрасту, размеру семьи и образованию, классовой принадлежности.
2. Научно-технические - уровень научно-технического прогресса, позволяющий производить новые виды продукции, устанавливать новые стандарты производства и потребления и тем самым проводить эффективную маркетинговую деятельность.
3. Политические - социально-политический строй, расстановка политических сил и общественных движений, особенности законодательной системы и ее исполнения, вероятность возврата к прошлой политической системе, криминальная обстановка в стране, количество политических фракций в законодательной власти и т. д.
4. Культурные, связанные с тем, что люди живут в определенном обществе, которое формирует их основные взгляды, ценности и нормы поведения. Они воспринимают мировоззрение, определяющее их взаимоотношения с другими членами общества.
5. Экономические факторы - объем ВВП за последние пять лет, в том числе на душу населения, по регионам, по периодам; производство продукции по отраслям; розничный и оптовый оборот, индексы цен, оптовых и розничных, по отдельным товарам (услугам), периодам, регионам, на душу населения; уровень безработицы; доходы и расходы населения; распределение национального дохода на потребление и накопление; объем инвестиций, в том числе иностранных.
6. Природно-климатические - оценка основных природных ресурсов страны и ее место в мировом сообществе, извлечение из недр природных ресурсов (интенсивность по отношению к общим запасам и степень извлечения), характеристика климатических факторов страны и др.

44. Определение понятия «риск-менеджмент» в здравоохранении. Приоритеты управления рисками в здравоохранении. Основные группы рисков в здравоохранении.

Риск-менеджмент изучает влияние на различные сферы деятельности человека, в том числе и в здравоохранении, случайных событий (рисков), наносящих физический и моральный ущерб.

Классификация рисков в здравоохранении:

1. Социально-политические риски;
2. Риски, связанные с управлением;
3. Профессиональные (медицинские) риски, связанные с гражданско-правовой ответственностью;
4. Риски, связанные с угрозой здоровью медицинских работников;
5. Поведенческие риски сохранения здоровья со стороны самого пациента, его семьи и работодателя;
6. Финансово-экономические риски;
7. Прочие риски

Управление рисками (риск-менеджмент) – это система мероприятий, целью которых является уменьшение повреждающего воздействия, опасности для здоровья и жизни (в медицине – уменьшение количества врачебных ошибок, дефектов, осложнений лечебно-диагностического процесса и т.д.).

Работа по прогнозированию и предотвращению риска врачебных ошибок должна быть приоритетом в управлении качеством медицинской помощи и обеспечении безопасности пациентов.

Для повышения безопасности медицинской помощи необходимы комплексные системные усилия, включающие широкий спектр профессиональных, организационных, правовых и психологических мер по совершенствованию лечебно-диагностического процесса, обеспечению реальных условий по управлению рисками, включая безопасность применения лекарственных препаратов и использования медицинского оборудования, санитарно-эпидемиологический контроль, безопасность клинической практики и безопасную обстановку (техногенную, противопожарную, антитеррористическую и др.) в медицинских организациях.

45. Понятия «врачебная ошибка» и «безопасность пациентов». Основные направления, призванные обеспечить предельно высокую безопасность пациента. Примеры врачебных ошибок по трем этапам диагностики.

Под врачебной ошибкой понимается добросовестное заблуждение врача в диагнозе, методике лечения, выполнении операции и т.д., возникших вследствие объективных и субъективных причин (несовершенство медицинских знаний, техники, недостаточность профессиональных знаний конкретного врача, небольшой опыт и стаж работы в медицине и др.).

Врачебные ошибки в 80-85% случаев являются причинами осложнений заболеваний, зачастую приводящих к тяжелому клиническому, а иногда и летальному исходу. Медицинские организации могут нести значительные моральные и экономические убытки, т.к. значительная часть врачебных ошибок является основанием для судебных разбирательств по искам пациентов или их родственников.

Объективные причины диагностических осложнений:

- индивидуальные реакции больного, отягощающие факторы (возраст, особенности течения и тяжесть основного заболевания, наличие сопутствующих болезней и др.);
- трудности, возникающие при выполнении инструментального (или

оперативного) вмешательства;

- технические возможности проведения манипуляции;
- отсутствие необходимых условий в данной МО;

Субъективные причины диагностических осложнений (недостаточная профессиональная квалификация, особенности личности и характера врача, уровень общей культуры и др.).

Основными причинами осложнений при диагностических исследованиях являются:

- недооценка степени риска манипуляции в каждом конкретном случае;
- технические дефекты при их выполнении;
- недостаточный контроль и наблюдение за больным во время и после проведения исследования;
- другие.

Основные направления деятельности для обеспечения предельно высокой безопасности пациентов:

- использование медицинских вмешательств с доказанной клинической и экономической эффективностью;
- внедрение оптимальных технологий управления лечебно-диагностическим процессом;
- обучение пациентов.

46. Виды классификаторов и кодификаторов в здравоохранении, их применение.

В соответствии с отраслевым стандартом «Принципы и порядок построения классификаторов в здравоохранении. Общие положения» (ОСТ ПКЗ 91500.01.00032000) внедряются следующие классификаторы:

- предприятий, медицинских организаций;
- административно - территориальной единицы;
- отраслевые;
- общероссийские;
- объединений, общественных организаций, ассоциаций, в т.ч. международные

1. Классификаторы и кодификаторы, которые разрабатываются и применяются только внутри отдельных медицинских организаций (классификатор операционных вмешательств, классификатор послеоперационных осложнений; реестр (прейскурант) платных мед. услуг; кодификатор табельных номеров врачей; кодификатор структурных подразделений медицинской организации и т.д.

2. Территориальные классификаторы и кодификаторы, которые разрабатываются и применяются в административно – территориальной единице (Московский городской реестр медицинских услуг в системе ОМС и тарифы на услуги, оказываемые по территориальной программе ОМС г.Москвы)

3. Отраслевые классификаторы, применяемые в Российской Федерации, разрабатываются и используются в отдельных отраслях (Отраслевой

классификатор «Простые медицинские услуги» 91500.09.0001-2001 (утв. Приказом Минздрава РФ от 10 апреля 2001 г. N 113), Отраслевой классификатор «Сложные и комплексные медицинские услуги» (утв. Приказом Минздрава РФ от 16 июня 2001 г. № 268)

4. Общероссийские (Федеральные) классификаторы и кодификаторы, которые разрабатываются и применяются на территории Российской Федерации (Комплексный классификатор данных о больных злокачественными новообразованиями в системе Государственного ракового регистра Российской Федерации).

5. Международные классификаторы и кодификаторы медицинской информации. На текущий момент существует огромное число международных систем, позволяющих эффективно классифицировать медицинские данные. (SNOMED International (разработанный College of American Pathologists, США), Unified medical language system — UMLS (National Medical Library, США), Read clinical codes — RCC (Центр по кодированию и классификации Национальной системы здравоохранения, Великобритания)).

Одной из ведущих систем классификаций медицинских данных, используемых в международной медицинской практике в настоящее время, является Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (МКБ-10) (англ. International Statistical Classification of Diseases and Related Health, созданная Всемирной Организацией Здравоохранения).

47. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра и ее применение для кодирования диагнозов.

Международная классификация болезней, травм и состояний, связанных со здоровьем (МКБ), является международной стандартной диагностической классификацией, которую используют для общих эпидемиологических целей, включая анализ общей ситуации со здоровьем населения и его отдельных групп, а также подсчет частоты и распространенности болезней и других проблем, связанных со здоровьем, в их взаимосвязи с различными факторами. МКБ широко используется с целями, связанными с управлением здравоохранением, с разработкой национальных программ профилактики и развития медицинской науки. Необходимость систематизировать информацию о болезнях, проблемах и состояниях, связанных со здоровьем, возникла более 300 лет назад. В процессе изучения проблемы в различных странах было принято решение о пересмотре МКБ каждые 10 лет в связи с изменением ситуации с заболеваемостью населения и совершенствованием подходов к ее учету и классификации.

Действующая в настоящее время Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) была обсуждена на Международной конференции Всемирной организации здравоохранения в Женеве в 1989 г., одобрена на сорок третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения ВОЗ в 1990 г. и начала входить в обиход в государствах — членах ВОЗ с 1994 года.

В МКБ-10 увеличено число классов заболеваний с 17 до 21. Класс «Болезни

нервной системы и органов чувств» разделен на класс VI «Болезни нервной системы», VII «Болезни глаза и его придаточного аппарата» и VIII «Болезни уха и сосцевидного отростка». Вспомогательный E-код заменен на самостоятельный класс XX «Внешние причины заболеваемости и смертности», а V-код на класс XXI «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения». «Международная классификация болезней, травм и причин смерти» была переименована в «Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем» с 10-го пересмотра. Главное нововведение в 10-ом пересмотре – это использование алфавитно-цифровой системы кодирования, предполагающей наличие в четырехзначной рубрике одной буквы, за которой следуют три цифры, что позволило более чем вдвое увеличить размеры структуры кодирования. Введение в рубрики букв или групп букв позволяет закодировать в каждом классе до 100 трехзначных категорий. Из алфавита 26 букв использовано 25. Таким образом, возможные номера кодов простираются от A00.0 до Z99.9. Буква U оставлена резервной.

Важным нововведением стало включение в конце некоторых классов перечня рубрик для нарушений, возникающих после медицинских процедур. Эти рубрики указывали на серьезные состояния, возникающие после различных вмешательств, например, эндокринные и метаболические расстройства после удаления органа или другие патологические состояния, такие как демпинг-синдром после операции на желудке.

48. Роль медицинских регистров в системе здравоохранения на современном этапе. Нозологические регистры, их виды и способы их формирования.

Регистры пациентов представляют собой сбор информации о лицах, страдающих определенными заболеваниями. Их разновидностями могут быть регистры пациентов с острыми заболеваниями и неотложными состояниями, регистры пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, регистры пациентов с редкими заболеваниями. Другая разновидность регистров представляет собой сбор информации о пациентах с определенной терапией (т.н. экспозиционные регистры препаратов или медицинского оборудования). Многие авторы отмечают важность ведения регистров для оценки эффективности оказания медицинской помощи, учета пациентов, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями, которые требуют дорогостоящих методов лечения, таких как высокотехнологическая медицинская помощь или дорогостоящие препараты.

Регистры являются удобным инструментом для решения некоторых организационных и исследовательских вопросов.

Помимо прочего, регистры имеют значение для оценки отдаленных результатов клинических исследований, поскольку описывают состояние пациентов и проводимое лечение, имея при этом значительную продолжительность ведения.

Регистры используются для расчета и прогнозирования экономических затрат на определенную нозологию, позволяют оценивать и контролировать эпидемиологическую ситуацию, получать более достоверные данные о заболеваемости.

На основании анализа зарубежного опыта можно сделать вывод о том, что регистры способны предоставить специалистам и исследователям в области здравоохранения информацию о пациентах с определенными заболеваниями, чтобы улучшить понимание этого заболевания.

При этом некоторые зарубежные регистры также делят лиц, страдающих анализируемым заболеванием, на дополнительные группы, например, социальные или профессиональные, что позволяет анализировать и выявлять тенденции и особенности распространения заболевания. Регистры используются также для оценки общей эпидемиологической ситуации, эффективности определенных видов лечения, а также качества жизни, что является одной из основных целей учета для некоторых стран. Многие страны используют регистры для экономических расчетов. Другие регистры используются в т.ч. для привлечения лиц, страдающих данным заболеванием, к участию в клинических исследованиях. При этом количество регистров пациентов имеет явную тенденцию к неуклонному росту.

Например, согласно Федеральному закону от 21 октября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Федеральный закон № 323-ФЗ), в целях организации оказания медицинской помощи, включая обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения, осуществляется ведение Федерального регистра лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, и Федерального регистра лиц, больных туберкулезом, содержащих следующие сведения:

- 1) страховой номер индивидуального лицевого счета гражданина в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии);
- 2) фамилия, имя, отчество, а также фамилия, которая была у гражданина при рождении;
- 3) дата рождения;
- 4) пол;
- 5) адрес места жительства;
- 6) серия и номер паспорта (свидетельства о рождении) или иного документа, удостоверяющего личность, дата выдачи указанных документов;
- 7) дата включения в соответствующий Федеральный регистр;
- 8) диагноз заболевания (состояние);
- 9) иные сведения, определяемые Правительством Российской Федерации.

Федеральный регистр лиц, страдающих заболеваниями, вошедшими в перечень семи высокочастотных нозологий (например, гемофилия и онкогематологические заболевания), создан в том числе для обеспечения централизованной закупки необходимых лекарственных средств.

Федеральный Регистр больных сахарным диабетом ведет ФГБУ «Эндокринологический Научный Центр» в рамках программы клинико-эпидемиологического мониторинга сахарного диабета на территории Российской Федерации. Регистр был создан в целях объективизации данных по эпидемиологии, диагностике и терапии сахарного диабета, поддержки формирования потребности региона в лекарственных препаратах и изделиях медицинского назначения, а также для упрощения формирования некоторой отчетности. Регистр содержит сведения о ФИО, дате рождения, поле, и диагнозе. Кроме того, учитываются тип диабета, осложнения, приемы специалистов, сведения об инвалидности и лекарственных препаратах.

49. Цифровой контур системы здравоохранения. Основные направления информатизации системы здравоохранения в Российской Федерации.

Национальным проектом «Здравоохранение», паспорт которого был утвержден по итогам заседания президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам 24 декабря 2018 года, предусмотрена реализация федерального проекта «Создание единого цифрового контура здравоохранения на основе ЕГИСЗ».

Федеральный проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)» направлен на создание механизмов взаимодействия медицинских организаций, что обеспечит ее цифровую трансформацию и повышение эффективности функционирования отрасли на всех уровнях, создаст условия для использования гражданами электронных услуг и сервисов в сфере здравоохранения.

Основными направлениями реализации проекта являются:

- Внедрение медицинских информационных систем в медицинских организациях, переход на юридически-значимую электронную медицинскую карту .
- Внедрение региональных сервисов и систем для управления здравоохранением
- Функционирование федерального ЦОД и федеральных сервисов ЕГИСЗ
- Развитие сервисов личного кабинета пациента «Мое здоровье» ЕПГУ
- Методическая поддержка и контроль реализации проекта со стороны Минздрава

50. Государственная политика в области профилактики основных хронических неинфекционных заболеваний. Проблемы и пути решения

Государственная политика в сфере здравоохранения и социальная политика Российской Федерации, формируемая на протяжении 20 века при активном участии Н.А. Семашко, Г.Н. Каминского, С.В. Курашева и др. лидеров отечественного здравоохранения декларировала профилактическую направленность как одну из основ своей деятельности.

Эта политика, выраженная в основном законе – Конституции страны, определяет право граждан на охрану здоровья. Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан одним из основных принципов в области охраны здоровья определен приоритет профилактических мер.

Профилактика заболеваний - одна из основных задач службы здравоохранения. Вместе с тем до настоящего времени многие направления профилактической деятельности в практическом здравоохранении не внедрены и остаются лишь декларированными по многим причинам, большинство из которых носит организационный характер.

Основные принципы укрепления здоровья:

- убежденность лиц, принимающих решения,
- межсекторальное сотрудничество (сочетание ресурсов),

- ориентация на граждан,
- участие местного сообщества (не только для людей, но вместе с людьми),
 - приоритет профилактических мер.

Для реализации указанных принципов необходимо:

1. Развитие системы школ общественного здравоохранения для подготовки немедицинских специалистов по проблемам общественного здоровья
2. Привлечение к решению проблем укрепления общественного здоровья всех заинтересованных организаций и лиц в пределах их возможностей
3. Формирование мотивации общества и граждан на сохранение и укрепление здоровья.

Построение приоритетов профилактической деятельности требует учета следующих основных позиций:

- вклада различных модифицируемых рисков для здоровья в развитие заболеваний и их негативных последствий
- потерь от преждевременной смерти и потерь активной жизни по причинам заболеваний и инвалидности.
- затрат на проведение медицинских вмешательств и социальной поддержки больных и инвалидов
- наличия кадрового и материально-технического потенциала, способного решить поставленные задачи
- степени ожидаемой эффективности от предполагаемых профилактических вмешательств (отношение требуемых затрат к возможному результату)
- наличие либо возможность привлечения средств на инвестирование проектов профилактической деятельности

Учитывая, что здоровье населения напрямую зависит от качества жизни и медицинского обеспечения, построение системы управления охраной здоровья и профилактикой заболеваний должно рассматриваться как общенациональная задача и ее решение требует формирования вертикали и горизонталей управления этой деятельностью на государственном, общественном, отраслевом, а также на федеральном, региональном и муниципальном уровнях. Государственная социальная политика в сфере сохранения и укрепления здоровья нации должна базироваться на здоровьесентристской доктрине, когда основные ресурсы, направленные на охрану здоровья, постепенно перемещаются из сектора диагностики и лечения заболеваний, возмещения ущерба здоровью при его потере, в сектор формирования условий для здорового образа жизни и недопущения развития заболеваний и их неблагоприятных исходов.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 00D9618CDA5DBFCD6062289DA9541BF88C
Владелец: Глыбочко Петр Витальевич
Действителен: с 13.09.2022 до 07.12.2023