

1. *Общественное здоровье и здравоохранение как наука и предмет преподавания; понятие об общественном здоровье и факторах, его определяющих.

ОЗиЗ — дисциплина, изучающая широкий спектр социальных, организационных, экономических, правовых, психологических и других проблем медицины, здоровья населения, его мониторинга, охраны, укрепления и восстановления. Среди факторов, обуславливающих общественное здоровье, выделяют 4 основные группы:

- 1) образ жизни, на который в формировании здоровья приходится 50%;
- 2) генетические факторы (или наследственность) — 20%;
- 3) внешняя среда — 20% (экология);
- 4) здравоохранение — 8—10%;

2. Общественное здоровье и здравоохранение как наука и предмет преподавания; основные задачи, предметы изучения и системы обеспечения общественного здоровья.

Формировать ЗОЖ должны:

1. Государство,
2. Общественные организации,
3. Медицинские учреждения,
4. Человек.

Задачи государства:

1. защита среды обитания,
2. создание безопасных условий труда (работают во вредном производстве 5 мил. , из них 3 мил. женщины),
3. выпуск доброкачественных продуктов,
4. создание индустрии здоровья,
5. внедрение экономических стимулов ЗОЖ
6. организация и проведение гигиенического воспитания (детский сад, школа, институт, предприятие) 60% учителей и воспитателей не видят смысла в гигиеническом воспитании.

Предметы изучения ОЗиЗ:

1. Общественное здоровье
2. Факторы риска и распространённость важнейших заболеваний
3. Система охраны, укрепления и восстановления здоровья
4. Международные тенденции
5. Организационно-медицинские технологии
6. Управленческие процессы

3. Основные методы исследования, используемые для оценки общественного здоровья и деятельности органов и учреждений здравоохранения.

Методы исследования:

1. Исторический
2. Статистический (одномерного и многомерного анализа)
3. Эпидемиологический
4. Социологический
5. Социально-психологический
6. Системный анализ и подход
7. Графологический
8. Моделирование
9. Прогнозирование
10. Экономический анализ
11. Ситуационный анализ
12. Непосредственное наблюдение
13. Организация эксперимента
14. Экспертная оценка
15. Вероятностный

4. Понятие о медицинской статистике. Значение и использование статистики для изучения здоровья населения и оценки деятельности учреждений здравоохранения.

Статистика—общественная наука, изучающая количественную сторону массовых общественных явлений в неразрывной связи с их качественными особенностями.

Медицинская статистика широко используется при изучении вопросов, связанных с медициной, гигиеной и здравоохранением. Являясь основным методом социальной гигиены и организации здравоохранения, она в то же время представляет одну из отраслей статистики.

В медицинской статистике различают три основных раздела: теоретические и методические основы медицинской статистики, статистику здоровья населения и статистику здравоохранения.

В задачи медицинской статистики входит:

- 1) выявление особенностей в состоянии здоровья населения и факторов, определяющих его;
- 2) изучение данных о сети деятельности и кадрах лечебно-профилактических учреждений, а также данных о результатах лечебно-оздоровительных мероприятий, которые используют при поиске путей улучшения здоровья населения и дальнейшего совершенствования системы здравоохранения. Кроме того, методы медицинской статистики применяют в экспериментальных, клинических, гигиенических и лабораторных исследованиях.

В медицине статистические приемы используют при клинико-гигиеническом нормировании факторов производственной среды, при расчете доз лекарственных препаратов, определении стандартов физического развития, оценке эффективности примененных методов профилактики и лечения тех или иных заболеваний и т. д.

5. Основные этапы статистического исследования.

Предварительный этап:

- Выбор темы
- Разработка гипотезы исследования
- Знакомство с литературой
- Формулирование цели и задачи исследования

1 этап: составление программы и плана статистического исследования

План отвечает на вопросы: кто, что, где, когда, как

Подэтапы:

- Программа сбора материала (анкеты, интервью)
- Программа разработки материала (статистические таблицы, перечень статистических величин)
- Программа анализа материала

2 этап: сбор материала

3 этап: обработка материала

4 этап: анализ, выводы, предложение для практики

6. Содержание плана и программы статистического исследования. Виды статистических таблиц и правила их построения.

План исследования:

1. Выбор объекта исследования (пациенты их родственники, медицинский персонал, семьи..),
2. выбор объема исследования (зависит от числа единиц наблюдения), вид исследования: (одномоментное, единовременное, текущее, когортное, проспективное, ретроспективное, лонгитюдное, клиническое, разработка архивных материалов
3. Выбор методы исследования (информационно-библиографический; статистический; психологический, социологический, математический, экономический; непосредственного наблюдения (монологический).
4. календарные сроки проведения исследования,
5. Сроки сбора материала,
6. Исполнители,
7. финансирование,
8. оснащение...

Программа исследования:

1. Единица наблюдения,
2. Классификация учитываемых признаков по характеру и роли в совокупности,
3. Программа сбора материала (анкеты, опросники, методики..)
4. Программа разработки материала (группировка признаков и сведение данных в статистические таблицы).
5. Программа анализа материала.

Таблица должна иметь четкое и краткое заглавие. В таблице, как в грамматическом предложении, различают подлежащее (то, о чем говорится) и сказуемое (то, что объясняет подлежащее). Статистическое подлежащее — это основной признак изучаемого явления; оно располагается, как правило, по горизонтальным строкам таблицы. Статистическое сказуемое — признаки, характеризующие подлежащее, располагается в вертикальных графах таблицы. Оформление таблицы заканчивается итогами по графам и строкам. Различают следующие виды таблиц: простые, групповые и комбинационные (сложные). Простой называется таблица, в которой представлена итоговая сводка данных лишь по одному признаку. В групповой таблице попарно сочетаются признаки: стадия гипертонической болезни и пол, а затем стадия болезни и возраст. Комбинационной называется таблица, в которой сказуемые взаимосвязаны между собой.

7. Закон больших чисел как теоретическая основа выборочного метода. Требования к выборочному методу.

Для обеспечения репрезентативности выборочной совокупности к ней предъявляют два основных требования: 1) она должна обладать основными характерными чертами генеральной совокупности, т. е. быть максимально на нее похожей. Собственно поэтому выборочную совокупность следует отбирать из генеральной на основе определенных правил, обеспечивавших объективность отбора составляющих ее единиц; 2) она должна быть достаточной по объему (числу наблюдений), чтобы более точно выразить особенности генеральной совокупности. Статистика располагает специальными формулами или же готовыми таблицами, по которым можно определить необходимое число наблюдений в выборочной совокупности.

Теоретическое обоснование выборочному методу дает математическая теория вероятностей и обосновываемый этой теорией закон больших чисел.

Вероятностью называют меру возможности возникновения каких-либо случайных событий в данных конкретных условиях и обозначают ее буквой «р».

Теория вероятностей обосновывает закон больших чисел.

Закон больших чисел имеет два важнейших положения для выборочного исследования:

1. по мере увеличения числа наблюдений результаты исследования,

полученные на выборочной совокупности, стремятся воспроизвести данные генеральной совокупности;

2. при достижении определенного числа наблюдений в выборочной совокупности результаты исследования будут максимально приближаться к данным генеральной совокупности. Иными словами, при достаточно большом числе наблюдений выявляются закономерности, которые не удастся обнаружить при малом числе наблюдений.

8. Статистическая совокупность и ее структура.

Статистическая совокупность – это группа состоящая из большого числа относительно однородных (одинаковых) элементов, взятых в одинаковых пределах времени и пространства. Любая статистическая совокупность складывается из единиц наблюдения. Численность единиц наблюдения определяет объем исследования. Единица наблюдения - каждый первичный элемент статистической совокупности, наделенный признаками, подлежащими исследованию и в той или иной степени характерными для всей совокупности.

Признаки:

1. Сходства (пол, возраст, место учебы, работы, заболевание),
2. Различия (чаще всего это учитываемые признаки по которым отличаются друг от друга единицы наблюдения).

По характеру:

1. Атрибутивные (описательные),
2. Количественные.

По роли в совокупности:

1. Факторные – под влиянием которых может меняться другой признак.
2. Результативные – те, которые изменяются под действием факторных признаков.

Например:

Возраст будет факторным признаком по отношению к росту, а рост – результативным.

9. Сплошной и выборочный методы статистического исследования. Понятие о репрезентативности.

Статистическая совокупность

1. Генеральная (включает все единицы наблюдения, которые могут быть к ней отнесены в соответствии с целью исследования.) Генеральная совокупность может рассматриваться не только в пределах конкретных производств или территориальных границ, но также и ограничиваться другими признаками (пол, возраст) и их сочетанием.

Таким образом, в зависимости от цели исследования и его задач изменяются границы генеральной совокупности, для этого используют основные признаки, ее ограничивающие.

1. Выборочная (часть генеральной совокупности, которая должна быть репрезентативной по отношению к генеральной и наиболее полно отражать ее свойства). На основе анализа выборочной совокупности можно получить достаточно полное представление о закономерностях, присущих всей генеральной совокупности.

Выборочная совокупность должна быть репрезентативной, т. е. в отобранной части должны быть представлены все элементы и в таком же соотношении, как в генеральной совокупности. Иными словами, выборочная совокупность должна отражать свойства генеральной совокупности, т. е. правильно ее представлять

10. Относительные величины в статистике, их значение и применение. Возможные ошибки при неправильном применении относительных величин.

Относительные Величины – используются для сравнения, сопоставления одной совокупности с другой. Рассчитываются путем отношения (деления) одной абсолютной величины на другую, при этом чаще всего за числитель принимается исследуемое явление, а за знаменатель численность населения на данной территории, затем все умножаются на 100 (%), 1 000 (‰), 10 000 (‱). Множитель выбирает сам исследователь для того, что бы полученный результат имел наглядный вид.

Интенсивные показатели – указывают на ЧАСТОТУ, УРОВЕНЬ, изучаемого явления в среде, которая это явление продуцирует (производит). Применение:

1. Для определение частоты, уровня, распространенности явления,
2. Для сравнения различных совокупностей по степени частоты явления (заболеваемости, смертности).
3. Выявление в динамике изменений в частоте явления (рождаемость за ряд лет).

ИП=абсол. числ. изучаем. явл/абсол. числ. среды*100%

Графическое изображение:

1. *столбиковая диаграмма* – иллюстрирует однородные, но не связанные между собой явления, изображает статику явления;
2. *ленточная диаграмма* – разновидность столбиковой,
3. *линейная диаграмма* – отражает изменение явления во времени;
4. *радиальная диаграмма* – разновидность линейной, используется для демонстрации явления, имеющего замкнутый цикл;
5. *картограмма* – карта территории на которой разным цветом или разной интенсивностью одного цвета показана распространенность явления.
6. *картодиаграмма* – сочетание карты и диаграммы, в котором распространенность явления на определенной территории показана разной высотой столбиков (имеет трехмерный и масштабный вид).

Экстенсивные показатели- Показывают отношение части явления к всему явлению целиком, дают представление о количественном распределении составных частей в совокупности. (ДОЛЯ, СТРУКТУРА, УДЕЛЬНЫЙ ВЕС). Применяется:

1. для определение доли в целом,
2. для характеристики структуры явления
3. для сравнения составных частей целого явления.
4. всегда выражаются в %.

ЭП=часть явления/явление в целом*100%

Графическое изображение:

1. секторная диаграмма,
2. круговая диаграмма,
3. кольцевая диаграмма,
4. внутристолбиковая диаграмма.

Показатели соотношения – отношение одной совокупности к другой, которые не связаны друг с другом и не продуцируют друг друга. Применяется Для характеристики частоты явления в среде с ним непосредственно не связанной. Рассчитываются на 1 000 или 10 000 населения. Например: Показатели обеспеченности населения врачами и койками.

Графическое изображение:

1. *столбиковая диаграмма*;
2. *ленточная диаграмма*,
3. *линейная диаграмма*;
4. *картограмма*;
5. *картодиаграмма*.

Показатели наглядности – показывают на сколько (%), или во сколько раз произошло увеличение сравниваемых величин за какой-то период. Получают при отношении сравниваемых величин к одной из них условно принятой за 100%. В показателях наглядности можно представить интенсивные показатели, показатели соотношения и абсолютные величины. Показатель наглядности позволяет скрыть истинную величину явления, демонстрируя его изменение (↓ или ↑) за определенный период.

Графическое изображение:

1. *линейная диаграмма*.

11. Средние величины, их значение и применение в практической деятельности врача.

Средняя величина - это число, выражающее общую меру исследуемого признака в совокупности. С помощью средних величин измеряют средний уровень изучаемого признака, т.е. то общее, что характерно для него в данной совокупности.

Применение средних величин

1. Для оценки состояния здоровья, например: средний рост, вес, функциональные показатели: АД, ЧСС, ЧД, уровень холестерина и т.д.

2. при оценке организации медицинской помощи и деятельности ЛПУ, например средняя посещаемость в день, средняя длительность лечения по отдельным заболеваниям и т.д.

Виды средних величин

а) **Мода** M_0 - величина признака (или варианта), которая чаще других встречается в донной совокупности.

б) **Медиана** M_e – это величина признака, занимающая срединное положение в вариационном ряду. Она делит ряд на две равные по числу наблюдений части. Для ее определения находят середину ряда. В ряду с четным числом наблюдений за M_e принимают среднюю величину из двух центральных вариант. При нечетном числе наблюдений M_e будет

$$\frac{n-1}{2}$$

соответствовать центральной варианта, для этого

с) **Средняя арифметическая** M – это обобщенная величина, характеризующая размер варьирующего признака совокупности. Она равна среднему значению всех вариант в вариационном ряду.

Свойства средней арифметической:

- имеет абстрактный характер, не показывает индивидуальность, а характеризует то типичное, что свойственно всему ряду,
- занимает среднее положение в вариационном ряду,
- сумма отклонений всех вариант от средней арифметической равна нулю т.е.

$$\sum(V - M) = 0$$

Способы расчета средней арифметической

1. *Среднеарифметический способ*.
2. *Способ моментов*.

12. Сигма (σ) и коэффициент вариации (C_v). Их значение и применение.

Характеристика разнообразия признака в статистической совокупности.

Величина признака может быть не одинакова у всех членов совокупности, несмотря на ее относительную однородность. Статистика позволяет определить уровень разнообразия признака в изучаемой совокупности или, то на сколько разнятся (колеблются) показатели этого признака у разных единиц наблюдения, для этого были разработаны:

Критерии разнообразия признака

1. **Лимит** (Lim) – определяется крайними значениями вариант в вариационном ряду.

2. Амплитуда (Am) – разность крайних величин вариант.
3. Среднее квадратическое отклонение (σ) – дает наиболее полную характеристику разнообразия признака в совокупности.

Способы расчета среднеквадратического отклонения:

1. Среднеарифметический способ. (используется при числе наблюдений ≤ 30 или $p=1$)
2. Расчет (σ) по способу моментов (если $n \geq 30$)

В медицине его частое применение можно видеть в определении пределов нормы и патологии: С помощью (σ) можно проводить диагностику тяжести заболевания и дифференциальную диагностику.

4. **Коэффициент вариации (C_v)** – относительная мера разнообразия, позволяет определить степень разнообразия признака: Используется при сравнении разноименных или разноразмерных признаков. Например при сравнении роста, веса, окружности головы у детей разных возрастов В этом случае необходимо ориентироваться не на среднее квадратическое отклонение, а на коэффициент вариации (C_v) или коэффициент разнообразия. $C_v =$

$$\frac{\sigma}{M} \times 100$$

Также с помощью (C_v) можно произвести оценку степени разнообразия признака. Оценка степени разнообразия признака Если: (C_v) $> 20\%$ - сильное разнообразие признака. (C_v) $= 20\% - 10\%$ - среднее разнообразие признака. (C_v) $< 10\%$ - слабое разнообразие признака. При оценке степени разнообразия (C_v) позволяет выявить наиболее и наименее устойчивые признаки в совокупности. Например: при сравнении роста, веса, возраста пациентов можно установить по какому признаку они больше всего отличаются друг от друга или напротив более схожи, т.е. какие признаки наиболее устойчивы и постоянны в данной совокупности.

13. Статистическая оценка достоверности результатов исследования. Применение критерия « t ». Доверительные границы средних и относительных величин.

Достоверность статистических показателей – это степень соответствия отображаемой ими действительности. Достоверными результатами считаются те, которые не искажают и правильно отражают объективную реальность. Оценка достоверности необходима для определения с какой вероятностью можно перенести результаты исследования с выборочной совокупности на генеральную совокупность.

Для оценки достоверности необходимо:

1. Оценить ошибку репрезентативности среднеарифметических (m_m) и относительных величин (m_p).
2. Определить доверительные границы средних и относительных величин.
3. Оценить достоверность разности между двумя интенсивными показателями и средними величинами.
4. Оценить данные и сформулировать вывод.

Определение доверительных границ M и P. *Доверительные границы* - это границы средних или относительных величин вероятности выхода за пределы, которых незначительна. Этот метод применяется тогда, когда приходится по результатам выборочной совокупности судить о явлении во всей генеральной совокупности. Условие применения метода:

1. Обязательное условие при использовании этого метода – это репрезентативность выборочной совокупности.
2. Для переноса результатов выборочной совокупности на генеральную нужно определить степень вероятности безошибочного прогноза (P).

(P) показывает в каком % случаев результаты выборочной совокупности будут характерны для генеральной. Для этого используется (t) – критерий достоверности (точности), размер доверительного интервала. Критерий достоверности (t) выбирает сам исследователь, руководствуясь простым правилом. При $n > 30$: (t) = 2 \rightarrow (P) = 95,5% (t) = 3 \rightarrow (P) = 99,7%

NB! Для большинства медико-биологических исследований считается достаточной степень вероятности безошибочного прогноза (P) = 95,5%, т.е. число случаев генеральной совокупности, в которых могут наблюдаться отклонения от выявленной закономерности составит 4,5%. Для особо сложных исследований, при которых отклонения от нормы чреваты гибелью пациента, применяется (P) = 99,7%, т.е. отклонение от ожидаемого результата должно составить не более 0,3% случаев. При $n < 30$: (t) определяют по специальным таблицам.

$$\begin{matrix} \text{Доверительные границы средних величин} & \bar{M} = \bar{M} \pm tm \\ \text{Доверительные границы относительных величин} & \bar{P} = \bar{P} \pm tm \end{matrix}$$

Доверительные границы зависят от размера доверительного интервала (критерия точности) и ошибки репрезентативности. Если ошибка большая, то получают большие доверительные границы для выборочной совокупности, которые могут противоречить генеральной совокупности, в отдельных случаях даже превышать ее. Это свидетельствует о недостаточности единиц наблюдения или о нерепрезентативности выборочной совокупности. Стандартный Вывод: *С вероятностью безошибочного прогноза 95,5% можно утверждать, что достоверные границы (исследуемого признака), при переносе результатов исследования на всю генеральную совокупность будут не менее % ... и не более ... %.*

Оценка достоверности разности результатов исследования. Этот метод применяется при сравнении двух исследуемых групп, когда нужно определить, случайны или закономерны, т.е. обусловлены какой либо причиной, различия между средними величинами или относительными показателями. При его использовании обязательными условиями являются: репрезентативность выборочной совокупности, наличие причинно-следственной связи между сравниваемыми величинами. Для средних

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}$$

величин: $t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{m_1^2 - m_2^2}}$ Для относительных показателей:

Если (t) ≥ 2 , что соответствует вероятности безошибочного прогноза (P) $\geq 95,5\%$, поэтому разность следует считать достоверной, т.е. существенной или обусловленной влиянием какого-то фактора, что будет верно, и для генеральной совокупности.

При (t) < 2 , вероятность безошибочного прогноза составит (P) $< 95,5\%$, следовательно разность в показателях случайна, т.е. не обусловлена какой-то закономерностью. Из формул следует, что оценка достоверности разности результатов исследования будут зависеть от ошибки репрезентативности, которая в свою очередь зависит о числа единиц наблюдения. Вывод: *С вероятностью безошибочного прогноза 95,5% можно утверждать, что показатель 1(его характеристики) достоверно выше 2 показателя (его характеристики).*

14. Значение и применение ошибки средней арифметической величины и относительного показателя.

Определение ошибки репрезентативности: Возникает в тех случаях, когда требуется по частям охарактеризовать явление в целом. Генеральная совокупность может быть охарактеризована по выборочной только с определенными погрешностями, измеряемыми ошибкой репрезентативности. По величине ошибки репрезентативности определяют, на сколько результаты, полученные при выборочном наблюдении, отличаются от результатов, которые могли бы быть получены при проведении сплошного исследования.

- a) Средняя ошибка средней арифметической, при числе наблюдений

$$= \frac{\sigma}{\sqrt{n}}, \text{ при } n < 30; m_m = \frac{\sigma}{\sqrt{n-1}}$$

где: m – ошибка репрезентативности средней арифметической величины; n – число наблюдений; σ – среднее квадратическое отклонение.

Из формул видно, что средняя ошибка средней арифметической прямо пропорциональна степени разнообразия признака и обратно пропорциональна корню квадратному из числа наблюдений, следовательно, для уменьшения этой ошибки нужно увеличить число наблюдений.

- В) Ошибка относительных показателей при числе наблюдений

$$= \frac{P_x g}{\sqrt{n}}, \text{ при } n < 30 m_p = \frac{P_x g}{\sqrt{n-1}}$$

где – m_p – ошибка относительных показателей
P – показатель, выраженный в %, ‰ и т.д.
g – (100-P) при P=%; (1000-P) при P=‰
n – число наблюдений.

15. Метод стандартизации, его значение и применение.

Условие для применения метода стандартизации:
Метод стандартизации применяется при сравнении интенсивных показателей, рассчитанных для совокупностей, отличающихся по своему составу.

Сущность метода стандартизации состоит в том, что он позволяет устранить возможное внешнее различие в составе совокупностей по какому-либо признаку на величину сравниваемых интенсивных показателей. Это достигается путем условного уравнивания составов этих совокупностей по данному признаку.

Характеристика стандартизованных показателей:
---- - это условные величины, не дающие представление об истинном размере явления, а указывающие лишь на то, какова была бы величина сравниваемых интенсивных показателей, если бы они были бы вписаны для однородных по своему составу совокупностей.

Назначение метода стандартизации:

Метод стандартизации применяется для того, чтобы установить, повлияла ли неоднородность составов совокупностей по какому-либо признаку на различия сравниваемых интенсивных показателей

Этапы расчёта стандартизованных показателей:

I этап. Расчёт интенсивных показателей в отдельных группах, по признаку различия и по совокупности в целом

II этап. Определение стандарта, то есть одинакового для сравниваемых совокупностей численного состава по данному признаку. Как правило за стандарт принимается сумма или полу сумма численностей соответствующих групп.

III этап. Вычисление ожидаемых абсолютных величин в группах стандарта на основе групповых интенсивных показателей, получение итоговых чисел по сравниваемым совокупностям путём суммирования ожидаемых величин

IV этап. Вычисление стандартизированных показателей для сравнения совокупностей

V этап. Сопоставление соотношений стандартизированных и интенсивных показателей. Формулировка вывода.

16. Корреляция: определение, применение и оценка коэффициента корреляции.

Корреляция – это взаимосвязь между признаками.

Виды корреляционной связи:

1. Функциональная - когда любому значению одного из признаков соответствует значение другого (определенному радиусу круга соответствует определенная площадь). Такая связь характерна для физико-химических явлений.

2. Корреляционная это вид проявления количественной связи между признаками. Она характерна для медико-биологических и социально-гигиенических исследований. Возникает тогда, когда значению средней величины одного признака соответствуют несколько значений другого взаимосвязанного с ним признака (рост и масса, уровень гемоглобина и насыщенность крови кислородом). Корреляционную связь можно представить с помощью таблицы, графика.

Практическое значение:

-Для выявления причинно-следственных связей между факторными и результативными признаками (оценка физического развития, определения связи между условиями труда и состоянием здоровья).

-Зависимость параллельных изменений нескольких признаков от какой-то величины (при воздействии I факторного признака изменились значения нескольких результативных признаков).

Коэффициент корреляции - Это числовое значение, которое дает представление о направлении и силе связи.

По направлению корреляционная связь может быть:

Прямая, когда с увеличением значения одного признака увеличивается значение другого (рост-вес). Коэффициент корреляции со знаком (+).

Обратная, при которой увеличение значения одного признака ведет к уменьшению значения другого (иммунитет человека и активность патогенных микроорганизмов). Коэффициент корреляции со знаком (-).

Размер связи колеблется от 0 до 1:

Коэффициент корреляции = 1 – полная связь.

Коэффициент корреляции = 0 – отсутствие связи.

Сила связи:

1. сильная,
2. средняя,
3. слабая

Оценка связи

Размер связи	Характер связи
	Прямая (+)
Полная (функциональная)	+ 1
Сильная	От + 1 до + 0,7
Средняя	От + 0,7 до + 0,3
Слабая	От + 0,3 до 0
Отсутствие связи	0

Методы определения коэффициента корреляции:

1. Ранговый (Спирмена).
2. Квадратов (Пирсона).

17. Графическое изображение статистических показателей.

Графическое изображение:

7. **столбиковая диаграмма** – иллюстрирует однородные, но не связанные между собой явления, изображает статику явления;

8. **ленточная диаграмма** – разновидность столбиковой,

9. **линейная диаграмма** – отражает изменение явления во времени;

10. **радиальная диаграмма** – разновидность линейной, используется для демонстрации явления, имеющего замкнутый цикл;

11. **картограмма** – карта территории на которой разным цветом или разной интенсивностью одного цвета показана распространенность явления.

12. **картодиаграмма** – сочетание карты и диаграммы, в котором распространенность явления на определенной территории показана разной высотой столбиков (имеет трехмерный и масштабный вид).

18. Основные принципы охраны здоровья в соответствии с «Основами законодательства об охране здоровья граждан в РФ».

Охрана здоровья граждан (ОЗГ) — это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного,

научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетия, предоставление медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Основными принципами ОЗГ являются:

1. Соблюдение прав человека и гражданина, обеспечение государственных гарантий.
2. Приоритет профилактических мер в области ОЗГ.
3. Доступность медико-социальной помощи.
4. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья.
5. Ответственность государственной власти, предприятий, учреждений и должностных лиц за обеспечение прав граждан в области ОЗГ.

Задачи законодательства:

1. Определение ответственности и компетенции РФ, республик и др. субъектов Федерации по вопросам ОЗГ.
2. Правовое регулирование в области ОЗГ предприятий, учреждений.
3. Определение прав граждан, отдельных групп населения в области ОЗГ и установление гарантий их соблюдения.
4. Определение профессиональных прав, обязанностей и ответственности медицинских и фармацевтических работников, установление гарантий их социальной защиты

19. Современные тенденции и особенности показателей здоровья населения в разных странах мира.

Основные особенности и тенденции показателей здоровья населения стран

В экономически развитых странах.

Постарение населения; рост смертности; снижение, либо стабилизация рождаемости; естественный прирост 0 - 3‰; снижение младенческой смертности.

Рост хронических заболеваний, наибольшие темпы роста нервно-психической патологии.

Деакселерация.

Увеличение объема средств на медико-социальную помощь (рост инвалидизации).

В экономически развивающихся странах Азии и Африки.

Прогрессивный тип населения. Большой прирост населения. Высокая смертность от инфекционных и паразитарных болезней. Низкий показатель ОПЖ.

Оценка общественного здоровья.

Медико-демографическая ситуация:

Тенденции к:	Улучшению	Ухудшению	
Младенческая смертность	(15.3)		Общая смертность (15.3)
Рождаемость		(8.7)	Ожидаемая продолжительность
Материнская смертность	(42.6)		предстоящей жизни (65 л), м-58.9, ж-
Частота абортов трудоспособного	(57)		72.4
			Смертность лиц
			возраста

Заболеваемость:

Снизилась	Увеличилась
Управляемые инфекции (корь, дифтерия)	Бол-ни системы кровообращения Травмы, отравления. Заболевания, передаваемые половым путем
	Психические расстройства. Наркомания, алкоголизм и курение Туберкулез Инвалидность

20. Характеристика современных демографических процессов в Российской Федерации.

Демография изучает закономерности явлений и процессов в структуре, размещении и динамике населения.

Значение демографии:

1. Показатель здоровья
2. Используется в планировке сети и кадров
3. Более рациональные действий в области охраны материнства и детства (ОМид)
4. Планирование мероприятий медицинского и социального характера
5. Планирование мероприятий по охране здоровья населения

Разделы демографии:

1. Статистика населения (численность населения, состав по полу и возрасту, плотность населения на территории)
2. Динамика

- Миграция
- Воспроизводство

В России численность ежегодно падает на 700-800 тыс. человек

Число удерживается на одном и том же уровне за счёт миграции 53% мужчин, 47% женщин

Рождаемость в 2000 г. – 8,3% (меньше всего в Москве, С-П, Туле и по соответствующим областям).

Рождаемость = число родившихся/число населения *1000

Общая фертильность = число родившихся/число женщин, участвующих в воспроизводстве*1000

Повозрастная фертильность = число родов у женщин/число женщин соотв. Возраста

Смертность в 2000 г – 15,8%

Младенческая смертность – 16,9%

21. Современные тенденции и региональные особенности естественного движения населения Российской Федерации; факторы, определяющие эти тенденции.

Средняя ожидаемая продолжительность жизни в нашей стране мужчины 61,6 лет, женщины – 73,5 лет, средняя 66,9 лет.

Закономерности:

1. Депопуляция населения
2. Беспрецедентная рождаемость
3. Снижение трудоспособного возраста
4. Рост смертности от всех причин, особенно от травм
5. Демографическое постарение населения
6. Изменение половой структуры населения
7. Много женщин пожилого возраста
8. Выраженная миграция
9. Повышение уровня младенческой смертности
10. Повышение уровня материнской смертности
11. Разрыв между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин (12 лет).
12. Увеличение числа аборт.

22. Характеристика современных миграционных процессов и их влияние на здоровье населения; роль органов и учреждений здравоохранения.

23. Демографические показатели. Методика оценки и анализа основных показателей естественного движения населения.

При изучении демографических процессов анализируют коэффициенты, характеризующие интенсивность естественного и механического движения населения, общие и повозрастные показатели рождаемости, смертности, обобщающие показатели таблиц смертности.

1. Коэффициент рождаемости характеризует частоту рождений за год на 1000 населения, проживающего на конкретной территории. Методика его расчета такова:

$$\text{Годовой показатель рождаемости} = \left(\frac{\text{число родившихся за год}}{\text{среднегодовая численность населения}} \right) \times 1000$$

2. Коэффициент смертности характеризует частоту смертных случаев за год на 1000 населения, проживающего на конкретной территории. Его рассчитывают так:

$$\text{Годовой показатель смертности} = \left(\frac{\text{число умерших за год}}{\text{среднегодовая численность населения}} \right) \times 1000$$

Коэффициент естественного прироста населения получают как разность коэффициентов рождаемости и смертности или из абсолютных чисел — как отношение разности, полученной из абсолютных чисел родившихся и умерших, к среднегодовой численности населения:

$$\text{Показатель естественного прироста населения} = \left(\frac{\text{число родившихся} - \text{число умерших}}{\text{среднегодовая численность населения}} \right) \times 1000$$

Оценивать показатель естественного прироста населения необходимо с учетом показателей рождаемости и смертности, из которых он был получен, так как одни и те же размеры прироста могут быть получены при высоких и при низких показателях рождаемости и смертности. Например, рождаемость составляет 42%, смертность — 29%, прирост — 13%, или рождаемость — 24%, смертность — 11%, прирост — также 13%. Поэтому целесообразно оценивать не сам показатель естественного прироста населения, а размеры показателей рождаемости и смертности и их соотношение.

Особый интерес для органов здравоохранения представляет анализ причин смерти.

При вычислении показателей смертности от отдельных причин в числитель вносят число случаев смерти от данной причины, а в знаменатель — среднюю численность населения, среди которого произошли эти случаи (показатель принято рассчитывать на 1000 населения соответствующей группы).

Младенческая смертность - показатель частоты смерти детей на 1-м году жизни. Рассчитывают этот показатель на 1000 детей, родившихся живыми (в акушерских стационарах и на дому), по данным территориальных ЗАГСов. Долголетний опыт многих стран показывает, что из всех умирающих в возрасте до 1 года около 2/3 родилось в том же календарном году и около 1/3 — в году, предшествовавшем году их смерти. Ввиду этого уточненный годовой показатель младенческой смертности исчисляется по следующей формуле:

$$\text{Младенческая смертность} = \left[\frac{\text{число детей, умерших на 1-м году жизни за данный год}}{\% \text{ детей, родившихся живыми в данном году} + \frac{1}{2} \text{ детей, родившихся живыми в предыдущем году}} \right]$$

Жизнь ребенка 1-го года делится на два основных резко отличающихся периода: 1-й месяц жизни (точнее 4 недели) - период новорожденности (неонатальный период) и более старший период жизни (2-12 месяцев) - постнеонатальный период. Соответственно этим периодам можно рассчитать показатели неонатальной и постнеонатальной смертности.

Перинатальная смертность — это собирательное понятие, включающее мертворождаемость и раннюю неонатальную смертность новорожденных.

$$\text{Перинатальная смертность} = \left[\frac{\text{число детей, родившихся мертвыми} + \text{число детей, умерших в 1-ю неделю жизни}}{\text{число детей, родившихся живыми и мертвыми}} \right] \times 1000$$

При изучении многих вопросов, связанных со статистикой населения, особенно воспроизводства населения, приобретает важное значение понятие «семья».

Общий коэффициент брачности исчисляется в промилле как отношение числа заключенных браков за год к среднегодовой численности населения. Общий коэффициент разводов исчисляют так: число разводов, зарегистрированных за год, относят к среднегодовой численности населения и это отношение умножают на 1000.

В настоящее время в странах с высоким уровнем плодovitости наблюдаются значительные различия в уровнях смертности от высокого до очень высокого, связанного с биологическими, социальными и культурными различиями. Показатели рождаемости в развитых странах не имеют значительного различия. В мире существует два основных типа воспроизводства населения:

1) низкие показатели рождаемости и общей смертности, небольшой прирост населения и относительно высокая средняя продолжительность жизни; это типично для стран с высоким развитием экономики;

2) высокая рождаемость, высокая общая и особенно детская смертность, значительный прирост населения и сравнительно низкая средняя продолжительность жизни, быстрая смена поколений; это характерно для развивающихся стран.

24. Коэффициенты рождаемости и плодovitости: методика их оценки и анализа.

Основные демографические показатели исчисляют обычно на 1000 населения.

1. Коэффициент рождаемости характеризует частоту рождений за год на 1000 населения, проживающего на конкретной территории. Методика его расчета такова:

$$\text{Годовой показатель рождаемости} = \frac{\text{число родившихся за год}}{\text{среднегодовая числ. насел.}} \times 1000$$

2. Факторы, влияющие на фертильность:

1. Социально-экономическая нестабильность.
 - Снижение доходов населения
 - Нерациональное питание
 - Неблагоприятные жизненные условия
 - Безработица
2. Медицинские аспекты (аборт, качество системы родовспоможения).

0-28 суток – неонатальное время

Брачная плодovitость = число родившихся за год/число женщин детородного возраста в браке

Суммарная плодovitость = среднее число родившихся на 1 женщину.

25. Перепись населения и ее значение для здравоохранения. Роль врача в регистрации естественного движения населения.

Важнейшим источником изучения численности, состава и территориального размещения населения являются переписи населения.

Учет населения в нашей стране имеет довольно давнюю историю. Однако единственной переписью населения (в современном понимании этого слова) в дореволюционной России была перепись 1897 г., охватившая всю территорию страны.

Первая перепись населения в бывшем СССР проведена по состоянию на 28 августа 1920 г. Ее подготовка и проведение проходили в необычайно трудных условиях интервенции и гражданской войны. Последующие переписи проводились в 1926, 1939, 1959, 1970, 1979 и 1989 гг.

Перепись населения в современных условиях представляет собой сложную научно-организационную статистическую операцию, основными чертами которой являются: 1) всеобщность, т. е. переписи подлежат все лица, относящиеся к данной территории; 2) наличие программы переписи и ее единство; 3) учет признаков каждого отдельного человека; 4) сбор сведений непосредственно у населения; 5) экспедиционный метод наблюдения, т. е. сбор сведений путем личной беседы с каждым человеком; 6) одномоментность переписи, т. е. проведение учета населения по состоянию на определенный «критический» момент времени; 7) централизация, обеспечивающая соблюдение единства программы и метода переписи, выполнение всех работ в установленные сроки; 8) обработка данных на электронно-вычислительных машинах; 9) сочетание сплошного учета данных с выборочным учетом некоторых признаков.

Итоги переписей положены в основу определения и прогнозирования численности, состава и размещения населения в межпереписной период. Переписи населения принято проводить через каждые 10 лет

Данные о населении, помимо их огромного значения для анализа и планирования социально-экономического развития, также необходимы для плановой и успешной деятельности органов и учреждений здравоохранения, для разработки планов оздоровительных мероприятий, определения качества, мощности и размещения сети больниц и поликлиник, родильных домов, женских консультаций, детских поликлиник и яслей, санитарно-эпидемиологических станций и подготовки медицинских кадров. Кроме того, данные статистики населения вместе с другими показателями о народном здоровье (заболеваемость и физическое развитие) служат для

медицинских работников важными критериями, характеризующими уровень здоровья населения в связи с проводимыми социальными и медицинскими мероприятиями.

26. Младенческая смертность в Российской Федерации: особенности и тенденции, структура причин. Основные факторы, влияющие на уровень младенческой смертности.

Младенческая смертность - показатель частоты смерти детей на 1-м году жизни. Рассчитывают этот показатель на 1000 детей, родившихся живыми (в акушерских стационарах и на дому), по данным территориальных ЗАГСов. Долголетний опыт многих стран показывает, что из всех умирающих в возрасте до 1 года около 2/3 родилось в том же календарном году и около 1/3 — в году, предшествовавшем году их смерти. Ввиду этого уточненный годовой показатель младенческой смертности исчисляется по следующей формуле:

$$\text{Младенческая смертность} = \frac{\text{число детей, умерших на 1-м году жизни за данный год}}{\text{2/3 детей, родившихся живыми в данном году} + \text{1/3 детей, родившихся живыми в предыдущ. Году}} \times 1000.$$

Жизнь ребенка 1-го года делится на два основных резко отличающихся периода: 1-й месяц жизни (точнее 4 недели) - период новорожденности (неонатальный период) и более старший период жизни (2-12 месяцев) - постнеонатальный период. Соответственно этим периодам можно рассчитать показатели неонатальной и постнеонатальной смертности.

Причины младенческой смертности:

1. Состояния, возникающие в пренатальном периоде 42%
2. Врожденные аномалии 23%
3. Болезни органов дыхания 12,4%
4. Инфекционные и паразитарные заболевания 6,7%
5. Несчастные случаи 6,5%

27. Перинатальная смертность в Российской Федерации. Причины и факторы, влияющие на уровень перинатальной смертности.

Различают три периода перинатальной смертности: антенатальный (38,6%), интранатальный (46,6%) и постнатальный (14,8%).

Уровень перинатальной смертности колеблется от 5—7 до 30—35 на 1000 родившихся (в странах Европейского региона). Перинатальная смертность дает суммарную характеристику мертво-рождаемости и ранней смертности новорожденных, которые могут рассчитываться и отдельно.

*Мертворождаемость (в %) = мертворожденные / общее число родившихся живыми и мертвыми * 1000*

Основными причинами перинатальной смертности являются: асфиксия, родовая травма, врожденные аномалии развития, гемолитическая болезнь, внутриутробные пневмонии и инфекции плода. На уровень перинатальной смертности влияют социально-биологические факторы (возраст матери, порядковый номер родов, пол и масса плода, наличие абортов в анамнезе, состояние здоровья матери во время беременности и др.), социально-экономические (условия труда беременной, семейное положение, материальное положение и др.), а также уровень и качество медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным.

Дальнейшее снижение перинатальной смертности связано с совершенствованием качества медицинской помощи беременным и новорожденным с учетом перечисленных факторов. Необходимо дифференцированное обслуживание в женской консультации и родильном доме беременных с повышенной вероятностью патологии в родах (так называемые группы риска) и перинатальной смертности их детей.

28. Значение изучения заболеваемости для деятельности органов и учреждений здравоохранения, информационно-аналитическое обеспечение деятельности учреждений здравоохранения и роль медицинских работников в учете и анализе заболеваемости.

Заболеваемость — частота, уровень, распространённость заболеваний всех вместе взятых или каждого в отдельности как среди всего населения, так и в его отдельных группах как на всей территории РФ, так и по её отдельным регионам, взятых за определённые промежутки времени.

Значение:

1. Важнейший показатель здоровья
2. Характеристики деятельности врача
3. Для планирования медицинской сети и кадров
4. Экономический критерий
5. Влияние на продолжительность жизни
6. Необходимость создания специализированных видов медицинской помощи
7. Критерий эффективности или неэффективности систем охраны здоровья
8. Разработка программ профилактики
9. Территориальные программы

Заболеваемость (incidence) - Частота вновь выявленных заболеваний (первичная заболеваемость); Впервые в жизни диагностированное заболевание в течении определенного периода (год).

Болезненность (prevalence) - Распространенность или частота всех болезней (общая заболеваемость); Все заболевания населения, имеющие место за определенный период: острые, хронические новые и известные ранее.

Патологическая пораженность (point prevalence)- Частота заболеваний, выявленных при осмотре (контингент больных на определенную дату или вновь выявленные больные; Частота или распространенность всех

заболеваний как впервые выявленных в данном году (первичная заболеваемость), так и хронических заболеваний, выявленных ранее, но по поводу которых больные обратились в текущем году.

Значение изучения заболеваемости

Одной из обязанностей врача лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и центров санитарно-эпидемиологического надзора (ЦСЭН) являются:

1. регистрация,
2. учет, данных о заболеваемости.
3. анализ

Показатели заболеваемости:

1. Уровень заболеваемости (инт.),
2. структура заболеваемости (экстен.).

Рассчитываются для характеристики состояния здоровья населения в целом или его отдельных групп (по возрасту, полу, по профессии, социального статуса и.д.р.)

29. Заболеваемость населения России (состояние и тенденции). Значение анализа первичной заболеваемости и распространенности для совершенствования организации и качества медицинской помощи.

Особенности и тенденции:

1. Отмечается рост показателей общей и первичной заболеваемости: (за последние 5 лет первичная заб-ть увеличилась на 12%, а общая — на 15%); наиболее быстрыми темпами растут: врожденные аномалии и пороки развития в 1,5раза, болезни мочеполовой системы в 1,4 раза, болезни системы кровообращения в 1,3 раза, болезни нервной системы и органов чувств в 1,2 раза.

2. Рост показателей общей заболеваемости отмечается во всех возрастных группах и составляет случаев на 1000: у детей —1829,8; у подростков — 1511,4; у взрослых — 1188,2. Рост показателей отмечается практически по всем классам болезней. Структура общей заб-ти:

- a) у детей: 1м.- б-ни органов дыхания (от 50%), 2м. — б-ни органов пищеварения (7,1%), 3 м. - б-ни глаза - (5,4%);
- b) у подростков: 1м.- б-ни органов дыхания (34%), 2м. — б-ни глаза - (9,7%); 3 м. - б-ни органов пищеварения (9%);
- c) у взрослых: 1м.- б-ни органов дыхания (19%), 2м. — б-ни системы кровообращения - (14,7%); 3 м.- б-ни органов пищеварения (8,3%);

3. Наибольшие темпы роста заболеваний за год:
- с хроническим течением: среди БСК (б-ни с повышенным кровяным давлением —на 12%, цереброваскулярных болезнях — на 5,6%); среди новообразований (почки- на 5%, кожи —на 4,3%, прямой кишки —на 3,4%)

- социально-значимых болезней: распространенность туберкулеза — на 5,7%, болезней передаваемых половым путем (гонореи- на 1%), грибковыми заболеваниями.

- с психическими расстройствами: на 5%.

4. Отмечается омоложение многих хронических заболеваний (БСК, новообразования), а также социально-значимых болезней и психических расстройств (туберкулез, сифилис, токсикомании и наркомании);

5. Увеличивается доля больных, имеющих сочетанную патологию (более 2 диагнозов в году);

6. Произошли изменения в проявлении многих заболеваний: увеличивается число стертых, атипично протекающих болезней, что затрудняет быструю диагностику и лечение заболеваний.

30. Современные тенденции заболеваемости населения России. Возрастно-половые особенности заболеваемости и смертности населения.

31. Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Принципы и особенности ее построения.

МКБ-10 (введена в странах ВОЗ с 1993 г.)

В соответствии с приказами МЗ РФ №170 от 27.05.97 г. и №3 от 12.01.98 г.

органы и учреждения здравоохранения Российской Федерации с 01.01.99 г. перешли на регистрацию информации о состоянии здоровья на МКБ-10.

Ранее для статистической разработки заболеваемости населения использовался адаптированный вариант Международной классификации болезней, травм и причин смерти 9-ого пересмотра.

Особенности МКБ-10 и проблемы ее внедрения

- МКБ 10 имеет 21 класс (в МКБ 9 — 17),
- каждый класс разбит на блоки (всего 285),
- более объемная (содержит почти в 2,6 раза больше возможных кодов, чем предыдущая).

- для шифровки используются буквы латинского алфавита, для кодировки арабские цифры от **A00.0** до **Z99.9**.

- включает не только патологические состояния (болезни и травмы), но причины, послужившие обращению в медицинское учреждение, к медицинскому работнику (частному врачу, фельдшеру) для этого введен новый класс **Z** - что отражает возрастающий интерес к профилактическому направлению в здравоохранении.

- Использует буквенно-цифровые коды.

- Буква **U** осталась свободной и используется для новых заболеваний и научных разработок.

МКБ-10 называют клинической, так как информация о патологических состояниях или болезнях значительно детализируется (по этиологии, патогенезу, исходу, течению и др.)

Болезни сгруппированы следующим образом:

- Эпидемические болезни;
- Конституционные или общие болезни;
- Местные болезни, сгруппированные по анатомической локализации;
- Болезни, связанные с развитием;
- Травмы.

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем

I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A 00 - B 93).

II. Новообразования (C00 - D 48).

III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (D 50 - D 89).

IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E 00 - E 90).

V. Психические расстройства и расстройства поведения (F 00 - F 99).

VI. Болезни нервной системы (G 00 - G 99).

VII. Болезни глаза и его придаточного аппарата (H 00 - H 59).

VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка (H 60 - H 95).

IX. Болезни системы кровообращения (I 00 - I 99).

X. Болезни органов дыхания (J 00 - J 99).

XI. Болезни органов пищеварения (K 00 - K 93).

XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки (L 00 - L 99).

XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M 00 - M 99).

XIV. Болезни мочеполовой системы (N 00 - N 99).

XV. Беременность, роды и послеродовый период (O 00 - O 99).

XVI. Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P 00 - P 99).

XVII. Врожденные аномалии (пороки развития) деформации и хромосомные нарушения (Q 00 - Q 99).

XVIII. Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R 00 - R 99).

XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S 00 - T 98).

XX. Внешние причины заболеваемости и смертности (V 01 - Y 98).

XXI. Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращение в учреждения здравоохранения (Z 00 - Z 99).

XXII. Методы и виды изучения заболеваемости населения России.

Достоинства и недостатки каждого из методов

Методы:

1. Метод обращаемости

«Плюсы»: доступность населению медицинской помощи, выявление всей проявляющейся патологии, дешевизна

«Минусы»: «пассивность» метода, искажение статистики в сторону острой патологии, не всегда ставится правильный диагноз, не выявляются ранние формы болезни

2. Метод осмотра

«Плюсы»: выявление расширенной патологии

«Минусы»: осмотр только определенной группы (дети, старики), неточность диагноза, дороговизна

3. Изучение причин смертности

«Плюсы»: точный учёт умерших, полнота учёта, высокая точность диагностики, учёт всего предыдущего опыта.

«Минусы»: полное несоответствие частоты причин смерти и заболеваемости.

4. Социологический (применяют чаще за рубежом)

Первичная заболеваемость – то число первичных обращений в данном году по поводу заболевания, которое будет зарегистрировано в данном году

По обращаемости + -

Основной источник информации в РФ об острых и обострениях хронических заболеваний;	На обращаемость населения влияют множество факторов:
Исторически сложилась информационно-статистическая служба сплошного учета, обработки и анализа болезней и проблем здоровья;	1. выраженность симптомов болезней (побудителей обращений);
Экономически дешевый метод (в сравнении с другими);	2. доступность медицинской помощи (подъездные пути, обеспеченность врачами, график работы врачей и др.);
Возможность сопоставления информации о заболеваниях с другими методами.	3. уровень квалификации врачей (качество диагностики, специализация);
	4. уровень культуры населения (отношение к здоровью, психологические установки и др.)
	Несовершенство системы учета, обработки информации и отчетности о

заболеваемости в условиях функционирования системы ОМС, развития новых информационных технологий и внедрения международных стандартов:

1. дублирование;
2. невозможность выхода на управление по уровням;

трудности в сопоставимости данных

По причинам смерти +
-Основной источник информации о заболеваниях и проблемах здоровья с летальным исходом, т.е. преимущественно хронических (тяжелых) заболеваниях, либо острых внезапных состояниях и травмах.
-Обязательный сплошной статистический учет причин смерти квалифицированными медицинскими работниками (врачом, фельдшером).
-Возможность сопоставления информации о некоторых заболеваниях, подтвержденных патологоанатомической экспертизой

Уровень и причины заболеваемости отражают конечный результат патологических состояний, либо проблем здоровья и не дают представления о распространенности легко протекающих острых заболеваний;

зависят от качества диагностики причин смерти (квалификации врачей, состояний патологоанатомической службы, религиозных убеждений и традиций населения, существующего в РФ законодательства).

По данным медицинских осмотров
-Позволяет выявить начальные стадии заболеваний, либо изменения в организме, по поводу которых население не обращается за медицинской помощью (скрытые).
-Целенаправленность выявления изменений и патологических состояний:
- предварительные, при поступлении на работу;
- периодические профилактические определенных контингентов;
- целевые (определенной нозологической формы);
- профессиональные (определенных нарушений здоровья и болезней, связанных с профессией).

Качество и эффективность метода зависит от экономических возможностей (метод дорогой);
Ограничено применение (из-за недостаточной материально-технической базы, четких инструктивно-методических рекомендаций, неполного финансирования среди определенных декретированных контингентов (дети, подростки, определенные профессиональные группы).

По опросам населения
позволяет выявить заболевания и проблемы здоровья, с которыми население не обращалось в лечебно-профилактические учреждения. Дополняет и расширяет информацию о заболеваемости

Метод экономически дорогой. Выявление заболеваний зависит от культуры населения и возможностей получения информации о своем здоровье.
Применяется ограниченно для некоторых контингентов (медицинские работники, преподаватели и учителя)

33. Учетно-отчетная документация для регистрации заболеваний в амбулаторно-поликлинических учреждениях и ее значение для анализа деятельности врачей и учреждений в целом.

Учетные документы. (заполняются лечащими врачами)

1. Стат. талон для регистрации заключит. диагнозов.

2. Единый талон амбулаторного пациента.

3. Мед. карта амбулаторного больного.

Сводные учетные документы (заполн. статистиком, либо друг спец-том)

Сводн. Ведомость учета полугодовая, по врачам, отделен.

Сведения за год (Отчеты) (заполняются медстатистиком)

1. Свед. о числе заб-ний, зарег. у больных, прожив. в районе обслуживания ЛУ (годовая, ф.12) (дети, подростки взрослые)

34. Методика расчета показателей собственно заболеваемости и распространенности. Значение их параллельного анализа.

Заболеваемость= Число впервые в жизни

диагностированных (вновь выявленных) заболеваний за год x1000

Среднегодовая численность населения, проживающего в районе деятельности поликлиники

Распространенность= Число всех первичных случаев заболеваний (острых и хронических), зарегистрированных в данном году x 1000

Среднегодовая численность населения

35. Учетно-отчетная документация для регистрации заболеваний в стационарных учреждениях. Госпитализированная и профессиональная заболеваемость: методика регистрации заболеваний и анализа.

ГОСПИТАЛИЗИРОВАННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ - это частота всех случаев заболеваний, зарегистрированных у выбывших больных из стационара за данный год.

Единица наблюдения - основной случай заболевания выбывшего больного из стационара (выписанного или умершего). Как правило, основным диагнозом является диагноз при выписке.

Учетный документ:

1. "Статистическая карта выбывшего из стационара" (форма № 066/У), которая заполняется, либо контролируется лечащим врачом на основании

2. "Медицинской карты стационарного больного" (история болезни - ф. № 003/У) - Данные о заболеваниях карт выбывшего из стационара сводятся в

3. "Отчет о деятельности стационара" (форма № 14), где представлены сведения о составе больных в стационаре по нозологическим группировкам, возрастным группам (взрослые и подростки, дети).

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ - это частота случаев всех профессиональных заболеваний (отравлений), зарегистрированных в течение года среди работающего населения, либо групп прошедших медицинский осмотр.

При установлении диагноза профессионального заболевания врач руководствуется "Списком профессиональных заболеваний", согласно приложения 6 к приказу МЗ СССР от 29.09.88 № 555).

Единица наблюдения:

- каждый случай острого профессионального заболевания (отравления) - форма № 058/У;

- каждый случай хронического профессионального заболевания (отравления) - форма № 151/У.

Порядок извещения:

Острое заболевание (отравление) диагностируется врачом любого амбулаторно-поликлинического или больничного учреждения.

Учетные документ:

Врач, выявивший данное заболевание, заполняет «*Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку*» (ф. № 058/У) и отправляет его в течение 12 часов в центр ЦСЭН. **Хроническое** заболевание (отравление) диагностируется врачом клиники профессиональных болезней научно-исследовательских и медицинских институтов, институтов усовершенствования врачей, либо профпатологами соответствующих отделений лечебно-профилактических учреждений, имеющих право устанавливать связь профессиональных заболеваний с условиями труда.

Учетные документ:

Врач заполняет «*Извещение о хроническом профессиональном заболевании (отравлении)*» (форма № 151/У), которое отправляется после установления окончательного диагноза в течение 3 дней в ЦСЭН.

Порядок расследования случаев профессиональных заболеваний (отравлений):

Острое заболевание (отравление)

1. Кто проводит расследование:

- санитарный врач по гигиене труда (или другой специалист ЦСЭН в зависимости от профиля предприятия).

2. В течение какого времени:

24 часов с момента получения экстренного извещения.

3. Состав комиссии:

1. представитель администрации;
2. представитель отдела охраны труда;
3. профсоюзный комитет предприятия;
4. цеховой терапевт;
5. медработник здравпункта предприятия.

По результатам расследования составляется **акт** по установленной форме.

Учетный документ:

1. "Карта учета профессионального заболевания (отравления)" - форма № 152/У составляется на основании акта расследования

2. "Журнала учета профессиональных заболеваний (отравлений)" в ЦСЭН.

Врач ЦСЭН заполняет 2 экземпляра "Карты..." и высылает их в вышестоящие ЦСЭН в течение отчетного полугодия, но не позднее 5-го числа следующего за отчетным полугодием месяца.

Затем "Карты учета профессионального заболевания (отравления)" направляют в вычислительные центры МЗ для обобщения и анализа.

36. Общая, инфекционная и неэпидемическая заболеваемость: методика регистрации заболеваний и анализа.

ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ - это частота, распространенность всех зарегистрированных случаев заболеваний, по поводу которых население

впервые обратилось в данном году в амбулаторно-поликлинические учреждения.

Единица наблюдения - каждый случай впервые зарегистрированного в текущем году заболевания.

Впервые зарегистрированными случаями считаются:

а) первое и последующее (независимо от их числа) обращения по поводу каждого острого заболевания;

б) только первое обращение в календарном году по поводу хронического заболевания.

Учетные документы

I. "Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов" - (ф. № 025-2 / У) заполняется лишь в тех учреждениях, которые не работают в системе медицинского страхования, например в диспансерах, амбулаториях.

II. «Единый талон амбулаторного пациента» (ф. № 025-08/у – 97).

III. «Стат. Талон»

• В талон заносятся паспортные данные о больном (Ф.И.О., возраст, адрес) и заключительный диагноз (уточненный).

• При регистрации хронического заболевания статистический талон заполняется лишь один раз при первом обращении в данном году.

• Знак (+) ставится:

1. При регистрации каждого острого заболевания.

2. При впервые в жизни установленным диагнозом хронического заболевания пациента, независимо от того, сколько лет больной имеет симптомы заболевания.

• При повторных обращениях в течение этого же года по поводу хронического заболевания статистический талон не заполняется.

ИНФЕКЦИОННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ - это частота всех случаев инфекционных заболеваний, зарегистрированных у населения в течение определенного периода времени.

Специальный учет всех инфекционных заболеваний вызван: необходимостью разработки неотложных противоэпидемических мероприятий,

осуществляемых как лечебно-профилактическими учреждениями, так и санитарно-эпидемиологической службой.

Единица наблюдения - каждый случай зарегистрированного инфекционного заболевания за определенный период времени.

Учетный документ

1. Талона амбулаторного пациента, либо "Единого талона"),

2. "Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку" (форма № 058/У) – Заполняется врачом в течение первых 12 часов, направляется в центр санитарно-эпидемиологического надзора.

Каждое "Экстренное извещение" регистрируется в специальном журнале (ф. № 060/У) в лечебно-профилактическом учреждении и в журнале ЦСЭН.

В дальнейшем данные о инфекционных заболеваниях используются для составления ежемесячных и годовых отчетов.

НЕЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ - это частота случаев неэпидемических заболеваний, к которым относятся злокачественные

Хронические заболевания (отравления) венерические, психические заболевания, кожные болезни: микозы, чесотка, трахома среди населения, установленных - санитарный врач по гигиене труда и специалистами за определенный период.

Необходимость изучения неэпидемических заболеваний вызвана:

1. социальной их значимостью,
2. большой длительностью их течения,
3. высокой распространенностью ряда заболеваний среди отдельных

7 дней с момента получения извещения о заболевании.

4. необходимостью разработки дифференцированных нормативов лечебно-профилактических мероприятий,

5. организацией специализированной медицинской помощи больным.

Тот же Единица наблюдения - каждый впервые зарегистрированный случай неэпидемического заболевания с впервые в жизни установленным диагнозом в данном году.

Учетные документы

1. "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроsporии, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания" (форма № 089/У);

2. "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования" (форма № 090/У).

3. В случае выявления у больного запущенного онкологического заболевания заполняется форма № 248/У "Протокол на выявление у больного запущенной формы злокачественной опухоли (клиническая группа IV)".

Установить точный диагноз могут только врачи специалисты, работающие либо в диспансере, либо в специализированных кабинетах других лечебно-профилактических учреждений (поликлиник, диагностических центров и др.).

Данные о неэпидемических заболеваниях сводятся в ведомости, а затем составляются отчеты-формы:

1. ф. № 7 "Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями".

2. ф. № 8 “Сведения о заболеваниях активным туберкулезом”.
3. ф. № 9 “Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых кожных заболеваниях и чесоткой”);
4. ф. № 10 “Сведения о заболеваниях психическими расстройствами (без алкогольных психозов, алкоголизма, наркомании, токсикомании)”.
5. ф. № 11 “Сведения о заболеваниях наркологических расстройствами”.

37. Методы изучения заболеваемости с временной утратой трудоспособности и основные документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

(ЗВУТ) - это частота всех случаев (дней) утраты трудоспособности вследствие заболевания, травмы либо других медицинских проблем, связанных со здоровьем среди отдельных групп работающего населения.

методы изучения ЗВУТ:

1 - по форме 16-ВН «Сведения о причинах временной трудоспособности»

2 - по данным полицейского учета постоянно работающего контингента.

В соответствии с Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан (1993г.) разработаны нормативные и методические материалы по совершенствованию экспертизы ВН - реализовано право гражданина РФ на тайну сведений о своем заболевании. В первичном учетном документе (листочке нетрудоспособности) информация о диагнозе заболевания отсутствуют, а проставляется только причина ВН. Методика изучения ЗВУТ имеет следующие особенности:

* Акцент в организации изучения ВН (сбор информации, обработка и анализ) переносится на ЛПУ однако, это не исключает изучение и анализ ЗВУТ на предприятиях, имеющих медико-санитарные части, либо другие формы ведомственного медицинского обслуживания.

* Вторая особенность заключается в применении показателей ЗВУТ: в новой методике показатели ЗВУТ предполагается шире использовать для оценки качества медицинской помощи; организации экспертизы ВН. Предыдущие методики использовались для характеристики состояния здоровья работающих, влияющих на здоровье факторов, а также экономических потерь.

* К сожалению, методика изучения ЗВУТ по ф.16-ВН в поликлиниках и стационарах дает возможность анализировать состояние здоровья работающих контингентов только с учетом наиболее значимых биологических факторов (пола и возраста) на определенных территориях с разными уровнями организации и качества медицинской помощи, но без учета конкретных условий и особенностей характера труда.

Единица наблюдения - каждый законченный случай ВН в течение года.

Учетные документы:

1. - листок нетрудоспособности (ф. 095у);
2. - книга регистрации листков нетрудоспособности (ф. 036у);
3. - талон на законченный случай ВН (ф. 025 -9у -96).

Отчетный документ

«Сведения о причинах временной нетрудоспособности за ...год форма 16-ВН».

(Утверждена Госкомстатом России № 82 от 27.07.96 г.).

Листок нетрудоспособности имеет статистическое, юридическое и финансовое значение. В соответствии с приложением № 4 и Приказом МЗ МП РФ от 13.01.95 г. № 5 «Порядок оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность» лицевая сторона бланка заполняется лечащим врачом (средним мед. работником, имеющим лицензию), обратной - предприятием, где работает «пациент».

Графы «диагноз и «заключительный диагноз» не заполняются; в графе причина нетрудоспособности подчеркивается или записывается вид нетрудоспособности «заболевание», «травма», «санитарно-курортное лечение» и др.

В разделе «освобождение от работы» записываются дни нетрудоспособности.

Книга регистрации листков нетрудоспособности содержит сведения обо всех выданных документах пациентам ЛПУ. Обычно заполняет книгу ответственное лицо.

Талон на законченный случай ВН

содержит, кроме паспортных данных о пациенте, сведения о причине ВН, в том числе заключительный диагноз с указанием шифра заболевания по МКБ X пересмотра.

Заключительным диагнозом является основное заболевание, послужившее причиной (поводом) временной нетрудоспособности. Для определения «основного заболевания» необходимо помнить:

- а) о причинно- следственной зависимости; основным следует считать диагноз, который является начальным (первопричиной других болезней);
- б) при двух и более независимых хронических заболеваниях основным считается более тяжелое и длительно протекающее;
- в) инфекционное заболевание считается основным среди всех других;
- г) при хирургическом лечении основным считают заболевание, послужившее поводом к операции.

Общее число дней нетрудоспособности включает суммарное число дней по случаю независимо от количества выданных ЛН.

Все «талоны» собираются, шифруются, сводятся и разрабатываются либо статистиками в ЛПУ, либо с помощью компьютерных технологий.

Отчет «Сведения о причинах временной нетрудоспособности за ...год» представляется в бюро статистики управления здравоохранения .

На основании данных отчета по ф.-16-ВН, содержащих сведения о всех случаях и днях нетрудоспособности,

можно изучать:

1. структуру
2. уровень ВН,
3. по полу,
4. возрасту,
5. отдельным группам болезней,
6. в динамике по годам, регионам.

Вместе с тем, внедрение новых информационных систем и программ позволило получить полную информацию о временно нетрудоспособных лицах, что очень важно не только для установления причинно-следственных связей, но, прежде всего, для организации ведомственного и вневедомственного контроля качества оказания медицинских услуг, контроля экономических потерь в связи с заболеваниями, травмами и другими причинами.

В основе методики полицейского учета лежит способ «сцепки на одно лицо нескольких талонов на законченный случай ВН» в течение года (трех лет) наблюдения в ЛПУ.

38. Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Методика их анализа и применение.

Показатели	Методика вычисления
1. Кратность случаев заболеваний в целом (повторность случаев по заболеваниям)	Все случаи ВН по заболеванию
2. Удельный вес случаев ВН, имеющих отклонения от ориентировочных (стандартных) по средней длительности случая)	Случаи ВН, отклоняющиеся от ориентировочных сроков ВН x 100 ----- Всего случаев ВН
3. Число лиц с ВН на 100 среднегодовых работающих	Число лиц, имеющих ВН в год ----- Среднее число работающих на территории обслуживания ЛПУ
4. % лиц, длительно (более 60 дней в году) и часто (более 4 - 5 дней в году) болеющих	Число лиц ДЧБ . 100 ----- Всего больных лиц ВН

39. Понятие о медико-социальной проблеме. Критерии, определяющие заболевание как медико-социальную проблему.

Медикосоциальная проблема – такая медицинская проблема, в которой актуальными оказываются не только медицинские, но и социальные аспекты. В её решении должны участвовать не только органы здравоохранения, сколько общество в целом, отдельные её группы, включая семью и индивида.

Критерии медико-социальной значимости:

1. Наличие приоритетных мест в структуре смертности; тенденции роста показателей смертности.
2. Наличие приоритетных мест в структуре заболеваемости; тенденции роста показателей заболеваемости (первичной, распространенности).
3. Наличие приоритетных мест в структуре инвалидности; тенденции роста показателей инвалидизации.
4. Большие экономические потери, связанные с:
 - временной утратой трудоспособности (непроизведенная продукция, пособие по выданному листу нетрудоспособности и др.);
 - стойкой утратой трудоспособности (пенсия, непроизведенная продукция, социальные льготы и др.);
 - преждевременной смертностью лиц молодого и среднего возраста (безвозвратные потери);
 - затратами на медицинское обслуживание.
5. Общность факторов риска.
6. Сложная профилактика.
7. Проблемы и трудности медицинского характера (диагностика, лечение, реабилитация), обусловленные хроническим течением: бессимптомность на ранних стадиях, рецидивирование, комплексность при диспансерном наблюдении и необходимость специализированной медицинской помощи.

3 основных класса болезней
БСК (болезни системы кровообращения)

Онкология

ХНЗЛ (хронические неспецифические заболевания лёгких)

Финансирование: 30% - первичная медико-санитарная помощь, 10% - скорая помощь, 60% - стационарная помощь.

За рубежом – стационар на дому, альтернативные дневные стационары, центры сестринского ухода +внедрение высоких технологий (ресурсосберегающие технологии).

Из 1000 населения, нуждающихся в помощи, к врачу обращаются 250. Из них к специалистам – 10 и один – ко врачу узкой специализации.

На данный момент имеет место трансформация патологии от эпидемического типа к неэпидемическому.

Основные причины смерти:

1. БСК
2. Травмы и отравления
3. Новообразования
4. Болезни органов дыхания

40. Болезни системы кровообращения как медико-социальная проблема. Основные тенденции и возрастно-половые особенности показателей заболеваемости, инвалидности, смертности.

Обоснование проблемы:

1. 1 место (более 50%) в структуре смертности; рост показателей смертности;

2. 2 место в структуре распространенности среди взрослых.

Среди распространенности БСК : 28% - ишемическая болезнь, 25,7% – болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, 25% - цереброваскулярные болезни.

9 место в структуре первичной заболеваемости у взрослых. Отмечается значительный рост всех показателей в динамике.

3. 1 место в структуре инвалидности среди взрослых, снижение показателя первичной инвалидизации от БСК в динамике за 5 лет.

4. Экономические потери: на 4 месте по частоте случаев и дней временной нетрудоспособности;

1 место среди всех пролеченных в стационарах (33,2 на 1000 взрослых и подростков); рост числа кардиохирургических коек, кардиологических кабинетов и диспансеров.

5. Первостепенную роль в возникновении, течении, и исходах БСК играют факторы образа и условий жизни (курение, питание-гиперхолестеринемия, стрессы-артериальная гипертензия, малая физическая активность и др.).

6. Профилактика должна осуществляться в соответствии с разработанными программами в зависимости от нозологии, вида и стадии; требует дополнительного финансирования.

7. Организация лечебно-профилактической помощи а осуществляется в зависимости от нозологий, экстренности и других факторов в рамках общетерапевтической и специализированной помощи.

БСК

1. ИБС – тенденция к росту заболеваемости
2. Артериальная гипертензия – то же самое
3. Стенокардия
4. Эндокардит, тромбангиты

41. Основные факторы риска болезней системы кровообращения. Стратегия высокого риска и популяционная стратегия в профилактической кардиологии.

более 30 факторов риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). При этом их подразделяют на две группы: 1) первичные факторы риска — несбалансированное и избыточное питание, курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, стрессы и др.; 2) вторичные факторы риска — заболевания или синдромы патологических расстройств, способствующих развитию ССЗ, гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия, диабет, ревматизм и др. Хотя такое разделение факторов условно, но оно важно для организации и проведения первичной профилактики, т. е. устранения неблагоприятных факторов и условий образа жизни и вторичной профилактики — предупреждения прогрессирования возникших заболеваний.

42. Организация медицинской помощи больным с заболеваниями системы кровообращения.

Этапы организации медицинской помощи:

1. Догоспитальный
2. Стационарный
3. Реабилитация

43. Злокачественные новообразования как медико-социальная проблема. Основные тенденции и возрастно-половые особенности показателей заболеваемости, инвалидности и смертности.

Обоснование проблемы:

8. 2 место (более %) в структуре смертности; рост показателей смертности;

9. В структуре распространенности среди взрослых на 12 месте. Рост первичной заболеваемости как среди мужчин, так и среди женщин (за 5 лет на 11%).

Среди первичной заболеваемости у мужчин: 25% - трахеи, бронхов, легкого, 12,7% - желудка, 9,7% - кожи, 5,3% - предстательной железы. У женщин: 19,3% - молочной железы, 16,7% - матки и ее придатков, 14,4% -

кожи, 9% - желудка. Отмечаются наибольшие темпы (скорость) увеличения опухоли: молочной железы, матки и ее придатков, нижнего отдела кишечника, предстательной железы.

10. 2 место в структуре инвалидности среди взрослых, рост показателя первичной инвалидизации от злокачественных новообразований в динамике за 5 лет на 18 %.

11. Экономические потери связаны с безвозвратными потерями в связи со смертью и огромными затратами на медицинское обслуживание больных.

12. Первостепенную роль в возникновении, течении, и исходах новообразований играют факторы образа и условий жизни

13. Профилактика должна осуществляться в соответствии с разработанными программами в зависимости от нозологии, вида и стадии; требует дополнительного финансирования.

14. Организация лечебно-профилактической помощи осуществляется в зависимости от нозологий, экстренности и других факторов в рамках общетерапевтической и специализированной помощи.

Распространенность онкозаболеваний в мире составляет 143 случая на 100000 населения (первичная заболеваемость). В Российской Федерации частота данной патологии значительно выше среднего мирового значения и равна 272 случая на 100000 населения. Болезненность и смертность в России соответственно составляют 1172 и 200 случаев на 100000 населения.

Онкология

Трахея, бронхи, лёгкие
Опухоли желудка
Новообразования кожи
Новообразования прямой кишки

Ежегодно регистрируются 400000 онкологических заболеваний. Умирает около 300000

Годичная летальность при опухолях пищевода – 62%, желудка – 56%, прямой кишки – 37%, рака лёгкого – 56%

I группа

1а – больные с подозрением на злокачественное новообразование

1б – больные с предопухолевыми заболеваниями

II группа

1а – больные, подлежащие специальному лечению

1б – больные, подлежащие радикальному лечению

III группа

Практически здоровые люди, прошедшие радикальное лечение, не имеющие рецидивов

IV Болезни с запущенной стадией заболевания

Экономический ущерб – 63000 человеко-лет

Причины:

- Низкая квалификация врачей
- Поздняя диагностика
- Неправильная организация коечного фонда
- Недостаточное количество лекарств и их дороговизна
- Неудовлетворительная реабилитация
- Неудачная санитарно-просветительская работа среди населения

44. Факторы риска и профилактика онкологических заболеваний.

45. Организация медицинской помощи онкологическим больным.

Онкологическая служба в РФ представлена:

- 1) онкологическими кабинетами обычных поликлиник,
- 2) онкологическими отделениями при крупных поликлиниках,
- 3) онкологическими диспансерами,
- 4) НИИ онкологии и радиологии,
- 5) Российским онкоцентром.

Возглавляет онкологическую службу Министерство здравоохранения России, в котором имеется специальное управление онкологической помощи, разрабатывающее планы развития службы и мероприятия по улучшению онкологической помощи. В тесном контакте с Минздравом находится Российская академия медицинских наук, на базе которой функционирует научный совет по злокачественным образованиям. В научный совет входят ведущие ученые-онкологи, представители смежных с онкологией специальностей. Научный совет координирует исследования по важнейшим проблемам онкологии. В выполнении этих научных исследований важную роль играют Российский онкоцентр и НИИ онкологии и радиологии. Крупнейшим научным и организационным центром является Онкоцентр, организованный в 1975 г. В составе Онкоцентра организовано 3 НИИ: канцерогенеза, экспериментальной диагностики и терапии, клинической онкологии на 1000 коек. Однако основным элементом организационной структуры онкологической помощи являются онкодиспансеры.

Организационно-методическая работа включает:

1. Организацию учета онкозаболеваний.
2. Регулярное изучение заболеваемости и смертности, разработка организационных мероприятий.
3. Изучение эффективности лечения онкобольных в онкодиспансере
3. Осуществление связи с ЛПУ общеобластной сети.
4. Контроль за лечением онкобольных в ЛПУ общей сети.
5. Участие в проведении массовых профилактических осмотров населения и контроль за выполнением онкологического компонента в других ЛПУ.

6. Проведение санитарно-гигиенического воспитания населения.
7. Изучение и анализ причин случаев позднего выявления онкозаболеваний, случаев расхождений с ЗАГСом.

9. Определение потребности населения в онкологической помощи и перспективное планирование ее развития.

46. Болезни органов дыхания как медико-социальная проблема. Основные тенденции и возрастано-половые особенности показателей заболеваемости, инвалидности и смертности.

ХНЗЛ

1. Хронический бронхит (чаще у мужчин)
2. Бронхиальная астма (чаще у женщин)
3. Бронхоэктатическая болезнь (чаще у мужчин)
4. Хроническая пневмония (чаще у мужчин)
5. Хронически абсцесс
6. Эмфизема лёгких

Основная черта – быстрые темпы роста и прироста заболеваемости. Инвалидность: БСК, онкозаболевания, заболевания нервной системы и органов чувств, травмы, БОД.

47. Организация медицинской помощи больным при болезнях органов дыхания. Состояние и пути совершенствования.

48. Нервно-психические заболевания как медико-социальная проблема. Влияние социально-экономических и биологических факторов на распространенность нервно-психических заболеваний.

В России во второй половине 90-х годов услугами психиатров пользуются около 6 млн. человек (42 из каждой 1000 населения). В течение года психические расстройства впервые диагностируются в среднем у 7 человек, и 8 из каждой 1000 населения госпитализируется по поводу психического заболевания. Впервые признается инвалидами в связи с психическим заболеванием 1 человек из 1000 населения.

Основные параметры психического здоровья за прошедшие 30 лет изменились принципиально. Ученая распространенность психических расстройств в России выросла почти в 4 раза. На этом фоне частота госпитализаций населения по поводу психических заболеваний возросла в 2,5 раза, инвалидность - в 1,5 раза. Иными словами, контингент лиц, пользующихся психиатрической помощью значительно расширился, но стал при этом существенно легче. Значительные изменения претерпел нозологический облик контингента. Число больных психозами возросло в 1,5 раза, непсихотическими расстройствами - в 3,1 раза, умственной отсталостью - в 3,8 раза, алкоголизмом - в 8,7 раза. Таким образом, если в 1965 г. нозологический портрет среднего психически больного определяли тяжелые расстройства психотического уровня, то через 30 лет - алкоголизм.

Сравнительный анализ зарегистрированных уровней обращения населения за психиатрической помощью свидетельствует о значительном недоучете (в 5 раз) психических расстройств у населения. Таким образом, ученая распространенность психических расстройств в России дает представление лишь о вершине айсберга, описывая лишь самые общие контуры проблемы психического здоровья населения. В психиатрии, помимо общих причин, обуславливающих наличие подобной закономерности, существуют свои специфические причины:

- запаздывание правовой реформы, регулирующей взаимоотношения общества и психически больных с учетом реальной социальной, политической и эпидемиологической ситуации в России в конце 20 века;
- отставание реформ психиатрической службы, связанное с истощением возможностей экстенсивного пути ее развития;
- влияние социально-экономического кризиса, усугубившего разрыв между объективным ухудшением психического здоровья населения и фактическим сокращением обращений за психиатрической помощью в первой половине 90-х годов.

"Цена" неудовлетворительного состояния психического здоровья очень высока. Десятую часть ожидаемой продолжительности жизни населения составляют потери, связанные с психическими заболеваниями, в том числе - 2 года - за счет преждевременной смерти и около 5 лет - за счет ухудшения качества жизни.

В России выделяются две крупные группы территорий, принципиально отличающиеся с точки зрения состояния и тенденций психического здоровья, обусловленного им социально-демографического ущерба и характера его социальной детерминации, а следовательно, - путей сокращения:

- первая группа включает преимущественно области Европейской части России;
- вторая - территории Поволжья, области и края Северного Кавказа, Урала и Западной Сибири.

По состоянию психического здоровья населения ситуация более благоприятна в Европейской части России. Среди факторов, определяющих ситуацию с психическим здоровьем, на первое место выходит более благополучный социально-экономический фон, характеризующийся уровнем и дифференциацией доходов, уровнем безработицы и напряженностью на рынке труда. Суть этого относительного благополучия в том, что экономические мотивы не стали в территориях Европейской части России доминирующими факторами нетрудоспособности и инвалидности психически больных. Иными словами, экономическая ситуация здесь не столь активно, как в других регионах, "выталкивает" лиц с относительно легкими психическими нарушениями из социально активной жизни - на инвалидность.

Этот фактор оказывается настолько важен, что компенсирует влияние проблем, связанных с низким ресурсным потенциалом здравоохранения в данной группе территорий.

Таким образом, психическое здоровье все более становится социально-экономическим феноменом, масштабы которого в решающей мере определяются экономическим благополучием, и сами, в свою очередь, порождают неблагополучие вследствие увеличения числа людей, нуждающихся в социальной защите и поддержке. При сохранении отмеченных тенденций следует прогнозировать дальнейший рост бремени психических болезней. Уже к 2003 г. потери продолжительности и качества жизни населения только вследствие психических заболеваний могут составить более 12 лет.

Общий вывод: продолжительность и качество жизни населения в связи с состоянием его психического здоровья непосредственно зависит от выбора стратегий реформирования служб здравоохранения, в более широком плане - от стратегий реформирования общества, которые определяют "цену человека, его жизни и здоровья".

49. Наркомания и токсикомания как медико-социальная проблема. Обоснование актуальности и социальной значимости наркомании и токсикомании.

50. Алкоголизм как медико-социальная проблема.

Алкоголизм представляет сложную медико-социальную проблему. В понятие «алкоголизм» вкладывается не только медико-биологическое, но и социальное содержание. Классическое определение хронического алкоголизма как совокупности последствий хронической интоксикации было дано в середине 19-го века в классическом труде Гусса. Автор рассматривал это заболевание как вызванное злоупотреблением спиртными напитками и выражающееся соответствующими изменениями в нервной системе. Это определение долго господствовало на страницах учебников и руководств по психиатрии. В настоящее время предлагается следующее определение: «Алкоголизм — это хроническое заболевание, характеризующееся патологической потребностью человека в алкоголе». В развитии алкоголизма выделяют следующие стадии:

1-я стадия — начальная, или невротическая. Она характеризуется:

- влечением к алкоголю и состоянию опьянения,
- возрастанием толерантности (устойчивости) к принимаемым дозам алкоголя, астеническим симптомокомплексом (повышенная утомляемость, раздражительность, эмоциональная лабильность, бессонница, раннее утреннее пробуждение),
- переходом от эпизодического приема алкоголя к систематическому;

2-я стадия — средняя, или наркоманическая. Характеризуется:

- нарастанием влечения к алкоголю,
- потерей контроля над потреблением,
- появлением абстинентного синдрома,
- нарушением психики, поражением внутренних органов и нервной системы;

3-я стадия — исходная, или энцефалопатическая. Характеризуется:

- запойным пьянством,
- снижением толерантности,
- тяжелыми поражениями внутренних органов и нервной системы,
- частыми алкогольными психозами.

Алкоголизм приводит к различным медико-социальным последствиям.

Все эти последствия объединяют в три группы проблем.

1. Проблемы пьющего: снижение работоспособности, повышение риска травматизации, риск возникновения заболеваний, снижение умственных способностей, физические нарушения, деградация личности, преждевременная смерть, самоубийство, снижение уважения со стороны окружающих.

2. Проблемы семьи пьющего: конфликты в семье, ухудшение отношения к детям, плохой пример для детей и родственников, повышение вероятности рождения больных детей, педагогическая запущенность детей, финансовый ущерб для семьи.

3. Проблемы общества: нарушения общественного порядка, преступления, несчастные случаи, экономический ущерб.

51. Травматизм как медико-социальная проблема. Причины и виды травматизма. Организация медицинской помощи.

Травматизм является третьей по значимости причиной смерти и первой - среди причин, определяющих потери трудового потенциала населения страны. Растет число преступлений, террористических актов, посягательств на жизнь и здоровье граждан с применением огнестрельного оружия и взрывных устройств. В 1994 г. в более чем 325 тыс. пожарах погибло около 16 тыс. и травмировано более 12 тыс. чел. Число пострадавших растет в среднем на 9% в год. С 1985 по 1994 гг. в Российской Федерации зарегистрировано более 1,8 млн. ДТП, в которых погибли более 300 тыс. чел, 1,7 млн. чел. ранены. Ежедневно регистрируется более 500 ДТП, в которых погибает более 100 и получают ранения более 600 чел. Число погибших в ДТП только за три дня превышает число погибших в результате происшествий в течение года на

авиационном, морском и речном транспорте в целом. До 60% всех погибших составляют лица в возрасте от 16 до 40 лет. Число погибших детей ежегодно увеличивается на 15%. Более 80% пострадавших детей становятся инвалидами. Еще одна характерная черта, присущая этому классу причин смерти, - крайне высокая сверхсмертность мужчин. Данные по России свидетельствуют об актуальности этих наблюдений для нашей страны, ведь смертность мужчин здесь в 3-4 раза превышает таковую у женщин

Травматолого-ортопедическая служба Российской Федерации представлена следующими специализированными подразделениями:

- 1) кабинетами травматологов-ортопедов поликлиник,
- 2) травматологическими отделениями поликлиник или травмотологическими пунктами поликлиник,
- 3) травматологическими стационарами,
- 4) межрайонными травматологическими отделениями,
- 5) НИИ,
- 6) ЦИТО (г. Москва).

Основными учреждениями, оказывающими травматолого-ортопедическую помощь населению в современных условиях, являются травматологические пункты и травматологические кабинеты. Главным учреждением страны является ЦИТО, выполняющий организационно-методические руководство, сложные диагностические и лечебные процедуры. Существует также крупное научное и лечебное учреждение — Курганский центр травматологии и ортопедии.

Основная задача травматолого-ортопедической службы — оказание специализированной медицинской помощи пострадавшим от различных травм и больных с ортопедическими заболеваниями.

52. Основные принципиальные положения организации лечебно-профилактической помощи.

Этапы оказания медицинской помощи

I. Догоспитальный этап:

- a) ПМСП,
- b) СМП,
- c) Неотложная помощь.

II. Госпитальный этап:

- a) Стационары специализированные и многопрофильные.
- b) Диспансеры,
- c) Санатории-профилактории,
- d) Курорты.

III. Высокоспециализированная медицинская помощь.

- a) НИИ,
- b) Кафедры медицинских вузов.

Виды медицинской помощи

I. **Первичная медико-социальная помощь (ПМСП)** – это помощь при первых контактах населения по проблемам здоровья с национальной системой здравоохранения, является I этапом (догоспитальным) в организации медицинской помощи.

В ее состав входят:

■ **Амбулаторно-поликлиническая** помощь – профилактика, диагностика, лечение и долечивание больных после выписки из стационара.

■ **Скорая медицинская помощь** – оказывается круглосуточно взрослым и детям, при состоянии, требующих немедленного медицинского вмешательства

II. **Стационарная медицинская помощь** – лечение острых заболеваний и обострений хронических, травм, ожогов, инфекционных заболеваний, патологии беременности и родов, проведение аборт, планирование профилактики.

III. **Восстановительное лечение** – реабилитация детей и подростков, больных после перенесенных операций и тяжелых заболеваний, инвалидов и участников военных действий, ликвидаторов аварий и т.п.

Положения и установки при организации медико-профилактической помощи

1. Обслуживание населения по месту жительства с разделением на участки и возможностью свободного выбора врача и лечебного учреждения (участков с правом свободы выбора врача и ЛПУ).

2. Преемственность и взаимосвязь в работе между учреждениями и врачами разных специальностей.

3. Соблюдение этапности по уровням оказания медицинской помощи. Приоритет по обслуживанию населения по принципу семейного врача или врача общей практики.

4. Широкое использование диспансерного метода в работе врачей как наиболее результативного и эффективного инструмента профилактической деятельности.

5. Организация дополнительной медицинской помощи по месту работы населения с учетом неблагоприятных факторов труда.

53. Первичная медико-санитарная помощь. Определение, принципы ПМСП. Особенности реализации ПМСП в разных странах.

ПМСП – первичный уровень контакта отдельных лиц, семей или общины с национальной системой здравоохранения. Она максимально приближает медико-санитарную помощь к месту жительства и работы и представляет собой непрерывный процесс охраны здоровья людей

ПМСП составляет важную часть медико-санитарного обеспечения и базируется на практических научно-обоснованных и социально приемлемых

методах, которые должны быть повсеместно доступны как отдельным лицам, так и семьям, общинам при всестороннем участии в этой работе их самих.

Принципы ПМСП:

1. Просвещение по наиболее важным проблемам здравоохранения
2. Содействие в обеспечении рациональным питанием
3. Охрана здоровья матери и ребенка
4. Иммунизация против инфекционных болезней
5. Эпидпрофилактика
6. Соответственное лечение заболеваний и травм
7. Обеспечение основными лекарственными средствами

54. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП). Принципы, направления и критерии оценки стратегии «Здоровье в 21 веке».

1988 г. – «Взгляд с половины пути» 1998 г. – «Здоровье для всех в 21 веке».

21 задачу можно разбить на несколько системных групп:

A. Принципы и подходы:

1. Солидарность государств-членов ЕРБ в интересах здравоохранения
2. Равноправие различных групп внутри стран в охране здоровья

B. Направленность на все население и основные опасности:

3. Здоровое начало жизни
4. Здоровье молодежи
5. Сохранение здоровья в пожилом возрасте
6. Улучшение психического здоровья
7. Сокращение распространенности инфекционных заболеваний
8. Сокращение распространенности неинфекционных заболеваний
9. Сокращение травматизма в результате актов насилия и несчастных случаев.

B. Профилактика и здоровый образ жизни:

10. Здоровая и безопасная физическая среда
11. Более здоровый образ жизни
12. Уменьшение ущерба, причиняемого алкоголем, вызывающими зависимость средствами и табаком
13. Условия здоровой среды
14. Многосекторальные обязательства в отношении здоровья

G. Изменение ориентации - направленность на конечный результат:

15. Интеграция (интегрированный сектор) здравоохранения

16. Вопросы руководства и обеспечение качества медико-санитарной помощи

D. Ресурсы:

17. Финансирование служб здравоохранения и выделение ресурсов
18. Развитие кадровых ресурсов здравоохранения
19. Научные исследования и информация по вопросам здравоохранения
20. Мобилизация партнеров в интересах здравоохранения
21. Политика и стратегии по достижению здоровья для всех

Таким образом, в основе политики "Здоровье для всех" лежат три основополагающие ценности, являющиеся ее этической основой. Это:

- признание здоровья важнейшим правом человека;
- справедливость в вопросах здоровья и его охраны и действенная солидарность стран и групп населения внутри стран в этих вопросах
- участие в здравоохранительной деятельности и ответственное отношение ней всех слоев и секторов общества.

55. Типы учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Схема ПМСП в административном районе. Роль семейного врача и врача общей практики в оказании ПМСП.

Учреждения, оказывающие ПМСП:

- Поликлиника
 - Травмпункт
 - Здравпункт
 - Амбулатория
 - Медсанчасть
 - Женская консультация
 - СМП
 - Центральный Госсанэпиднадзор
- Уровни ПМСП:
- Фельдшерско-акушерский пункт, врачебная амбулатория
 - Поликлиники
 - Консультационно-диагностический центр

Врач общей практики: базовая подготовка + общие познания

Семейный врач: специальная подготовка + лечение всех представителей семьи

Врачебный участок – часть территории с определенным количеством населения

Терапевт – 1700-1800 чел

Педиатор – 700-800

Цеховой участок – 2000 раб.

Акушерско-гинекологический – 3500-4000

Сельский врач – 4000 – 4500

Врач общей практики – 1000-1200

Семейный врач – 1500 чел.

56. Организация скорой медицинской помощи как одной из важнейших структур в системе ПМСП.

Экстренная медицинская помощь – срочное устранение всех патологических состояний, возникших непредвиденно, вызванных внешними и внутренними факторами

- 4 формы патологических состояний:
 1. Непосредственная угроза жизни больного
 2. Непосредственной угрозы жизни нет, но без СМП осложнения могут привести к летальному исходу
 3. Непосредственной угрозы жизни больного нет, но необходимо облегчить его страдания
 4. Непосредственной угрозы жизни больного нет, но оказание помощи необходимо в интересах окружающих
- Экстренная медпомощь + неотложная помощь = СМП
- Неотложные состояния – такие патологические изменения, которые могут резко ухудшить состояние организма
- СМП – медицинская организация, имеющая целью оказание экстремальной, неотложной, специализированной помощи при угрожающих жизни состояниях

Принципы работы СМП

1. Оперативное и своевременное оказание МП включая госпитализацию
2. Территориальное обслуживание населения
3. Оказание высококвалифицированной медпомощи в полном объёме
4. Единство и непрерывность лечебно-диагностических мероприятий на догоспитальном и госпитальном этапах

Задачи СМП

1. Круглосуточное оказание МП больным и пострадавшим в кратчайшие сроки как на месте происшествия, так и во время транспортировки
2. Транспортировка
3. Обеспечение преемственности и взаимосвязи СМП и других медицинских отраслей
4. Изучение причин возникновения угрозы жизни
5. Подготовка кадров (от 60-100000 населения)

В состав станции СМП

- Оперотдел (диспетчерская)
- Отдел по госпитализации
- Организационно-методический отдел

Виды бригад:

- Бригада перевозки
- Линейная бригада
- Спецбригада

57. Значимость в организации лечебно-профилактической помощи в системе охраны материнства и детства.

ОмиД - система государственных и общественных мероприятий, направленных на охрану здоровья матери и ребёнка, позволяющая сочетать материнство и воспитание детей с активным участием в производстве и общественной жизни.

Оказание помощи:

- Родильные дома
- Женские консультации
- Акушерские и гинекологические отделения больниц
- Базовые женские консультациям в составе поликлиник
- Детские поликлиники
- Детские больницы
- Санатории и дома отдыха для беременных, матери и ребёнка
- Консультации по вопросам семьи и брака
- Медико-генетическая консультация
- НИИ акушерства и гинекологии

Акушерско-гинекологическая помощь в сельской части

1. сельский врач-участковый
2. районный учреждения (районный роддом, районная больница)
3. областные учреждения (областной роддом и т. д.)
4. специальные акушерско-гинекологические учреждения (НИИ акушерства-гинекологии)

Этапы ОмиД:

1. Оказание помощи вне беременности (Первичная профилактика, планирование семьи, контрацепция. Задействованы: педиатр, ДГБ, участковый терапевт, поликлиника, медсанчасть, женская консультация, центр планирования семьи, медицинско-генетическая консультация).
2. Комплекс мероприятий по антенатальной охране плода и сохранению здоровья матери во время беременности (ранняя постановка на учёт, обеспечение всем необходимым во время беременности. Задействованы: женская консультация, отделение патологии беременных, НИИ а-г).
3. Интранатальная охрана плода и сохранение здоровья матери во время родов (рациональная тактика ведения родов. Задействованы: роддом, акушерский стационар).
4. Охрана здоровья новорожденного и сохранение здоровья роженицы (контроль за физическим развитием + уход, вскармливание. Задействованы: акушер-гинеколог, неонатолог).
5. Охрана здоровья ребёнка в дошкольный период (ясельный, детсадовый)
6. Охрана здоровья ребёнка в школьный период

Основные стратегические направления развития службы ОЗМиР (охрана здоровья матери и ребёнка).

1. Сохранение проритета службы в области материально-технической, финансовой и лекарственной обеспеченности

2. Последовательная интеграция в общие структуры здравоохранения
 3. Постепенный переход к врачам общей практики и семейным врачам
 4. Рациональное использование врачебных кадров
 5. Отказ от доктрины тотальной госпитализации детей
 6. Госпитализация ребёнка с одним из родителей или ближайшим родственником в стационар дневного пребывания, санаторий «мать и дитя», родблук для совместного пребывания
 7. Отказ от наращивания детского коечного фонда
- Медицинская документация:
1. Индивидуальная карта беременной родильницы
 2. Обменная карта родильного дома
 3. История родов
 4. История развития новорожденного
 5. История развития ребёнка
 6. Медицинская карта амбулаторного больного
 7. Медицинская карта стационарного больного
- Журналы: «Журнал учёта приёма больных и отказа в госпитализации», «Журнал учёта приёма беременных, рожениц и родильниц», «Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре».

Документы вне сферы здравоохранения:

- Медицинское свидетельство о рождении
- Врачебное свидетельство о смерти
- Фельдшерская справка о смерти
- Свидетельство о перинатальной смерти

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

Акушерско-гинекологическая помощь

оказывается женщинам в учреждениях амбулаторного и стационарного типа.

В структуре организации АГП выделяют 3 этапа:

1. Первичная амбулаторно-поликлиническая помощь,
 - a) Женские консультации (самостоятельные или объединенные с роддомами, поликлиникой, амбулаторией,
 - b) Женские консультации и гинекологические кабинеты,
 - c) Смотровые кабинеты поликлиник,
 - d) ФАП.
2. Стационарная помощь,
 - a) Акушерско- гинекологические отделения многопрофильных больниц,
 - b) Родильные дома общего и специального профиля.

1. Специализированная помощь:

- a) Родильные и гинекологические отделения НИИ,
 - b) НИИ Акушерства и гинекологии РАМН,
 - c) Кафедры медицинских вузов,
 - d) Перинатальные центры,
 - e) Центры планирования семьи и репродукции
 - f) Всероссийский центр охраны материнства и детства,
3. Восстановительное и санаторно-курортное лечение. Санатории для беременных, материей с детьми.

ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

Оказывает амбулаторную помощь и представляет собой учреждение диспансерного типа. Режим работы должен быть удобным для женщин.

Действует по территориально-участковому принципу. Один гинекологический участок включает до 4 500 женщин всех возрастов, в том числе до 3 500 в возрасте до 15 лет.

На промышленных предприятий обслуживание идет по цеховому принципу-, на участке - 1 500 - 2 000 женщин.

Наиболее целесообразная форма работы акушеров-гинекологов - это чередование работы в ЖК и РД.

Задачи женской консультации:

1. Оказание амбулаторной лечебно-профилактической помощи при гинекологических заболеваниях, беременности и родам.
2. Снижение материнской и перинатальной смертности.
3. Снижение невынашивания беременности,
4. Проведение работы по контрацепции и профилактике абортотв,
5. Внедрение в практику новейших технологий по диагностике беременности, заболеваниям родильниц,
6. Гигиеническое образование и обучение ЗОЖ.
7. Обеспечение преемственности в работе с родильным домом, поликлиникой, специализированными диспансерами.
8. Оказание социально-правовой помощи.
9. Гроведение физио-психопрофилактической подготовки к родам.

Структура женской консультации:

1. Регистратура,
2. Кабинеты участковых акушеров-гинекологов,
3. каб. психопрофилактической подготовки к родам,
4. физиотерапевтическое отделение,
5. процедурный кабинет,
6. каб. Терапевта,

7. каб. Стоматолога,
8. каб. Окулиста,
9. каб. Онколога,
10. каб. маммолога,
11. каб. Венеролога,
12. социально-правовой кабинет,
13. каб. Психолога,
14. каб. Молодой матери.
15. диагностическое отделение,
16. АХО.
17. эндокринолог

Диспансерное наблюдение за беременными

При первом обращении заводится «Индивидуальная карта беременной и родильницы» (ф. № 111/у).

1. Паспортные данные,
2. данные физикального (рост, масса, вес, размер таза, артериальное давление на двух уках)
3. бимануального обследования,
4. анамнез, vite, гинекологический, аллергоанамнез, генетический анамнез.
5. Общее состояние,

Каждая беременная направляется дважды к терапевту (в 1 и 2 половину беременности), окулисту, стоматологу. При наличии экстрагенетальной патологии может проходить лечение у специалистов.

При первом обращении к терапевту исследуется состояние различных органов и решается вопрос о сохранении беременности. При втором посещении диагностируются заболевания внутренних органов, обусловленные беременностью, при необходимости беременные госпитализируются. Решается вопрос о выборе учреждения для родовспоможения (обычного или специализированного).

Регулярность диспансерных осмотров:

раз в месяц в первую половину беременности,
 раза в месяц во вторую
 после 32 недель -3-4 раза,
 частота посещений может быть увеличена в зависимости от состояния беременной. В среднем 14 - 16 раз.

Для осуществления преемственности на руки каждой беременной выдается «Обменная карта родильного дома и родильного отделения больницы» (ф. № 113/у), которую она передает в роддом.

После выписки из роддома корешок обменной карты с необходимой информацией о течении родов направляется в женскую консультацию.

Показатели деятельности женской консультации:

1. Полнота охвата беременных диспансерным наблюдением;
2. Своевременность постановки беременной на диспансерный учет: Раннее поступление до 12 недель беременности, Позднее поступление после 28 недель беременности,
3. Регулярность наблюдения беременной,
4. Исходы беременности (отношение между родами и абортами).
5. Полнота обследования беременной на резус-фактор.
6. Частота гинекологических заболеваний.
7. Среднее число посещений беременной женской консультации.

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

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Основное учреждение это родильные дома или акушерско-гинекологические стационары.

Задачи:

1. Оказание специализированной акушерско-гинекологической помощи в период беременности, родов и послеродовый период, при гинекологических заболеваниях.
2. Квалифицированная помощь и уход за новорожденными в период пребывания их и родильном доме.
3. Внедрение в практику современных методов профилактики, диагностики и лечения.
4. Совершенствование организации.
5. Анализ акушерских и экстрагенетальных осложнений,
6. Разработка и проведение оздоровительных мероприятий среди женщин.
7. Повышение квалификации.
8. Проведение гигиенического воспитания и санитарно-просветительной работы.

Принцип работы -территориальный, но беременная имеет право выбрать родовспомогательное учреждение.

Медицинские документы:

1. «Журнал приема беременных и рожениц»,
2. «Обменная карта беременной»;
3. «История родов» (ф. № 096/у),
4. «История развития новорожденного» (ф. № 1 12/у),
5. «Журнал оперативных вмешательств»,
6. «Журнал учета приема больных с отказами от госпитализации».

Документы используемые вне медицинской сферы:

1. «Медицинское свидетельство о рождении» (ф. № 103/у)

обменивается в загсе на юридическое свидетельство о рождении, «Врачебное свидетельство о смерти» (ф. № 106/у) или фельдшерское свидетельство смерти (ф. № 106-1/у), «Свидетельство о перенатальной смерти» (ф. № 106-2/у).

Структура родильного дома:

- I. Приемно-пропускной блок,
- II. Физиологическое (первое) акушерское отделение - 50% -55 %от общего числа акушерских коек,
- III. Отделение или палаты для беременных с патологией беременности 25% - 30% от общего числа акушерских коек.
- IV. Обсервационное (второе) акушерское отделение - 20% -25 % коек,
- V. Отделение гинекологии 25% - 30% от общего числа коек родильного дома.
- VI. Родовой блок (10% - 12% коек отделений), родильные залы, содержит изолятор для тяжело больных беременных большую и малую операционную.
- V. Лаборатория.
- VIII. ПИТ,
- IX. АХО,
- X Пищеблок,
- XI. Аптека.

Планирование помещений должно обеспечивать полную изоляцию здоровых женщин от больных. Первое и второе акушерские отделения должны быть разобщены. У каждого отделения должна быть своя смотровая

Показатели деятельности роддома:

1. Материнская смертность,
2. Перинатальная смертность,
3. Заболеваемость новорожденных,
4. Частота пслеродовых осложнений,
5. Частота применения обезболивания при родах,
6. Частота акушерских пособий.

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

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ

Основное учреждение - это объединенная детская больница.

Основные принципы организации:

1. работа по территориально-участковому принципу,
2. обслуживаются дети до 15 лет,
3. 1 педиатрический участок 700- 800 детей,
4. на 1 участок 1 ставка врача-педиатра и 1,5 ставок медицинской сестры.
5. в поликлинике ведется прием только здоровых детей или детей с обострениями хронических заболеваний, дети с признаками острого инфекционного заболевания обслуживаются на дому.
6. в структуре поликлиники предусмотрены помещения для больных и здоровых детей и специальный фильтр, где медицинская сестра производит предварительный осмотр, если у ребенка есть признаки инфекционного заболевания, он направляется в закрытый бокс.

Документы: «История развития ребенка" (Ф. № 1 12/у).

Диспансеризация детей

Особенности:

1. В возрасте до 3 лет - активный патронаж, начиная с антенатального периода.
2. Первое посещение ребенка после выписки из стационара не позднее 3 суток.
3. На первом месяце жизни врач посещает ребенка по мере необходимости, медицинская сестра не менее 2 раз.
4. Дети старше 1 месяца проходят ежемесячные профилактические осмотры и при необходимости направляются к специалистам.
5. К году ребенок проходит специалистов: хирурга- ортопеда, невропатолога,
- окулиста, лор-врача, стоматолога.
6. профосмотры детей от 1 года до 3 лет проводятся 1 раз в квартал.
7. в 3 года повторный осмотр у специалистов,
8. с 3 до 7 лет 1 раз в год, организованные дети осматриваются врачом детского сада.
9. в 7 лет проводится заключительное диспансерное обследование.
10. школьники ежегодно осенью должны проходить профосмотры.

Показатели:

1. Охват беременных дородовым патронажем.
2. Ранний охват диспансерным наблюдением,
3. регулярность наблюдения детей на 1 году жизни.
4. охват диспансерным наблюдением детей от 3 до 7 лет.
5. Охват диспансерным наблюдением детей, страдающих хроническими заболеваниями,
6. Удельный вес рахита 1 и 2 степени.
7. полнота охвата профилактическими прививками.

8. заболеваемость детей.
9. Младенческая смертность.
10. Индекс здоровья (число детей не разу не болевших на первом году жизни к числу детей достигших 1 года на 100%).

Особенности детского стационара:

1. Общая площадь фильтров и боксов не менее 4 % коечного фонда.
 2. Палаты для новорожденных, детей младшего возраста и детей старшего возраста,
 3. Стеклопакетные стены.
 4. В штате предусматривается преподаватель-педагог.
 5. Специализированные игровые, прогулочные площадки на улице,
- 61. Сущность диспансерного метода, его применение в работе лечебно-профилактических учреждений. Виды диспансеров в Российской Федерации; формы и методы их работы.**

62. Особенности и основные формы организации медицинской помощи рабочим и служащим промышленных предприятий, строительства и транспорта.

63. Виды медицинских осмотров, их организация и проведение.

64. Организация медицинской помощи сельскому населению. Областная и центральная районная больницы; их структура, функции и роль.

Она не имеет принципа участковости. Этот принцип соблюдается только для оказания помощи населению райцентра и прикрепленному участку.

Для населения, проживающего на остальной территории выделяются 0,3 ставки терапевта на 10 000 населения и 0,2 ставки педиатра на 10 000 населения.

Основной особенностью оказания помощи сельскому населению является принцип этапности. Различают 3 этапа:

I. Этап - это сельский врачебный участок, который включает врачебную амбулаторию, ФАП, детский сад, здравпункт, санаторий-профилакторий. На территории одного района действуют 2-3 амбулатории т.е. имеется только 2-3 сельских врачебных участка численность населения на одном участке составляет 2 500 - 3 000 человек, остальную территорию района обслуживает ФАП.

II. Этап - районные медицинские учреждения: ЦРБ, районный центр СЭН, межрайонные специализированные отделения. На этом этапе оказывается преимущественно специализированная медицинская помощь.

III. Этап - краевые и областные специализированные больницы, областные диспансеры, областные специализированные поликлиники. На этом этапе оказывается узкоспециализированная медицинская помощь.

Основные проблемы сельского здравоохранения

- 1) Недоступность медицинской помощи.
- 2) Низкая материально-техническая база.
- 3) Недостаточный объем специализированной мед. помощи.
- 4) Отсутствие скорой медицинской помощи для населения, проживающего в районе.
- 5) Низкая квалификация медицинского персонала.

Устранить указанные проблемы и стать альтернативой системе здравоохранения на селе может первичная медико-социальная помощь по принципу семейного врача. Это наиболее оптимальный вариант т.к. один семейный врач обслуживает 1 000 чел.

взрослого населения или 1 200 чел. С учетом детей, что составляет населения одного крупного или 2 мелких сел

65. Процессы специализации и интеграции в практическом здравоохранении; общеврачебная практика (врач общей практики, семейный врач) и специализированные виды медицинской помощи.

66. Альтернативные виды оказания амбулаторно-поликлинической помощи на современном этапе.

67. Врач общей практики, его задачи и содержание деятельности.

Врач общей практики - это специалист широко ориентированный в основных врачебных специальностях и способный оказать многопрофильную амбулаторную помощь при более широком круге заболеваний, чем участковый терапевт, а так же при неотложных состояниях.

Численность обслуживаемого контингента у врача общей практики - 1000 человек, у семейного врача (с учетом детей) - 1 200 человек.

Соответственно меняться объемы и структура медицинских услуг, оказываемых узкими специалистами; они должны преимущественно консультировать сложные случаи заболеваний и лишь некоторых больных брать под постоянное диспансерное наблюдение.

Положения о враче общей практики (семейном враче)

1. Это специалист с высшим медицинским образованием,

имеющий юридическое право оказывать первичную многопрофильную медико-социальную помощь населению, прошедший необходимую подготовку в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и получивший сертификат.

2. ВОП, оказывающий помощь семье независимо от пола, возраста пациентов является семейным врачом.

3. Может оказывать помощь индивидуально или совместно с другими специалистами.

Квалификационные требования

1. Владеть основами законодательства по охране здоровья населения.
2. Знать Структуру и основные принципы здравоохранения.
3. Уметь планировать и анализировать свою работу.
4. Знать принципы сотрудничества с другими специалистами: социальной службой, страховыми компаниями, юридической службой, общественными и благотворительными организациями, ассоциацией врачей и т.д.
5. Соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии.
6. Должен освоить следующие виды деятельности:

I. Профилактика, диагностика, лечение наиболее распространенных заболеваний и реабилитация пациентов. Осуществлять наблюдение при:

- внутренних болезнях,
- хирургических болезнях,
- болезнях женских половых органов,
- лор - болезнях,
- инфекционных заболеваниях,
- заболеваниях нервной системы,

II. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи в следующих неотложных состояниях: шок, обморок, гипертонический криз, коллапс, кома, остр. дыхательная и сердечная недостаточность, истинный и ложный круп, астматический статус, кровотечение и т.д.

III. Выполнение медицинских манипуляций (все виды инъекций, внутривенные пробы, определение группы крови, проведение и расшифровка ЭКГ, спирометрия и т.д.), для оказания экстренной помощи (непрямой массаж сердца, искусственное дыхание, внутрисердечное введение лекарственных препаратов, методы аспирации), хирургические манипуляции (биопсия, пункция, зондирование, анестезия, первичная обработка ран и ожогов, вскрытие абсцессов, иммобилизация и т.д.)

IV. Организационная работа: знать демографическую и медико-социальную характеристику обслуживаемого контингента, обучать ЗОЖ, консультировать по вскармливанию, уходу, закаливанию, подготовки детей к дошкольным учреждениям, по вопросам планирования семьи, проводить противоэпидемические и оздоровительные мероприятия, выявлять ранние, скрытые формы заболеваний и факторы риска. Организовать весь комплекс диагностических, лечебных и оздоровительных мероприятий. Проводить диагностику беременности и наблюдать за ее течением. Проводить врачебно трудовую экспертизу. Организовывать помощь одиноким совместно с органами социальной защиты. Вести учетно-отчетную документацию. В РФ действовала с 2000 г. по 2001 г. отраслевая программа «Общая врачебная (семейная практика)».

Цель программы: Создание организационно-правовой и научно-методической базы для поэтапного перехода к ВОП.

В программе участвовало 20 субъектов РФ.

В России подготовкой ВОП занимается 21 медицинский вуз.

В настоящее время работает 1 632 ВОП. Анализ их работы показал, что ВОП способны

решить 80% всех проблем со здоровьем.

Оценка

деятельности ВОП в РФ показала:

- высокую удовлетворенность пациентов.
- Снижение числа направлений к другим специалистам на 57% совместно с улучшением взаимодействия с узкими специалистами ВОП,

- Снижение числа обследований на 30%,
- Повышение внимания к пациенту в 93% случаев,
- Уменьшение необоснованных вызовов СМП до 30%,
- Более активное развитие стационарозамещающих форм.

Реальной реформы ПМСП не произошло, перераспределение ресурсов 30 на увеличение менее дорогостоящих форм обслуживания идет крайне медленно.

ВОП продолжают работать терапевтами. В Архангельской области из 38 по специальности работают 15, респуб. Мордовия из 29 - 10, Дагестан из 45-10.

К 2006 г. должны работать ВОП - 10 тыс. врачей, к 2010 г. - 20-25 тыс. Для этого поэтапного перехода к общей врачебной практике требуется: разработать и внедрить систему подготовки, повышения квалификации и аттестации:

- профессорско-преподавательского состава,
- врачей
- среднего медицинского персонала общей практики.
- Переориентировать мед. вузы на подготовку ВОП (СВ) кафедры поликлинической терапии в кафедрах семейной медицины.
- Создать по всей России филиалы центра «Семейной

медицины».

• Разработать совместно с ФФОМС механизмы финансирования этой отрасли.

Для адаптации к деятельности врачей общей практики (семейных врачей) требуется: о реорганизовать материально-техническую базу здравоохранения, о реконструировать действующие о создавать новые лечебно-профилактические учреждения.

Деятельность семенного врача включает:

1. медицинское обслуживание лиц различных возрастов;
2. гигиена семейных отношений;
3. половое воспитание и проблемы планирования семьи;
4. оценка состояния здоровья семьи в целом и каждого ее члена в отдельности;
5. семейное просвещение на уровне семьи и т.д.

68. Развитие специализированных видов медицинской помощи на современном этапе.

69. Качество медицинской помощи: определения и характеристики.

По ВОЗ:

Совокупность характеристик медицинской помощи (объекта), определяющая их способность удовлетворять установленные ил предполагаемые потребности (требования).

КМП – процесс взаимодействия врача и пациента, обусловленный: выполнением медицинских технологий, снижением риска прогрессирования заболевания или возникновения оно, рациональным использованием ресурсов, удовлетворением пациента.

КМП – совокупность результатов диагностики, лечения, профилактики на основе достижений науки и практики.

В практическом здравоохранении используют при контроле такие характеристики:

1. **Преемственность и непрерывность (continuity)** – степень соблюдения координации при оказании мед. помощи практикующими специалистами, а также на протяжении определенного времени. Обеспечение необходимого взаимодействия в процессе оказания мед. помощи.

2. **Доступность (availability)** – наличие или отсутствие необходимых (потребных) видов мед. помощи.

3. **Адекватность (adequacy)** – применение мер, технологий, ресурсов, достаточных для достижения желаемых целей.

4. **Своевременность (timeliness)** - применение мер, технологий, ресурсов, требуемых осуществления во времени для достижения желаемых целей.

5. **Безопасность (safety)** - применение мер, технологий не приводящих к негативным изменениям в здоровья

Характеристики КМП:

1. **Результативность (клиническая эффективность)** – отношение достигнутых результатов к максимально возможному, основанное на использовании достижений современной науки и практики.

2. **Эффективность** – экономический критерий

3. **Оптимальность (социальная эффективность).**

4. **Приемлемость (удовлетворимость)** – соответствие оказанной медицинской помощи ожиданиям пациента.

5. **Законность** – соответствие социальным предпочтениям, выраженное в этических принципах, законах, нормах и правилах.

Цель КМП: тотальное и непрерывное улучшение качества

Две системы обеспечения КМП:

I. Организационная

- Органы законодательной и исполнительной власти
- Учреждения здравоохранения
- Структуры, осуществляющие внешний контроль
- Граждане – потребители медицинских услуг

II. Функциональная (Донабедиан)

- Условия (структурно-ресурсное обеспечение).
- Технологические процессы
- Результаты

70. Современные проблемы качества медицинской помощи.

Проблемы КМП:

1. Недостаточность взаимопонимания и представления о качестве у различных структур.

2. Недостаточное правовое регулирование качества.

3. В организационной структуре значительный акцент сделан на контролируемые учреждения. Нет четкой системы взаимодействия между структурами, осуществляющими внешний и внутренний контроль качества.

4. Нет комплексной оценки КМП

Нет современной системы подготовительных стандартов

71. Методы оценки качества медицинской помощи. Современные подходы к анализу качества медицинской помощи.

Методы оценки организации и КМП

1. Статистический (для выявления тенденций и особенностей).

на основе сплошного учета информации по утвержденным формам о здоровья и деятельности учреждений;

на основе выборочных данных, в том числе эпидемиологические методы.

2. Метод экспертных оценок (для оценки качества медицинской помощи одной пациентки или одной группы).

• Зав. Отделением (контроль лечащего врача)

• Зам. Главного врача по КЭ

• Клинико-экспертная комиссия КЭК (лечащий врач, зав.

отделением, заместитель гл врача по КЭ).

Виды КЭК:

• По экспертизе временной нетрудоспособности

• Лечебно-контрольная комиссия (опросы правильности лечения)

• Комиссия по изучению летальных исходов (озглавляемая патологоанатомом).

• Комиссия по лечению внутрибольничных инфекций

3. Медико-экономический анализ (сочетание экспертного метода и экономической статистики).

4. Социологический метод опрос, анкетирование).

5. Комбинированный метод, в том числе с применением информационных технологий.

Стандартизация, виды стандартов.

Классификация:

• первыми появились в США и были основаны на клинико-статистических группах и диагностических группах (МЭС)

• у нас медико-экономические стандарты появились с 1991 года (сколько лечат, столько и стоит).

• Клинические протоколы (3) с учётом индивидуального подхода на основе доказательства результата.

Стандарты:

• На ресурсы (нормативы) 1 врач на 1700 человек

• На техноогии

• На результаты

72. Методика анализа деятельности поликлиники на основе годового отчета; основные показатели.

Поликлиника: Прямые.

1. Доля совпадения поликлинического и заключительного диагноза стационара.

2. Доля совпадения диагноза лечащего врача и диагноза, выставленного при любой экспертизе случая.

3. Доля выздоровевших из числа больных с острыми заболеваниями.

4. Показатель функции стабилизации (ремиссии) из числа хронических больных.

5. Удовлетворенность пациентов медицинской помощью.

6. Доля поздних госпитализаций по вине врача к общему числу пролеченных.

7. Доля необоснованных направлений на госпитализацию от всех направлений на госпитализацию.

8. Досуточная летальность в стационаре.

Косвенные.

1. Доля пациентов, направленных на госпитализацию из числа обратившихся за медицинской помощью.

2. Среднее число дней до операции госпитализированных пла ново для проведения операции.

3. Летальность на дому от острых заболеваний по вине врача.

4. Доля первичной инвалидизации от числа заболевших.

5. Показатель обращения на станцию скорой медицинской помощи лиц, страдающих хроническими заболеваниями.

6. Доля лиц, не обследованных на туберкулез 2 года и более.

7. Доля лиц, не обследованных на онкозаболевания в течение года.

73. Показатели организации и эффективности диспансеризации. Методика оценки и анализа.

74. Методика анализа деятельности стационара на основе годового отчета. Основные показатели.

Для оценки качества медицинской помощи в стационаре предлагаются следующие показатели.

Прямые.

1. Расхождение диагнозов: при поступлении — клинический — заключительный — патологоанатомический.

2. Удовлетворенность пациентов.

3. Доля пациентов, получивших информацию о самосохранном поведении с учетом перенесенного заболевания.

4. Доля выписанных пациентов с достижением ожидаемого по стандарту результата.

5. Доля пациентов, обоснованно госпитализированных в стационар.

6. Доля повторных госпитализаций в связи с преждевременной выпиской от всех выписанных.

7. Доля постинъекционных осложнений от числа проведенных

инфекций.

8. Случаи внутрибольничной инфекции.

9. Частота пролежней у определенных групп больных.

Косвенные:

1. Больничная летальность (при отдельных заболеваниях), в том числе у детей.

2. Послеоперационная летальность (при всех видах операций).

3. Сроки поступления в стационар от начала заболеваний по экстренным медицинским показаниям.

Кардиология:

1. Доля своевременных переводов в блок интенсивной терапии и обратно от всех переводов. **Психиатрия:**

1. Доля повторных госпитализаций. **Хирургия:**

1. Доля релапаротомий.

2. Первичная инвалидизация после хирургического вмешательства.

3. Частота послеоперационных осложнений.

4. Послеоперационная летальность при аппендиците, холецистите, ущемленной грыже, прободной язве, панкреатите, внематочной беременности, желудочно-кишечном кровотечении в зависимости от сроков госпитализации.

75. Уровни экспертизы временной нетрудоспособности.

Организация экспертизы временной нетрудоспособности в поликлинике. Права и обязанности лечащего врача, зав. отделением, главного врача и его заместителей по экспертизе трудоспособности.

1. Врачебно-трудовая экспертиза — исследование трудоспособности человека, проводимое врачом с целью определения наличия, степени и длительности нетрудоспособности.

2. Временная нетрудоспособность — невозможность выполнения человеком работы вообще или по конкретной специальности, носящая относительно кратковременный характер.

3. Экспертиза временной нетрудоспособности — вид медицинской экспертизы, основной задачей которой является оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, возможности осуществлять профессиональную деятельность, а также определить степени и сроков временной утраты трудоспособности.

4. Уровни проведения экспертизы временной нетрудоспособности:

▪ первый — лечащий врач;

▪ второй — клинично-экспертная комиссия лечебно-профилактического учреждения;

▪ третий — клинично-экспертная комиссия органа управления здравоохранением территории, входящей в субъект Федерации;

▪ четвертый — клинично-экспертная комиссия органа управления здравоохранением субъекта Федерации;

▪ пятый — главный специалист по экспертизе временной нетрудоспособности Министерства здравоохранения России,

1. Лечащий врач, осуществляющий экспертизу временной нетрудоспособности:

▪ определяет признаки временной утраты нетрудоспособности на основе оценки состояния здоровья характера и условий труда и других социальных факторов;

▪ фиксирует в первичных медицинских документах анамнестические и объективные данные, подтверждающие диагноз заболевания или другую причину, обуславливающую нетрудоспособность;

▪ определяет сроки нетрудоспособности с учетом индивидуальных особенностей течения заболевания и ориентировочных сроков нетрудоспособности при различных заболеваниях;

▪ выдает документ, удостоверяющий нетрудоспособность, в том числе и при посещении на дому, назначает дату очередного посещения врача, о чем делает соответствующую запись в первичной медицинской документации;

▪ своевременно направляет пациента для консультации на клинично-экспертную комиссию для продления листка нетрудоспособности и решения других экспертных вопросов (частнопрактикующий врач направляет пациента в клинично-экспертную комиссию учреждения здравоохранения, обеспечивающего его медицинской помощью в соответствии с программой обязательного медицинского страхования;

▪ при нарушении пациентом назначенного лечебно-охранительного режима, в том числе при алкогольном или наркотическом опьянении, делает соответствующую запись в листке нетрудоспособности и амбулаторной карте (истории болезни) с указанием даты и вида нарушения; при несогласии пациента с диагнозом опьянения направляет его на комиссию по экспертизе опьянения;

▪ подготавливает документы в клинично-экспертную комиссию для направления пациента на МСЭК при наличии у него признаков стойкого ограничения жизнедеятельности и стойкой утраты трудоспособности;

▪ анализирует причины и динамику заболеваемости с временной утратой трудоспособности и первичного выхода на инвалидность, разрабатывает и осуществляет мероприятия по их снижению;

▪ постоянно совершенствует знания по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности,

2. Заведующий отделением амбулаторно-поликлинического и стационарного учреждения:

▪ осуществляет постоянный контроль за организацией и проведением экспертизы временной нетрудоспособности лечащими врачами отделения,

включая качество и эффективность лечения и правильность оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность;

▪ совместно с лечащим врачом направляет пациента на клинично-экспертную комиссию и на медико-социальную экспертизу;

▪ ежемесячно анализирует причины и сроки временной нетрудоспособности, первичного выхода на инвалидность населения участков и госпитализированных больных, качество экспертной работы лечащих врачей отделения.

3. Клинично-экспертная комиссия лечебно-профилактического учреждения, возглавляемая заместителем руководителя по клинично-экспертной работе, либо заместителем по лечебной работе, а при их отсутствии — руководителем, состоящая из ведущих специалистов этого и других медицинских учреждений и организаций:

▪ проводит экспертную оценку качества и эффективности медицинской помощи и результатов деятельности специалистов и структурных подразделений в своем учреждении;

▪ принимает решения по представлению лечащих врачей и заведующих отделениями: о продлении листка нетрудоспособности; по конфликтным и спорным случаям экспертизы; о направлении пациентов на МСЭК; о переводе пациентов по состоянию здоровья на другую работу и их рациональном трудоустройстве; при направлении на лечение за пределы обслуживаемой учреждением территории; в случаях предоставления по состоянию здоровья дополнительной жилплощади и первоочередного получения жилья; при освобождении по состоянию здоровья школьников от сдачи экзаменов и предоставлении академического отпуска студентам; по искам и претензиям граждан и страховых организаций по качеству медицинской помощи и экспертизы трудоспособности; по запросу организаций, учреждений (в т.ч. и медицинских), фондов социального страхования, суда, прокуратуры, военных комиссариатов и др. по вопросам экспертизы трудоспособности.

4. Руководитель учреждения здравоохранения и его заместитель по клинично-экспертной работе:

▪ отвечают за постановку работы по экспертизе временной нетрудоспособности в учреждении, разрабатывают и контролируют реализацию мероприятий по улучшению качества экспертной работы;

▪ осуществляют выборочный контроль проведения экспертизы лечащими врачами и заведующими отделениями по медицинской документации и при личном осмотре больных;

▪ принимают участие в решении сложных и конфликтных случаев экспертизы, рассматривают иски и претензии медицинских страховых организаций, территориальных исполнительных органов Фонда социального страхования и пациентов по вопросам качества проведения экспертизы;

▪ осуществляют взаимодействие с соответствующими медико-социальными экспертными комиссиями (МСЭК) с целью анализа, выявления и исправления недостатков в проведении клинично-экспертной работы в учреждении.

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

При заболеваниях и травмах лечащий врач выдает листок нетрудоспособности единолично на срок до 10 календарных дней и продлевает его единолично на срок до 30 календарных дней, с учетом утвержденных Минздравом России ориентировочных сроков временной нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах.

Врачи, занимающиеся частной медицинской практикой вне лечебно-профилактического учреждения, имеют право выдавать документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность, на срок не более 30 дней.

В особых условиях (в отдельных районах сельской местности, Крайнего Севера и т. д.) по решению местных органов управления здравоохранением выдача листков нетрудоспособности может быть разрешена лечащему врачу до полного восстановления трудоспособности или направления на медико-социальную экспертизу.

Средний медицинский работник, имеющий право выдавать листки нетрудоспособности, единолично и одновременно выдает его на срок до 5 дней и продлевает до 10 дней, в исключительных случаях, после консультации с врачом ближайшего лечебно-профилактического учреждения, — сроком до 30 дней.

При сроках временной утраты трудоспособности более 30 дней решение вопроса дальнейшего лечения и продления листка нетрудоспособности осуществляется клинично-экспертной комиссией, назначенной руководителем медицинского учреждения.

Продление листков нетрудоспособности частнопрактикующим врачом в этих случаях осуществляется в порядке, определяемом Минздравом совместно с Фондом социального страхования Российской Федерации.

По решению экспертной комиссии при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть продлен до полного восстановления трудоспособности, но на срок не более 10 месяцев, в отдельных случаях (травмы, состояние после реконструктивных операций и туберкулез) — не более 12 месяцев с периодичностью продления комиссией не реже, чем через 30 дней.

При заболеваниях (травмах) листок нетрудоспособности выдается в день установления нетрудоспособности, включая праздничные и выходные дни. Не допускается выдача его за прошедшие дни, когда больному еще не было освидетельствовано врачом.

В исключительных случаях листок нетрудоспособности может быть выдан за прошедший период по решению клинико-экспертной комиссии.

Гражданам, обратившимся за медицинской помощью в конце рабочего дня, листок нетрудоспособности, по их согласию, выдается со следующего календарного дня. Гражданам, направленным здравпунктом в лечебно-профилактическое учреждение и признанным нетрудоспособными, листок нетрудоспособности выдается с момента обращения в здравпункт.

Гражданам, нуждающимся в лечении в специализированных лечебно-профилактических учреждениях, лечащие врачи выдают листок нетрудоспособности с последующим направлением в учреждения соответствующего профиля для продолжения лечения.

Нетрудоспособным гражданам, направленным на консультацию (обследование, лечение) в лечебно-профилактическое учреждение за пределы административного района, листок нетрудоспособности выдается на число дней, необходимых для проезда, и продлевается в порядке, предусмотренном настоящей инструкцией.

При выписке из стационара, в том числе из стационара центра профпатологии, листок нетрудоспособности выдается на весь период стационарного лечения, для иногородних — с учетом дней для проезда к месту жительства, при сохранении нетрудоспособности может быть продлен еще до 10 дней.

В случаях, когда заболевание или травма, ставшие причиной временной нетрудоспособности, явились следствием алкогольного, наркотического, ненаркотического опьянения, листок нетрудоспособности выдается с соответствующей отметкой о факте опьянения в истории болезни (амбулаторной карте) и в листке нетрудоспособности.

При временной нетрудоспособности женщины, находящейся в отпуске по уходу за ребенком, или лица, осуществляющего уход за ребенком, работающих на условии неполного рабочего дня или на дому, листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях.

Гражданам, направленным по решению суда на судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу, признанным нетрудоспособными, листок нетрудоспособности выдается со дня поступления на экспертизу.

При амбулаторном лечении больных на период проведения инвазивных методов обследования и лечения (эндоскопические исследования с биопсией, химиотерапия по интермиттирующему методу, гемодиализ и т. д.) листок нетрудоспособности по решению клинико-экспертной комиссии может выдаваться прерывисто, на дни явки в лечебное учреждение. В этих случаях в листке нетрудоспособности указываются дни проведения процедур; освобождение от работы производится только на эти дни.

При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания, отпуска по беременности и родам, в частично оплачиваемом отпуске по уходу за ребенком листок выдается со дня окончания указанных отпусков в случае продолжающейся нетрудоспособности.

При временной нетрудоспособности, возникшей в период ежегодного очередного отпуска, в том числе при санаторно-курортном лечении, листок нетрудоспособности выдается в порядке, предусмотренном настоящей инструкцией.

Гражданам, самостоятельно обращающимся за консультативной помощью, проходящим исследования в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях по направлению военных комиссариатов, следственных органов, прокуратуры и суда, выдается справка произвольной формы.

В случае заболевания студентов и учащихся средних и высших учебных заведений для освобождения от учебы выдается справка установленной формы.

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

По беременности и родам листок нетрудоспособности выдается врачом акушером-гинекологом, а при его отсутствии — врачом, ведущим общий прием. Выдача листка нетрудоспособности производится с 30-ти недель беременности одновременно продолжительностью 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов). При многоплодной беременности листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается с 28-ми недель беременности, при этом общая продолжительность дородового и послеродового отпусков составляет 180 дней.

При осложненных родах женщинам, в т. ч. иногородним, листок нетрудоспособности выдается дополнительно на 16 календарных дней лечебно-профилактическим учреждением, где произошли роды. В этих случаях общая продолжительность дородового и послеродового отпусков составляет 156 календарных дней.

При родах, наступивших до 30 недель беременности и рождении живого ребенка, листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается лечебно-профилактическим учреждением, где произошли роды, на 156 календарных дней, а в случае рождения мертвого ребенка или его смерти в течение первых 7 дней после родов — на 86 календарных дней.

Листок нетрудоспособности на дородовой отпуск продолжительностью 90 календарных дней выдается женщинам, проживавшим (работавшим) в зоне отселения до их переселения в другие районы и проживающим в зоне с правом отселения и зонах с льготным социально-экономическим статусом, а также женщинам, проживающим в населенных пунктах, подвергшихся радиоактивному загрязнению вследствие аварии на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча. Общая продолжительность отпуска по беременности и родам составляет 160 дней. Женщинам, проживающим в других зонах,

подвергшихся радиоактивному загрязнению, листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается в порядке, указанном выше. При наступлении беременности в период нахождения женщины в частично оплачиваемом отпуске без сохранения заработной платы по уходу за ребенком листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях.

78. Порядок выдачи и оформления врачом документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность на период санаторно-курортного (амбулаторно-курортного) лечения и медицинской реабилитации и при протезировании.

Листок нетрудоспособности для санаторно-курортного (амбулаторно-курортного) лечения, в т. ч. в пансионатах с лечением, санаториях «Мать и дитя», в туберкулезных санаториях, выдается на число дней, недостающих к очередному и дополнительному отпускам, и время проезда. При суммарном очередном отпуске за 2—3 года вычитается вся его продолжительность до отъезда в санаторий и при предоставлении администрацией отпуска без сохранения содержания на количество дней, равное очередному и дополнительному отпускам, листок нетрудоспособности выдается на срок лечения и проезда, за вычетом дней основного и дополнительного отпусков.

Листок нетрудоспособности выдается лечебно-профилактическим учреждением до отъезда в санаторий по предоставлении путевки (курсовки) и справки администрации о длительности очередного и дополнительного отпусков.

При направлении в центры реабилитации больных непосредственно из больничных учреждений листок нетрудоспособности продлевается лечащим врачом центра на весь срок долечивания или реабилитации.

При направлении больных в санаторий из больничных учреждений после перенесенного острого инфаркта миокарда, аорто-ко-ронарного шунтирования, оперативного вмешательства по поводу аневризмы сердца, язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, удаления желчного пузыря листок нетрудоспособности продлевается лечащим врачом санатория на весь период долечивания.

Участникам ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС 1986—1987 гг., лицам, получившим или перенесшим лучевую болезнь и другие заболевания, листок нетрудоспособности для санаторно-курортного лечения выдается при наличии медицинских показаний на весь срок путевки и дни проезда без вычета очередного и дополнительного отпусков.

Работающим воинам-интернационалистам, инвалидам Великой Отечественной войны, а также инвалидам из числа военнослужащих, направленным врачебно-отборочной комиссией в центры восстановительной терапии воинов-интернационалистов по разнарядке Минздрава и Фонда социального страхования России, листок нетрудоспособности выдается на весь срок действия путевки и дни проезда.

При направлении на санаторно-курортное лечение в санаторий здравоохранения «Мать и дитя» ребенка-инвалида в возрасте до 15 лет, при наличии медицинского заключения о необходимости индивидуального ухода за ним, листок нетрудоспособности выдается одному из родителей (опекуну) на весь период санаторного лечения ребенка с учетом проезда.

Гражданам, направленным в клиники реабилитации научно-исследовательских институтов курортологии и физиотерапии, листок нетрудоспособности выдается лечащим врачом лечебно-профилактического учреждения на основании заключения клинико-экспертной комиссии на время лечения и проезда и, при показаниях, продлевается врачом клиники института.

При госпитализации в стационар протезно-ортопедического предприятия листок нетрудоспособности выдается на весь период пребывания в стационаре и на время проезда к месту лечения и обратно.

Гражданам, протезирующимся в амбулаторно-поликлинических условиях протезно-ортопедического предприятия, листок нетрудоспособности не выдается. Воинам-интернационалистам, направленным в установленном порядке на протезирование, листок нетрудоспособности выдается на весь период протезирования с учетом дней, необходимых для проезда к месту лечения и обратно.

79. Порядок выдачи и оформления врачом документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность по уходу за больным членом семьи, здоровым ребенком в возрасте до 3-х лет в случае болезни матери.

Листок нетрудоспособности по уходу за больным выдается лечащим врачом одному из членов семьи (опекуну), непосредственно осуществляющему уход.

Листок нетрудоспособности выдается по уходу:

— за взрослым членом семьи и больным подростком старше 15 лет, получающим лечение в амбулаторно-поликлинических условиях, — сроком до 3 дней, по решению клинико-экспертной комиссии — до 7 дней;

— за ребенком до 7 лет при амбулаторном лечении — на весь период острого заболевания или до наступления ремиссии при обострении хронического заболевания; за ребенком старше 7 лет — на срок до 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего срока;

— за ребенком до 7 лет при стационарном лечении — на весь срок лечения, старше 7 лет — после заключения клинико-экспертной

комиссии о необходимости осуществления ухода;

— за детьми до 15 лет, инфицированными вирусом иммунодефицита, страдающими тяжелыми заболеваниями крови, злокачественными новообразованиями, ожогами, — на весь период пребывания в стационаре.

В случае болезни матери, находящейся в отпуске по уходу за ребенком до 3-х лет, листок нетрудоспособности выдается лицу, фактически осуществляющему уход за ребенком, учреждением, в котором лечится мать, сроком до 5 дней, по решению клинико-экспертной комиссии — до 10 дней, а в исключительных случаях — на весь период, в течение которого она не может осуществлять уход.

За ребенком, 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, которые на день эвакуации находились в состоянии внутриутробного развития, а также за детьми первого и последующих поколений граждан, упомянутых настоящей инструкцией, родившимися после радиоактивного облучения одного из родителей, — на все время болезни (включая время болезни ребенка в период пребывания с ним в санаторно-курортном учреждении).

При одновременном заболевании двух и более детей по уходу за ними выдается один листок нетрудоспособности.

При одновременном заболевании двух детей листок нетрудоспособности по уходу за другим ребенком выдается после первого документа без зачета дней, совпавших с днями освобождения от работы по первому листку нетрудоспособности.

При заболевании ребенка в период, не требующий освобождения матери от работы (очередной или дополнительный отпуск, отпуск по беременности и родам, отпуск без сохранения содержания, выходные или праздничные дни и др.), листок нетрудоспособности по уходу выдается со дня, когда она должна приступить к работе, без учета дней от начала заболевания ребенка.

Листки нетрудоспособности не выдаются по уходу:

— за хроническими больными в период ремиссии;
— в период очередного отпуска и отпуска без сохранения со-
держания;

— в период отпуска по беременности и родам;

— в период частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком.

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

При временном отстранении от работы лиц, контактировавших с инфекционными больными или вследствие бактерионосительства, листки нетрудоспособности выдаются по предъявлении врача-эпидемиолога в лечебно-профилактическом учреждении врачом-инфекционистом или лечащим врачом. Продолжительность отстранения от работы в этих случаях определяется утвержденными сроками изоляции лиц, перенесших инфекционные заболевания и соприкасавшихся с ними.

При карантине листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет за гражданином, признанным в установленном порядке недееспособным, выдается на основании справки эпидемиолога лечебно-профилактическим учреждением, наблюдающим его, одному из работающих членов семьи на весь период карантина.

Работникам предприятий общественного питания, водоснабжения, детских учреждений при наличии у них гельминтоза листок нетрудоспособности выдается на весь период дегельминтизации.

81. Порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу (МСЭ) лечебными учреждениями. Показания при направлении.

На медико-социальную экспертизу направляются граждане, имеющие признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности и нуждающиеся в социальной защите:

— при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не более 4 месяцев;

— при благоприятном трудовом прогнозе в случае продолжающейся нетрудоспособности до 10 месяцев (в отдельных случаях — травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез — до 12 месяцев) для решения вопроса о продолжении лечения или установления группы инвалидности;

— работающие инвалиды для изменения трудовой рекомендации в случае ухудшения клинического и трудового прогноза.

Право направлять граждан на медико-социальную экспертизу имеют лечащие врачи амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений различных уровней и форм собственности с утверждением направлений на МСЭК клинико-экспертной комиссией учреждения.

При установлении группы инвалидности срок временной нетрудоспособности завершается датой регистрации направления на МСЭК медико-социальной экспертной комиссией.

Лицам, не признанным инвалидами, листок нетрудоспособности продлевается лечебно-профилактическим учреждением до восстановления трудоспособности или повторного направления на медико-социальную экспертизу.

При отказе больного от направления на медико-социальную экспертизу или несвоевременной явке его на экспертизу по не уважительной причине листок нетрудоспособности не продлевается со дня отказа или дня регистрации документов медико-социальной экспертной комиссией. Отказ или неявка указывается в листке нетрудоспособности.

82. Инвалидность: определение. Понятие об ограничении жизнедеятельности. Структура причин первичной инвалидности

Ограниченная жизнедеятельность — отклонение от нормальной деятельности человека вследствие нарушения здоровья, характеризующееся ограничением способности осуществлять:

1. самообслуживание
2. передвижение
3. обучение
4. трудовую деятельность
5. ориентацию во времени, пространстве
6. общение
7. контроль за своим поведением

Причины инвалидности:

- Общие заболевания
- Инвалидность с детства
- Профессиональные заболевания
- Трудовое увечье
- Инвалидность военнослужащих
- Специальные причины инвалидности (аварии, ДТП, радиационные поражения и т. д.)

83. Группы инвалидности, критерии их определяющие. Сроки пересвидетельствования. Виды социальной защиты.

В нашей стране принята классификация, включающая 3 группы инвалидности. Наиболее тяжелые больные относятся к инвалидам I группы. Эта группа инвалидности устанавливается лицам с полной постоянной или длительной потерей трудоспособности, которые нуждаются в постоянном постороннем уходе, надзоре или помощи.

К этой группе относятся также лица, у которых имеются резко выраженные нарушения функций и они нуждаются в постоянном постороннем уходе, однако при создании индивидуальных условий они способны выполнять определенные виды работ. К данной категории относятся слепые, психически больные, больные с тяжелыми анатомическими дефектами (высокая ампутация нижних конечностей).

Вторая группа инвалидности устанавливается лицам, также имеющим значительные функциональные нарушения и практически полную нетрудоспособность, но не нуждающимся в постороннем уходе, надзоре и помощи, т. е. способным обслуживать себя самостоятельно. Это отличает ее от I-й группы.

Вторая группа инвалидности устанавливается:

а) лицам со стойкими нарушениями функций, когда выполнение профессионального труда полностью недоступно,

б) гражданам, которым труд противопоказан, поскольку под влиянием трудовой деятельности может наступить ухудшение течения заболевания. К этой группе относятся больные с повторно перенесенным инфарктом миокарда, гипертонической болезнью с частыми кризами и т. д.,

в) лицам, страдающим тяжелыми хроническими заболеваниями, которым труд не противопоказан, но требуется создание особых условий (работа на дому, сокращенный рабочий день, дополнительные перерывы в работе).

Установление 3-й группы инвалидности предусматривает возможность продолжения трудовой деятельности. К ней относятся лица с ограниченной трудоспособностью. Данная группа инвалидности устанавливается в следующих случаях:

а) лицам, которые по состоянию здоровья не могут трудиться в соответствии с прежней профессией и нуждаются в переводе на работу более низкой квалификации. б) гражданам, которым необходимы значительные ограничения по своей профессии,

в) лицам с низкой квалификацией из-за сложности переквалификации или переобучения.

г) гражданам, имеющим выраженные анатомические дефекты и деформации (дефекты и деформации верхней, нижней конечности; полная слепота или снижение остроты зрения на один глаз до 0,02 при невозможности корригирования; значительный костный дефект черепа; двухсторонняя глухота с детства и др.).

Социальная защита — система гарантированных государством постоянных (долговременных) экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления и замещения ограниченной жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества. Проблемы социальной защиты населения

1. Пенсия
2. Трудоустройство инвалидов (3% мест на предприятиях — для инвалидов).
3. Содержание учреждений социальной защиты (дома-интернаты, дома ветеранов, дома дневного пребывания (центры социального обслуживания), отделения социальной помощи на дому, отделение срочной социальной помощи, ночлежки).
4. Профессиональное обучение инвалидов
5. Обеспечение протезно-ортопедическими изделиями и другими средствами реабилитации.
6. Снабжение транспортными средствами
7. Санаторно-курортное лечение
8. Пособия из благотворительных фондов

9. Реабилитация (социальная, психологическая, профессиональная, медицинская).

Органы социальной защиты населения

- Комитет социальной защиты населения
- Тделение медико-социальной экспертизы (главное бюро медико-социальной экспертизы)
- МСЭ (терапевт, хирург, невропатолог, врач-реабилитолог, психолог, социальный работник)
- Специализированные бюро (2врача-специалиста, врач-реабилитолог, социальный работник)

84. Понятие о причине инвалидности, значение правильного ее определения. Основные причины инвалидности

Причины инвалидности:

- Общие заболевания
- Инвалидность с детства
- Профессиональные заболевания
- Трудовое увечье
- Инвалидность военнослужащих
- Специальные причины инвалидности (аварии, ДТП, радиационные поражения и т. д.)

Причины

Дети (до 18 лет)

- Болезни нервной системы и органов чувств
- Врождённые аномалии
- Психические расстройства
- Болезни рганов дыхания
- Онкология

Инвалид – лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и необходимости его социальной защиты.

Инвалидность – социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойкими расстройствами функций организма, приводящих к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

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

Экспертизой стойкой нетрудоспособности в нашей стране занимаются: 1) МСЭК и 2) комитеты социальной защиты населения.

МСЭК располагаются на базе крупных ЛПУ, однако находятся в ведении Министерства социальной защиты. Их расположение на базе ЛПУ связано с необходимостью всестороннего и полноценного обследования больных, для чего необходима лаборатория, узкие специалисты, диагностические кабинеты.

МСЭК классифицируют на первичные и высшие. Первичные и высшие в свою очередь бывают общего профиля и специализированные, к первичным МСЭК относятся районные, межрайонные, городские МСЭК. К высшим относятся МСЭК г. Москвы и Санкт-Петербурга, областные, республиканские МСЭК.

Задачи первичных МСЭК:

- 1) установление группы инвалидности впервые или при переосвидетельствовании;
- 2) определение причины инвалидности;
- 3) определение времени фактического наступления инвалидности;
- 4) установление стойкой утраты трудоспособности вследствие несчастного случая на производстве (в %);
- 5) санкционирование долечивания при временной нетрудоспособности свыше 10 или 12 мес;
- 6) определение трудовых рекомендаций инвалидам, позволяющих использовать остаточную трудоспособность;
- 7) направление на переобучение или переквалификацию.

Состав первичных МСЭК общего профиля:

- терапевт,
 - хирург,
 - невропатолог,
 - представитель комитета социальной защиты населения,
 - представитель профсоюзной организации,
 - медицинский регистратор.
- Состав первичных МСЭК специализированного профиля:**
- 2 врача по профилю МСЭК,
 - 1 врач смежной специальности,
 - представитель комитета социальной защиты,
 - представитель профсоюзной организации,

- медицинский регистратор.
- **Виды специализированных МСЭК:**
- фтизиатрическая,
- психиатрическая,
- кардиоревматологическая,
- офтальмологическая,
- онкологическая,
- травматологическая,
- профпатологическая.

В 3-дневный срок вся документация на данного больного должна быть передана для рассмотрения в высшую МСЭК. Высшая МСЭК выносит свое решение.

Медико-социальная экспертиза:

- Комплексная оценка состояния здоровья и степени ограничения жизнедеятельности
- Разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов
- Участие в разработке комплексных программ профилактики инвалидности

Главное бюро МСЭ

Один состав на 4 первичных бюро
4 врача, специалист по реабилитации, психолог(и), специалист по социальным вопросам

Направления работы:

- По медицинским показаниям
- Для переосвидетельствования
- Для компенсации
- При больничном более 10-12 месяцев.

86. Реабилитация. Виды и средства медико-социальной и профессиональной реабилитации.

Реабилитация – система мероприятий, направленных на восстановление состояния здоровья больных людей и доведение их до уровня минимально трудоспособности.

Реабилитация инвалида – процесс и система медицинских, психологических, социально-экономических мер, направленных на устранение или полную компенсацию ограниченной жизнедеятельности, вызванной нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Цель реабилитации – восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальной адаптации.

87. Инвалидность как медико-социальная проблема. Основные пути профилактики инвалидности.

10% населения мира – инвалиды. 1 млн. инвалидизированных ежегодно (50% - трудоспособного возраста).

88. Федеральный Закон о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения (1999г.). Основные разделы. Структура санэпидслужбы.

Закон «О санитарно - эпидемиологическом благополучии населения РФ», (принят Государственной Думой 12 марта 1999 года, одобрен Советом Федерации 17 марта 1999 года). *Действие закона направлено на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения как одного из основных условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду.*

Задачи:

1. профилактика инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний среди населения РФ,
2. предупреждение вредного влияния труда, быта и окружающей среды,
3. гигиеническое воспитание и образование населения.

Структура ГЦСЭН

1. Министерство 30 (департамент по ГСЭН),
2. Федеральный ЦСЭН,
3. городские в субъектах РФ, межрайонные, районные, окружные ГЦСЭН,
4. ГЦСЭН на водном и воздушном транспорте,
5. ЦСЭН при министерствах:
 - Путей сообщения,
 - Обороны,
 - МВД,
 - Юстиции,
 - Главного управления специальных программ президента РФ,
 - ЦСЭН Медицинского центра управления делами президента,
 - ФСБ,
 - МЧС,
 - Федеральной службы налоговой полиции,
 - Федерального агентства правительственной связи и информации при президенте РФ.
6. ГНИИ санитарно-эпидемиологического профиля,
7. противочумные центры, станции,
8. Унитарные предприятия по производству иммунобиологических препаратов,

9. унитарные государственные предприятия дезинфекционного профиля.

Функции ГСЭН:

1. Выполнение санитарного законодательства;
2. Осуществление государственного противозидемического контроля;
3. Проведение санитарно-гигиенических и противозидемических мероприятий,

- Санитарно-карантинный контроль;
- Меры пресечения нарушений санитарного законодательства;
- Привлечение к ответственности;
- Учет инфекционной заболеваемости.

Характерно:

- Входит в государственную систему здравоохранения
- Подчиняется министерству здравоохранения РФ
- Имеет иерархическое строение
- Действует в целях обеспечения сан-эпид благополучия
- Основа – государственный сан-эпиднадзор
- Основной финансовый источник – бюджет

Финансирование:

• Федеральный бюджет
• Внебюджетные средства (от издательской деятельности, пожертвования и т. д.)

Санитарное правонарушение – противоправное действие, посягающее на права граждан и интересы общества

Виды ответственности:

- Дисциплинарная
- Административная
- Экономическая
- Уголовная

89. Центр санитарно-эпидемиологического надзора как основная структурная единица госсанэпидслужбы. Совместная работа лечебно-профилактических учреждений и учреждений санитарно-эпидемиологической службы по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия.

Сан-эпид служба – единая система организаций, учреждений и органов, действующих в целях обеспечения сан-эпид благополучия населения. Основная цель – выявление, предупреждение и ликвидация влияния вредных или опасных факторов среды обитания.

Взаимодействие ГСЭН и ЛПУ

Регламентировано Приказом № 131/380 от 20.12.95 г. «Положение о совместной деятельности ЛПУ и санитарной службы, направленной на улучшение эпидемиологической ситуации».

I. Профилактика инфекционных заболеваний.

- Раннее выявление инфекционных больных (не позднее 3 суток).
- Изоляция инфекционных больных в стационаре или ни дому,
- Сообщение в ЦСЭН (экстренное извещение) при получении экстренное извещения ЦСЭН организует мероприятия в очаге, которые прекращаются по указанию гл. вр. ЦСЭН,
 - Проведение заключительной или текущей дезинфекции,
 - Наблюдение за контактными,
 - Диспансеризация переболевших,
 - Проведение профилактических прививок (ГЦСЭН контролирует сроки и объем вакцинации).

II. Профилактика массовых неинфекционных заболеваний

включает проведение первичной, вторичной и третичной профилактики.

III. Профилактика облучения населения ИИР.

ЛПУ должно своевременно выявлять облучения и извещать ЦСЭН о каждом случае облучения. ЦСЭН проводит расследование и принимает меры по предотвращению распространения ИР (осуществляет контроль над предприятиями, на которых используются ИИР, дает разрешение на работу с ними).

IV. Гигиеническое обучение и воспитание населения.

90. Содержание санитарно-противозидемической и профилактической работы в поликлинике: виды и формы Инфекционный кабинет поликлиники.

91. Цель, задачи, виды профилактики по стадиям, оценка эффективности.

Задачи:

- Укрепление здоровья человека. Улучшение параметров функционирования органов и систем организма в целом
- Сохранение нормального функционирования органов и систем у лиц с факторами риска
- Профилактика прогрессирования болезней и их осложнений

Виды:

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА – преимущественно социальная

Цель – сохранение и развитие условий, способствующих улучшению здоровья как индивидуума, так и населения в целом, а также предупреждению неблагоприятного влияния условий и образа жизни на здоровье.

Первичная профилактика направлена на формирование потребности людей в ЗОЖ.

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА – медико-социальная и социально-медицинская Основана на функционировании многоуровневых скринирующих систем.

Направлена на возможно более раннее выявление отклонений в жизнедеятельности человека с целью проведения соответствующей коррекции.

ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА – медицинская (нозологическая)

Направлена на предупреждение обострений в течении болезни, перехода относительно легкого заболевания (или стадии) в более тяжелое заболевание (или стадию).

Оценка эффективности

- Увеличение в динамике процента здоровых лиц в популяции и
- Снижение в динамике первичной заболеваемости
- Снижение:

- частоты и длительности обострений
- частоты и длительности осложнений
- частоты и длительности временной нетрудоспособности
- частоты и тяжести инвалидизации

летальности

92. Первичная, вторичная и третичная профилактика и роль врача лечебного профиля в осуществлении различных видов профилактики.

См. выше

93. Концепция риска возникновения патологии. Популяционная стратегия, стратегия высокого риска, их слабые и сильные стороны.

Стратегия популяционной профилактики

Направлена на всех, без учёта индивидуального риска (например, “брось курить – и выиграл!”). С целью изменения поведения каждого, имеющего фактор риска с целью его уменьшения.

“Плюсы”: благоприятный климат для поведения профилактической программы и улучшение здоровья будущих популяций.

“Минусы”: иногда мотивация для изменения поведения недостаточна, так же не видна роль врача

Стратегия профилактики высокого риска

“Плюсы”. Здесь всё наоборот: видна роль врача и есть мотивации

“Минус” – нет влияния на будущие поколения

94. Факторы риска: определение, классификации. Факторы антириска: определение.

Концепция факторов риска

Фактор риска – общее название особенностей условий жизни и образа жизни, а так же свойств самого организма, повышающие вероятность возникновения заболевания/й (не будучи его причиной) или неблагоприятно влияющие на начало, течение и/или его исход.

“Минус” риск фактор – такое влияние и такие особенности организма, с которыми ассоциируется снижение числа новых заболеваний или полное их прекращение

Классификация факторов риска:

Факторы риска: условия жизни, образ жизни, состояние организма.

Факторы риска способствуют возникновению, ухудшению течения и исхода заболевания.

Факторы риска можно подразделить на *управляемые* и *неуправляемые*

Классификация по Глазунову:

- Социально-культурные факторы
 - Высококалорийная пища
 - Курение
 - Сниженная физическая активность
 - Стресс
- Внутренние факторы
 - Артериальная гипертензия
 - Гиперхолестеринемия
 - Возрастание толерантности к углеводам
 - Наследственность

Фактор антириска – внешние условия или внутренние особенности организма, с появлением которых ассоциируется снижение числа новых заболеваний или полное их предотвращение.

95. Скрининг: определение, цель, типы скринирующих обследований. Группы риска.

Скрининг метод:

Это предположительная идентификация нераспознанных отклонений в состоянии здоровья, с помощью тестов и процедур без большой затраты времени.

Цель: Разделить популяцию на:

- Явно-больных;
- Вероятностно-больных, среди которых при дополнительном обследовании выделяют группы:
 - Среднего риска,
 - Высокого риска,
 - Очень высокого риска.
- здоровых.

Уровни скрининга:

- Доврачебный,
- Врачебный.

Типы скрининга:

1. Селективный,
2. Популяционный,
3. Множественный (1, 2 и > тестов).

Группы риска - это те контингенты, у которых ожидаемая частота заболеваний выше чем у других групп.

96. Методы оценки факторов риска возникновения патологии на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях.

Методы оценки:

1. Эпидемиологический метод:

С помощью этого метода определяют:

а. Относительный риск:

Данная методика построена на альтернативе, и с ее помощью вычисляется сила воздействия вредного фактора.

$$OR = \frac{\text{частота заболеваний у лиц с ФР } (J_1)}{\text{Частота заболеваний у лиц без ФР } (J_2)}$$

Является реальным подтверждением относительного риска и показывает на сколько растет заболеваемость от воздействия ФР.

$$AR = J_1 - J_2$$

оценки ФР:

(Оценка проводится на основании «*Шкалы прогностических коэффициентов*»)

Институтом профилактической медицины были разработаны стандартизованные опросники и табличные данные для оценки факторов риска, а также методические рекомендации по усилению антириска - факторов и дозы лекарственных препаратов, используемых с профилактической целью.

Нужно по классификации определить управляемые или неуправляемые факторы, затем из числа управляемых, выбрать только те, которые имеют наибольшее значение коэффициента, и рекомендовать мероприятия по активизации антириска-факторов.

3. Скрининг метод:

Это предположительная идентификация нераспознанных отклонений в состоянии здоровья, с помощью тестов и процедур без большой затраты времени.

1. По формуле, которую определяют при определении факторов риска
2. Вычисление прогностического коэффициента
3. Схема лечения, исходящая из факторов риска.

97. Общность и особенность риска возникновения и развития важнейших неэпидемических заболеваний.

98. Гигиеническое обучение и воспитание населения: цель, задачи, принципы.

1. Санитарно-просветительная работа.

Ее основная цель — повышение уровня гигиенической (медицинской) культуры, повышение медицинской активности.

Санитарно-просветительная работа (как и формирование ЗОЖ в целом) должна начинаться с детства и проводиться в этот период педагогами и воспитателями в дошкольных учреждениях.

Образование начинается с детского сада и заканчивается последним (12-м) классом школы. По мнению американских психологов, при таком подходе с годами у ребят формируется устойчивое негативное отношение к привычкам, разрушающим здоровье.

Гигиеническое воспитание (или санитарное просвещение) в России еще далеко от совершенства. Для этого есть объективные и субъективные причины. Занимаются им преимущественно медицинские учреждения и медработники. Педагоги, в отличие от США и других стран, принимают слабое участие. Это связано с низким уровнем медицинских знаний среди самих же педагогов. И в этом не помогут даже самые строгие законодательные меры, как, например, Указ по борьбе с пьянством (1985). Однако виноваты в этом не только педагоги, но и врачи, хотя в меньшей степени, так как реже контактируют с детьми. Положение усугубляется еще и тем, что многие педагоги и врачи пренебрегают элементарными правилами гигиенического поведения. Как и педагоги, так и врачи не владеют в достаточном объеме знаниями по формированию ЗОЖ, т. к. в большинстве случаев своей деятельности они связаны с больными, заняты их лечением, а не укреплением здоровья практически здоровых.

2. Социальный маркетинг.

Маркетинг вообще — это деятельность, обеспечивающая поток товаров (идей, взглядов и т. д.) от производителя к потребителю.

Социальный маркетинг — внедрение среди населения идей, взглядов, товаров посредством рыночных отношений. Таким товаром могут служить профилактические рекомендации по формированию ЗОЖ. Потребителем выступают отдельные люди и общество в целом. Социальный маркетинг для достижения своих целей по формированию ЗОЖ использует образ жизни известных граждан страны. Социальный

маркетинг, используя средства массовой информации, осуществляет рекламу.

99. Выбор основных методов и средств гигиенического воспитания и обучения в зависимости от типа ситуации

Гигиеническое воспитание - это система мероприятий, приемов, способов и средств, направленных на формирование ЗОЖ на уровне первичной профилактики.

Уровни гигиенического воспитания:

1. общественный, массовый (при охвате более 30 человек);
2. групповой (2-3 человека);
3. индивидуальный

Формы гигиенического воспитания:

1. устный метод - лекции, беседы, круглые столы и т. д.
 2. легатный метод - листовки, плакаты и т. д.
 3. наглядный метод
- ✓ плоский - выставки
 - ✓ объемный - натуральный объем, модель
 - 4. комбинированный - телевидение

Уровни гигиенического воспитания:

1. знания;
2. убеждение (ценностная ориентация);
3. навыки и умения (формы и способы).

Принципы гигиенического воспитания:

1. Мода поведения, общественное сознание, менталитет. Массовость – государственность.
 2. Научность, обоснованность
 3. Использование логики и дидактики:
- ✓ Формирование мотивации к обучению (заинтересованности);
 - ✓ Использование активных способов обучения с обратной связью;
 - ✓ Формирование материальных мотиваций стимулов;
 - ✓ Элемент усвоения знания от простого к сложному;
 - ✓ Контроль знаний;
 - ✓ Целенаправленность занятий;
 - ✓ Дифференциальный подход к аудитории;
 - ✓ Актуальность;
 - ✓ Повторение;
 - ✓ Оптимистичность;
 - ✓ Четкий язык и хорошее изложение;
 - ✓ Комплексность воздействия;
 - ✓ Взаимосвязь деятельности медицинских и немедицинских работников (психологи, педагоги, общественные учреждения; за рубежом - парамедики, пожарные, полиция).

100. Здоровый образ жизни. Роль врача в формировании здорового образа жизни. Медицинская активность населения и ее параметры.

Среди факторов, обуславливающих общественное здоровье, выделяют 4 основные группы:

- 5) образ жизни, на который в формировании здоровья приходится 50%;
- 6) генетические факторы (или наследственность) — 20%;
- 7) внешняя среда — 20% (экология);
- 8) здравоохранение — 8—10%;

1. По характеру активности:

- а) интеллектуальная,
- б) физическая.

2. По сфере активности:

- а) трудовая (производственная),
- б) внетрудовая (непроизводственная).

3. По виду активности:

- а) производственная,
- б) социальная,
- в) культурная,
- г) деятельность в быту,
- д) медицинская,
- е) прочие виды.

Как и сам образ жизни, медицинская активность может быть расчленена на различные ее элементы:

- 1 — санитарная (медицинская грамотность),
- 2 — гигиенические и антигигиенические привычки (курение и алкоголь),
- 3 — обращаемость за профилактической и лечебной помощью,
- 4 — выполнение медицинских рекомендаций,
- 5 — участие в охране общественного здоровья и здравоохранения,
- 6 — соблюдение режима питания,
- 7 — занятия физической культурой и спортом,
- 8 — соблюдение безопасных приемов в работе,
- 9 — участие в диспансеризации.

ЗОЖ—это индивидуальная и общественная деятельность в конкретных (социально-экономических и др.) условиях, направленная на сохранение и улучшение здоровья людей.

К основным направлениям формирования ЗОЖ относятся:

- 1) безопасные условия труда;
- 2) социальный оптимизм, высокий культурный уровень;
- 3) медицинская активность;
- 4) экологическая активность;
- 5) физическая активность;

- 6) рациональное, сбалансированное питание;
- 7) устроенность быта, хорошие семейные отношения;
- 8) здоровая наследственность;
- 9) другие факторы.

Помимо указанных направлений необходимо еще различать два аспекта формирования ЗОЖ:

- 1) создание и развитие позитивных для здоровья условий;
- 2) преодоление или уменьшение факторов риска.

Формированием ЗОЖ должны заниматься:

- 1) государственные учреждения (предприятия, организации, школы, центры госнадзора, комитет по экологии и охране окружающей среды, комитет сельского хозяйства и продовольствия, средства массовой информации),
- 2) общественные организации и движения различного профиля,
- 3) медицинские учреждения,
- 4) сам человек.

Государство и его учреждения должны решать следующие задачи по формированию ЗОЖ:

- 1) создание безопасных условий труда;
- 2) защита среды обитания (экология);
- 3) выпуск доброкачественных продуктов;
- 4) создание индустрии здоровья (строительство оздоровительных и спортивных комплексов, выпуск спецодежды и т. д.);
- 5) внедрение экономических стимулов ЗОЖ;
- 6) организация и проведение гигиенического воспитания населения на различных этапах социализации личности (школа, институт, предприятие и т. д.).

Медицинские учреждения решают следующие задачи по формированию ЗОЖ:

- 1) своевременная постановка проблем по формированию ЗОЖ перед органами власти,
- 2) разработка программ формирования ЗОЖ,
- 3) внедрение системы медицинского обслуживания здоровых и практически здоровых;
- 4) обеспечение населения достоверной информацией по вопросам ЗОЖ.

Деятельность медицинских работников регламентируется приказами № 770 «О совершенствовании гигиенического воспитания и пропаганды ЗОЖ» (1988), № 364 «О мерах по развитию медицинской профилактики в Российской Федерации» (1995) и № 295 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения в области гигиенического обучения и воспитания населения Российской Федерации». В них подчеркивается, что пропаганда ЗОЖ составляет обязанность всех медицинских работников. Для осуществления этих целей создана специальная система (или служба) формирования ЗОЖ:

- 1) республиканские, областные, городские и районные центры ЗОЖ;
- 2) врачебно-физкультурные диспансеры (отделения, кабинеты);
- 3) кабинеты формирования ЗОЖ (отделения профилактики поликлиник);
- 4) кабинеты санитарного просвещения, кабинеты ЦСЭН. Руководство этой службой осуществляет Центр профилактики Минздрава РФ.

101. Семья и здоровье. Связь семейных проблем с медицинскими.

Значение семьи, как единицы потребления медицинской услуги очень велико, это обусловлено следующими причинами:

1. Семья в процессе своей жизнедеятельности формирует здоровье своих членов.
2. В семье принимается или отвергается стиль жизни, способствующий сохранению и укреплению здоровья.
3. У детей в семье закладываются модели поведения, отношение к здоровью и болезни, которыми они руководствуются во «взрослой» жизни и переносят в свои будущие семьи. Правильное или неправильное поведение, которое дети заимствуют у своих родителей во многом определит в будущем их состояние здоровья.
4. семья раньше врача сталкивается с болезнью еще на доклинической стадии и может способствовать или препятствовать ее ранней диагностики, в зависимости от уровня медицинской культуры.
5. Семья обеспечивает уход эмоциональную и социальную поддержку больному, которую не в состоянии дать даже профессионалы. Хорошие гармоничные отношения в семье это залог выздоровления, реабилитации и выполнения медицинских рекомендаций.
6. Социально-семейные проблемы – сексуальная неудовлетворенность, жестокость, супружеские конфликты, подавление личности, развод имеют медицинское проявление как в виде психосоматических заболеваний и соматоформных расстройств.

Медицинская функция семьи:

- ✓ рождение и воспитание детей;
- ✓ создание необходимых дифференцированных условий всем членам семьи для сохранения и поддержания здоровья;
- ✓ получение медицинских и гигиенических знаний и использование их на практике;
- ✓ активное участие в лечении и реабилитации при наличии в семье больного;
- ✓ формирование в семье здорового образа жизни;

- ✓ формирование здорового психологического климата (обеспечение любви, внимания и поддержки), способствующего сохранению физического и психического здоровья
- Семейные факторы риска:
 - ✓ неблагоприятная наследственность
 - ✓ структура семьи (неполная, многодетная; малолетняя)
 - ✓ низкий уровень образования супругов
 - ✓ низкий материальный достаток
 - ✓ плохие жилищные условия
 - ✓ низкая социальная активность
 - ✓ недостаточный уровень общей и санитарной культуры
 - ✓ низкая медицинская активность
 - ✓ плохие взаимоотношения в с
 - ✓ наличие в семье тяжелобольного, психически больного, ребенка-инвалида
 - ✓ семенные кризисы

102. Экономика здравоохранения: цель, задачи, основные направления. Медико-экономические стандарты и их значение для финансирования и оплаты медицинской помощи.

Экономика здравоохранения – это отрасль науки, изучающая место здравоохранения и его взаимодействие с общей системой народно-хозяйственного комплекса, определяющая правильное использование ресурсов и резервов здравоохранения, оценивающая эффективность здравоохранения и его влияние на производство ВВП.

Цель экономики здравоохранения – достижение максимального эффекта в оказании медицинской помощи при заданных затратах.

Задачи экономики здравоохранения:

1. повышение эффективности здравоохранения,
2. поиск и использование внутренних резервов ЗО,
3. рациональное использование ресурсов (вариации стоимости лечения больных с одной и той же патологией вариации объема диагностических и лечебных процедур),
4. экономическое обоснование планов развития здравоохранения (ОМС или диспансеризации, а не просто их введение без предшествующих расчетов только по укуанию сверху).

Задачи ЭЗ полностью соответствуют концепции развития здравоохранения и медицинской науки:

«Сокращение прямых и косвенных потерь здравоохранения путем повышения эффективности профилактики, диагностики и реабилитации».

Уровни экономики ЗО:

- I. *Макроэкономический* (государственный):
 - Законы, организация правового каркаса ЗО,
 - Генеральные принципы деятельности,
 - Способы и методы влияния на экономическую ситуацию,
- II. *Микроэкономический* (практический):
 - Финансировании (активы и пассивы ЛПУ),
 - з/п,
 - цена на медицинскую услугу,
 - оценка реального трудового вклада, оплата и стимулирование труда.
- III. *Мидиэкономический* (внутри организационный):
 - экономические отношения внутри ЛПУ.

103. Понятия медицинской результативности, социальной и экономической эффективности здравоохранения и показатели, их характеризующие.

Эффективность ЗО можно рассматривать с 3 позиций:

Медицинская эффективность: это степень достижения поставленных задач в области диагностики, лечения, профилактики заболеваний с учетом критериев качества, адекватности и результативности. В таком случае медицинский эффект может быть выражен через показатели заболеваемости, "индексы здоровья", показатели летальности, различные показатели, характеризующие качество медицинской помощи и др.

Социальная эффективность: которая характеризует социальный эффект здравоохранения в соответствии с произведенными затратами на достижение этого эффекта. Раздельное выделение этого понятия в определенной мере условное, так как социальный эффект тесно связан с экономическим. Эта связь выражается следующими показателями:

- ✓ число сохраненных жизней в трудоспособном возрасте (при определении экономической эффективности) и вне зависимости от возможности трудится (при определении социальной эффективности);
- ✓ число сохраненных жизней в целом за счет снижения общей и детской смертности;
- ✓ число увеличения лиц экономически активного периода за счет снижения заболеваемости, инвалидности

Экономическая эффективность: это экономический эффект деятельности органов и учреждений здравоохранения, отнесенный к сумме затраченных средств на здравоохранение. Например, отношение эффекта, выраженного приростом (в стоимостном выражении) национального дохода к вложенным на лечебно-профилактические мероприятия стоимостным затратам, направленным на снижение заболеваемости, инвалидности,

смертности. Экономическая эффективность есть соотношение экономического эффекта с затратами на его достижение и преследует цель получения максимального эффекта при минимальных затратах

число сохраненных жизней в трудоспособном возрасте (человеко-лет), стоимость ликвидации или снижения некоторых заболеваний, оправданность затрат на профилактику.

Экономическая эффективность МП не должна вступать в противоречие с медицинской этикой и общечеловеческими ценностями, если даже ожидается получить отрицательный экономический эффект (лечение онкологических больных на поздних стадиях заболевания дорого и мало эффективно, но это не основание отказывать им в медицинской помощи).

104. Понятие об экономическом ущербе в связи с заболеваемостью и его структура.

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Складывается из определения:

1. общей стоимости медицинского обслуживания,
2. расчета общего экономического ущерба,
3. определения предотвращенного экономического ущерба,
4. оценки критерия экономической эффективности.

1. Общая стоимость медицинского обслуживания (складывается из:

- a. стоимости А/П помощи,
- b. стационарной помощи,
- c. санаторно-курортного лечения.

2. Общий экономический ущерб: (сумма экономического

ущерба связанного с лечением, с временной нетрудоспособностью, инвалидностью и летальностью).

✓ Экономический ущерб в связи с временной нетрудоспособностью

складывается из:

- a. выплат пособий по временной нетрудоспособности,
- b. потери не созданного ВВП,
- c. потери, связанные с оказанием медицинской помощи.

✓ Экономический ущерб в связи с инвалидностью складывается из:

- a. выплаты пособий по инвалидности,
- b. потери не созданного ВВП.
- c. потери, связанные с оказанием медицинской помощи.

✓ Экономический ущерб в связи с летальностью складывается из потерь не созданного ВВП в связи с уменьшением человеко-лет.

Например: экономический ущерб при трансмуральном ИМ.

3. Предотвращенный экономический ущерб – это ущерб, который удалось предотвратить путем лечебно-профилактических мероприятий, т.е. удалось уменьшить число случаев с временной нетрудоспособностью, инвалидностью и летальности.

Например: затраты на диспансеризацию 100 больных с ГБ II стадии составили:

4. Критерий экономической эффективности:

Определяются как отношение предотвращенного экономического ущерба к затратам на медицинское обслуживание.

105. Основные методы планирования здравоохранения.

Методы экономики ЗО:

1. Экономический анализ (как повлияет введение новых методов лечения или диспансеризации на показатели здоровья).
2. Финансовый анализ,
3. Изучение стандартов МП,
4. Экономико-математические методы (моделирование).
5. Экономический эксперимент.

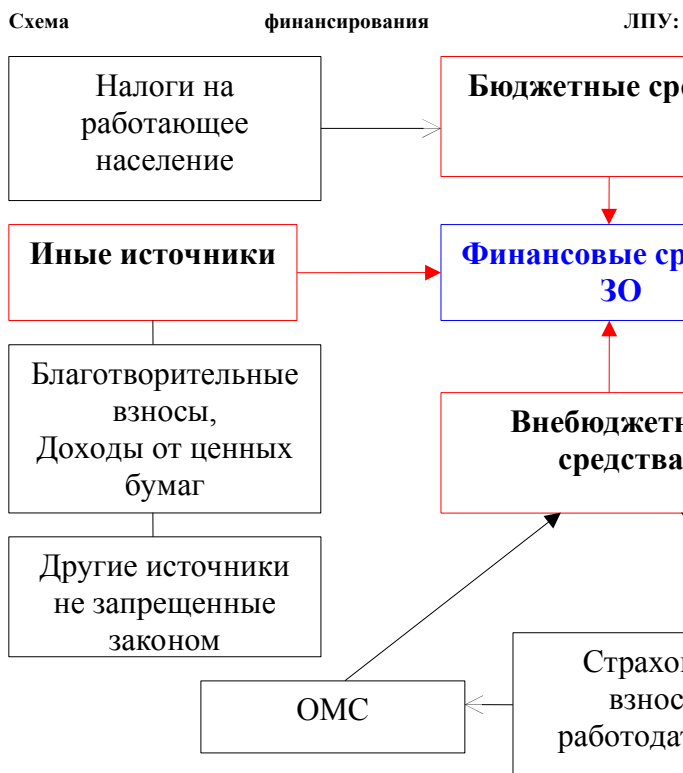
106. Источники финансирования охраны здоровья населения в соответствии с «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993).

Финансовые средства системы здравоохранения:

Размеры финансирования здравоохранения определяют Правительство РФ и местная администрация. Они же распределяют финансовые средства на:

1. целевые программы,
2. подготовку кадров,
3. научные исследования,
4. развитие материально-технической базы ЛПУ,
5. финансирование отдельных территорий с целью выравнивания качества МП в рамках ОМС,
6. оплату особо дорогих видов медицинских услуг,
7. финансирование ЛПУ, оказывающих помощь при социально-значимых заболеваниях.
8. оказание помощи при массовых заболеваниях, стихийных бедствиях и катастрофах.

Не израсходованные средства не изымаются.



107. Источники финансирования государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения

Статья 10. Источники финансирования системы здравоохранения в РФ.

Источниками финансовых ресурсов системы здравоохранения в РФ являются:

- ✓ средства республиканского бюджета, бюджетов республик в составе РФ и бюджетов органов местного самоуправления;
- ✓ средства государственных и общественных организаций, предприятий и др. хозяйствующих субъектов;
- ✓ личные средства граждан;
- ✓ безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования;
- ✓ доходы от ценных бумаг;
- ✓ кредиты банков и др. кредиторов;
- ✓ иные источники, не запрещенные законодательством РФ.

Из этих источников формируются финансовые средства государственной, муниципальной систем здравоохранения и финансовые средства ОМС.

1. Бюджет – 75%,
2. Средства предприятий и общественных организаций – 13%,
3. Личные средства граждан – 12%,
4. Благотворительные взносы.
5. Доходы от ценных бумаг,
6. Кредиты (банков),
7. другие источники не запрещенные законом.

Из этих средств формируются самостоятельные:

- 1) финансовые средства государственной и муниципальной систем здравоохранения;
- 2) финансовые средства государственной системы ОМС.

108. Предпосылки для перехода к системе обязательного медицинского страхования населения в России

1. В период перехода страны к рыночной экономике реформирование системы здравоохранения направлено в первую очередь на оптимизацию системы организации медицинской помощи, основанной на принципах бесплатности и общедоступности. Необходимость достижения этой цели обусловила принятие решения о введении на современном этапе развития России обязательного медицинского страхования (ОМС) населения.

2. Основными предпосылками введения ОМС в России являются:

- ✓ резкое сокращение бюджетного финансирования на охрану здоровья населения;
- ✓ монополизм государственной системы здравоохранения в стране;
- ✓ слабая материально-техническая база лечебно-профилактических учреждений;
- ✓ низкий уровень качества медицинской помощи населению;
- ✓ отсутствие экономических рычагов повышения качества труда медицинских работников и мотивации сохранения своего здоровья у населения и др.

Страхователи – это юридические лица и дееспособные физические лица, заключившие со страховщиками договоры страхования или являющиеся страхователями в силу закона.

Страховщики – это юридические лица, организованные по форме предусмотренной законом РФ, и созданные для выполнения страховой деятельности в системе медицинского страхования.

Застрахованный – это физическое лицо, в пользу которого заключен договор страхования (пациент, медицинский работник).

Страховой случай – это событие, при наступлении которого в силу закона или договора о МС страховщик обязан возместить застрахованному понесенный ущерб. (В МС это не болезнь или несчастный случай, а **затраты**, связанные с получением медицинской помощи).

Медицинское страхование – это форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, при которой страхуются затраты на медицинское обслуживание в случае болезни.

Страхование здоровья – более широкая форма страхования, в которую входит МС и страхование на случай потери доходов в следствии ВН.

Страхование жизни – включает в себя МС + страхование на случай потери доходов в следствии ВН и **инвалидности**.

Введение страховой медицины в РФ предусмотрено **Законом РФ «О медицинском страховании граждан РСФСР», принятым от 28 июня 1991 г. № 1499-1, с учетом Закона РФ «О внесении изменений и дополнений к закону О медицинском страховании граждан РСФСР» от 02.04.93 № 4741 – 1.**

Положительные стороны закона:

1. бесплатность в получении медицинской помощи в рамках ОМС,
2. всеобщность для ОМС,
3. доступность,

Цель медицинского страхования – это гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Виды медицинского страхования

1. **ОМС** - является всеобщим для всего населения РФ и осуществляется согласно с программами ОМС, гарантирующих определенный объем и условия оказания медицинской и лекарственной помощи.;

2. **ДМС** – действует на основе программ ДМС, и обеспечивает застрахованным гражданам дополнительный к программе ОМС объем медицинской помощи. ДМС может быть коллективным и добровольным.

Субъекты Медицинского страхования

- Гражданин (застрахованный),
- Страхователь,
- страховая медицинская организация,
- Медицинское учреждение.

Застрахованные:

▪ Граждане РФ не зависимо от пола, возраста, профессиональной деятельности и социального статуса.

Права граждан в системе МС

1. граждане имеют право на ОМС и ДМС,
2. свободный выбор врача и ЛПУ, предусмотренные договором МС,
3. свободный выбор страховой медицинской организации,
4. получении медицинской помощи на всей территории РФ,
5. получении медицинской помощи по объему согласно с договором МС.
6. предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, ЛПУ за нанесенный ущерб или нарушение договора,
7. возврат части взносов при ДМС,

Защиту граждан осуществляет государство и общественные организации

109. Финансовые средства государственной и муниципальной систем здравоохранения. Финансовые средства системы ОМС. Их целевое назначение.

Статья 11. Финансовые средства государственной, муниципальной систем здравоохранения.

Финансовые средства государственной, муниципальной систем здравоохранения используются для:

- ✓ финансирования мероприятий по разработке и реализации целевых программ, утвержденных Правительством РФ и республик в составе РФ, органами государственного управления автономных областей и округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местной администрацией;
- ✓ обеспечения профессиональной подготовки кадров;
- ✓ финансирования научных исследований;
- ✓ развития материально-технической базы учреждений здравоохранения;
- ✓ субсидирования отдельных территорий с целью выравнивания условий оказания медицинской помощи населению по ОМС;
- ✓ оплаты особо дорого стоящих видов медицинской помощи;
- ✓ финансирования медицинских учреждений, оказывающих помощь при социально значимых заболеваниях;
- ✓ оказания медицинской помощи при массовых заболеваниях, в зонах стихийных бедствий, катастроф и др. целей в области охраны здоровья.

Статья 12. Финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования.

Финансовые средства системы ОМС формируются за счет отчислений

страхователей на ОМС.

Для реализации государственной политики создаются Федеральный фонд ОМС и территориальные фонды ОМС.

110. Программа обязательного медицинского страхования и программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

111. Федеральный и Территориальный фонды ОМС, их функции и задачи.

Федеральный фонд ОМС (ФФ ОМС);

территориальные фонды ОМС (ТФОМС): самостоятельные государственные некоммерческие финансово-кредитные учреждения, образуемые для осуществления государственной политики по ОМС, аккумулирования страховых взносов и платежей, обеспечения финансовой стабильности, всеобщности государственной системы ОМС и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение.

ФФОМС является юридическим лицом, осуществляет свою деятельность в соответствии с законодательством РФ и" Положением о Федеральном Фонде ОМС". ФФОМС подотчетен Правительству РФ.

24.1. **Основными задачами ФФОМС** являются:

- ✓ обеспечение реализации Закона Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации";
- ✓ обеспечение гарантий прав граждан в системе ОМС;
- ✓ достижение социальной справедливости и равенства всех граждан в системе ОМС;
- ✓ участие в разработке и осуществлении государственной финансовой политики в области ОМС;
- ✓ осуществление комплекса мероприятий по обеспечению финансовой устойчивости системы ОМС и созданию условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам на всей территории РФ.

Функции ФФОМС

1. аккумулирование страховых взносов и контроль за полнотой и правильностью их уплаты.
2. сбор и анализ информации о финансовых средствах ОМС,
3. выравнивание условий деятельности ТФОМС,
4. подготовка ЛПУ совместно с СМО к работе в системе ОМС,
5. финансирование программ ОМС,
6. выдача кредитов ЛПУ для улучшения материально-технической базы.
7. разработка нормативно-методических документов для оптимизация работы всех участников МС.
8. организация обучения сотрудников ЛПУ и СМО,
9. организация научно-исследовательской работы по вопросам ОМС.
10. участие в создании ТФОМС,

Финансовые средства ФФОМС находятся в собственности государства и возврату не подлежат.

ТФОМС создаются администрацией территорий субъектов РФ

Финансовые средства ФФОМС находятся в государственной собственности РФ, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат.

11. **ТФОМС** создается Правительством республики в составе РФ, администрацией автономной области, округа, края, городов Москвы и, Санкт-Петербурга для реализации государственной политики в области ОМС как составной части государственного социального страхования.

25.1. ТФОМС является юридическим лицом, осуществляет свою деятельность в соответствии с законодательством РФ и Положением "О территориальном фонде ОМС".

ТФОМС подотчетен соответствующим органам представительной и исполнительной власти.

25.2. **Основными задачами ТФОМС** являются:

- ✓ обеспечение гарантий прав граждан территории в системе ОМС;
- ✓ обеспечение реализации закона о медицинском страховании граждан в соответствующем субъекте Федерации;
- ✓ обеспечение всеобщности ОМС;
- ✓ достижение социальной справедливости и равенства всех граждан территории в системе ОМС;
- ✓ обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС и др.

Функции ТФОМС.

1. обеспечение прав и гарантий гражданам в системе ОМС,
2. соблюдение основных принципов ОМС (равенство, справедливость и доступность).
3. Обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС.
4. аккумулирование финансовых средств,
5. финансирование программ ОМС,
6. финансово-кредитная деятельность,
7. разработка Правил ОМС на соответствующей территории.
8. взаимодействие с ФФОМС,
9. участие в определении тарифов на медицинские услуги.

25.4. Финансовые средства ТФОМС находятся в государственной собственности РФ, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат. Руководство деятельностью ТФОМС осуществляется правлением и

его постоянно действующим исполнительным органом - исполнительной дирекцией, возглавляемой исполнительным директором.

112. Обязательное медицинское страхование: определение, принципы. Участники системы ОМС. Модели системы ОМС.

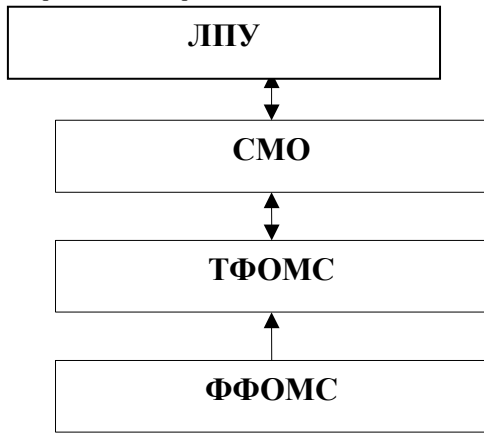
Взаимодействие участников ОМС

ОМС - является всеобщим для всего населения РФ и осуществляется согласно с программами ОМС, гарантирующих определенный объем и условия оказания медицинской и лекарственной помощи.

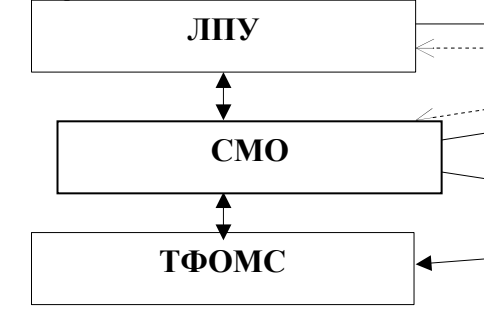
Участниками ОМС являются:

- ✓ гражданин (страхуемый, застрахованный);
- ✓ страхователь;
- ✓ страховщик (страховав медицинская организация)
- ✓ юридическое или физическое лицо любой формы собственности, имеющее соответствующую лицензию, проводящее страхование и ведающее накоплением и расходованием страховых средств. Страховые медицинские организации не входят в систему здравоохранения;
- ✓ медицинские учреждения: поликлиники, стационары, НИИ и другие лечебно-профилактические учреждения, в которых оказывается медицинская помощь населению вне зависимости от формы собственности при наличии лицензии - государственного разрешения на оказания медицинской помощи в условиях медицинского страхования;
- ✓ Федеральный фонд ОМС (ФФ ОМС);
- ✓ территориальные фонды ОМС (ТФОМС): самостоятельные государственные некоммерческие финансово-кредитные учреждения, образуемые для осуществления государственной политики по ОМС, аккумулирования страховых взносов и платежей, обеспечения финансовой стабильности, всеобщности государственной системы ОМС и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение.

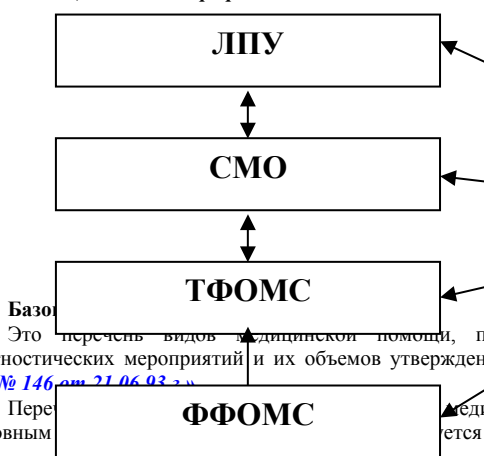
для работающих граждан



для неработающих



для лиц свободных профессий



Виды медицинской помощи:
1. СМП и неотложная МП,

2. несчастные случаи, отравления, травмы,
3. роды и острые состояния в период беременности,
4. острых тяжелых заболеваниях,
5. острые заболевания, угрожающие окружающим.

ПМСП

- Доврачебную помощь и помощь на дому больным престарелым и инвалидам,
- Профилактика, диагностика и лечение заболеваний в А/П (в т.ч. консультации узких специалистов, прививки, профилактические осмотры, дородовый и послеродовый патронаж), консультации и прерывание беременности в ранние сроки.

Восстановительное лечение:

- Реабилитация.
- Диспансеризация детей, подростков, инвалидов (ВОВ, Афгана, участников локальных войн, чернобыльцев).

Стационарная медицинская помощь:

- Больным с острыми и хроническими заболеваниями, нуждающимся в госпитализации.
- Травмы, отравления, ожоги.
- Инфекционные заболевания, требующие изоляции.
- Патология беременности, роды, аборт по медицинским показаниям,
- Плановая госпитализация с целью проведения диагностики, требующей специального режима.

Порядок финансирования ЛПУ по базовой программе устанавливает ТФОМС. Исключения составляют операции особой сложности, которые оплачиваются из средств государственного бюджета.

1. трансплантация почки,
2. трансплантация сердца,
3. трансплантация легкого,

- 4. трансплантация комплекса сердце-легкое,
- 5. трансплантация поджелудочной железы,
- 6. трансплантация костного мозга,
- 7. трансплантация «аллопланта»,
- 8. кардиохирургические операции.
- 9. операции на сердце и сосудах с использованием аппарата искусственного кровообращения,
- 10. врожденных и детей до 3 лет,
- 11. имплантация кардиостимуляторов и
- 12. деструкция проводящих путей.

При производственных травмах и отравлениях медицинскую помощь оплачивает предприятие.

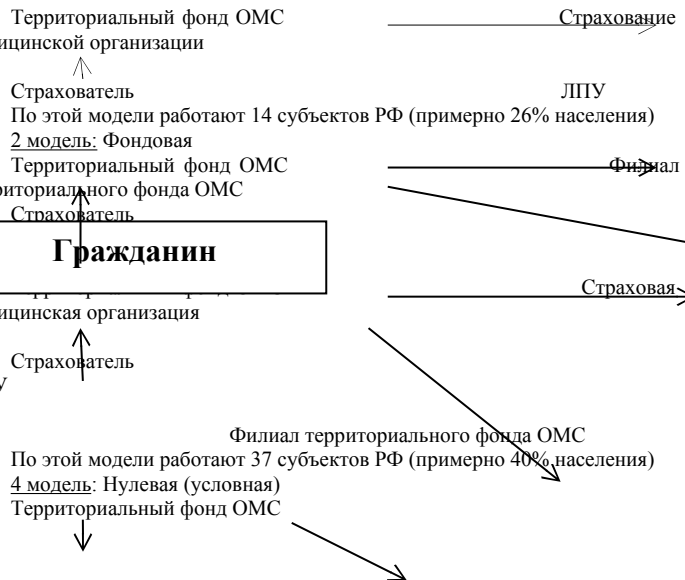
В базовую программу не входят:

1. косметические,
2. гомеопатические,
3. нетрадиционные методы лечения,
4. зубное протезирование (кроме льготного списка),
5. если услуга проводится по желанию пациента,
6. профосмотры,
7. судебно-медицинская экспертиза по инициативе граждан,
8. санаторно-курортное лечение (кроме санаториев МЗ),
9. анонимная диагностика (кроме ВИЧ),
10. услуги центров здоровья,
11. медицинское обеспечение соревнований,
12. бытовые и сервисные услуги повышенной комфортности.

Проблемы ОМС

Вместо одной законной модели ОМС в стране действует 4 модели и, как следствие, разное управление на территории РФ (89 субъектов, 6 федеральных округов)

1 модель: Законодательная модель ОМС



Страхователь ЛПУ
По этой схеме работают 6 субъектов РФ (примерно 4% населения)

I. Недостаток нормативно-правовой база к закону о медицинском страховании граждан РФ.

- 1) Закон о медицинском страховании граждан РФ.
- 2) Правовая база МС:
- 3) Закон о страховании.
- 4) Конституция РФ от 1993 г. (ст. 41, 42),
- 5) Типовые правила ОМС от 1993 г.,
- 6) Временный порядок финансирования взаимодействия и расходования средств в системе ОМС.

В настоящее время не хватает 43 подзаконных актов, которые бы раскрыли механизм действия закона о медицинском страховании граждан.

Не разработан механизм взаимодействия страховых компаний и страховых выплат. Который бы позволил:

- стабилизировать социальную сферу обеспечения,
- единство государственной финансовой политики,
- помог соблюдать федеральное законодательство,
- обеспечил приемлемые жизненные стандарты для всех категорий населения,
- позволил бы усилить роль государственных органов в регулировании инвестиционных программ и финансовых потоков в соответствии с действующим законодательством.

Право граждан на получение медицинской помощи на всей территории РФ предусмотрено **ст. 6 «закона о медицинском страховании».**

Финансовое взаимодействие в системе ОМС выполняются по приказу **ФОМС № 70 от 23.08.00 г.**

В 2001 г. ТОМС предъявлены счета на оплату медицинской помощи гражданам вне территории проживания на сумму 775,8 млн. руб., из них оплачено - 76,5%.

III. Недостаток информационной базы затрудняет управление.

Необходимо в ближайшие 2 года:

- Создать информационно-аналитические центры при органах управления в каждом субъекте РФ.
- Создать федеральные научно-аналитические центры.
- Внедрить систему электронного документооборота.
- Внедрить единую общероссийскую систему «электронный паспорт населения».

IV. Незаинтересованность населения в сохранении и укреплении своего здоровья.

К 2005 году в РФ создаваться основа системы самооздоровления населения:

- Организация центров физической культуры и туризма,
- Производство и реализация населению средств – укрепления здоровья,
- Обучение населения вопросам самоконтроля за состоянием здоровья.

СТРАХОВАТЕЛИ при ОМС

Для неработающих:

1. Правительство РФ,
2. Органы управления,
3. местная администрация,

для работающих:

1. Предприятия, учреждения,
2. Предприниматели,
3. Лица свободных профессий.

113. Закон РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» (1993). Цель, виды медицинского страхования.

Медицинское страхование — это форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья.

Цель медицинского страхования — гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном.

Обязательное медицинское страхование является всеобщим для населения РФ и реализуется в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, которые гарантируют определенный объем и условия оказания медицинской и лекарственной помощи гражданам.

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным.

22.06.93 Структура основного законодательства включает 12 разделов и 69 статей

Разделы (в скобках номера статей)

1. Общие положения (1-4)

2. Компетенция в области охраны здоровья граждан РФ, республики в составе РФ, автономные области и округа, края, города Москвы и Санкт-Петербурга и органов местного самоуправления (5-8)

3. Организация охраны здоровья граждан РФ (9-16)
4. Права граждан в области охраны здоровья (17-21)
5. Права отдельных групп населения в области охраны здоровья (22-29)
6. Права граждан при оказании медико-социальной помощи (30-34)
7. Медицинская деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека (35-37)
8. Гарантия осуществления медико-социальной помощи гражданам (38-48)
9. Медицинская экспертиза (49-53)
10. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников (54-64)
11. Международное сотрудничество (65)
12. Ответственность за причинение вреда здоровью граждан (66-69)

30 статья – права пациента
33 статья – отказ от медицинского вмешательства

114. Основные отличия системы обязательного медицинского страхования от добровольного.

115. Основные отличия ОМС и ДМС:

п/п	№ Добровольное медицинское страхование	Обязательное медицинское страхование
1	Регламентируется Законом РФ «О страховании», Законом РФ «О медицинском страховании граждан в РФ», другими законами, регламентирующими предпринимательскую деятельность.	Регламентируется гражданами в РФ, законами
2	Правила страхования определяются страховыми организациями.	Правила страхования
3	Добровольное	Обязательное
4	Индивидуальное или групповое	Всеобщее
5	Осуществляется страховыми организациями различных форм собственности.	Осуществляется некоммерческой основой ОМС.
6	Страхователи - юридические и физические лица.	Страхователи - исполнительная власть
7	Осуществляется за счет личных доходов граждан, прибыли работодателей.	Осуществляется за счет себестоимости продукции
8	Программа (перечень услуг) определяется договором страховщика и страхователя.	Программа (перечень услуг) утверждается органами власти
9	Тарифы страховых взносов устанавливаются договором.	Тарифы страховых взносов устанавливаются государственной властью

0	1 Система контроля качества устанавливается договором.	Система контроля качества устанавливается на основе нормативного документа, утвержденного органом управления.	страхователя. Уплата штрафов предприятиям, учреждениям, организациям и иным хозяйствующим субъектам, независимо от форм собственности от регистрации в качестве плательщиков страховых взносов, за сокрытие или занижение сумм, с которых должны начисляться страховые взносы, за нарушение установленных сроков их уплаты к плательщикам страховых взносов применяются финансовые санкции. Уплата штрафа и/или пени не освобождает страхователя от обязательств по медицинскому страхованию.
1	1 Доходы могут быть использованы в любой коммерческой и некоммерческой деятельности.	Доходы могут быть использованы только для развития основной деятельности	При взыскании в бесспорном порядке штрафа и/или пени Федеральный фонд и территориальные фонды обязательного медицинского страхования пользуются правами, предоставленными налоговым органам РФ по взысканию не внесенных в срок налогов.
2	1 Цены на услуги медицинского учреждения определяются двусторонним договором.	Цены на услуги медицинских учреждений определяются соглашением субъектов обязательного медицинского страхования на территориальном уровне.	Медицинские учреждения в соответствии с законодательством РФ и условиями договора несут ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг и за отказ в оказании медицинской помощи застрахованной стороне. В случае нарушения медицинским учреждением условий договора страхования медицинская организация вправе частично или полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг.
3	1 Часть страхования как финансово-коммерческой деятельности, относящаяся к личному страхованию.	Часть системы социального страхования	Страховая организация несет правовую и материальную ответственность перед застрахованной стороной или страхователем за невыполнение условий договора медицинского страхования. Материальная ответственность предусматривается условиями договора медицинского страхования. За необоснованный отказ в заключении договора обязательного медицинского страхования страховая медицинская организация по решению суда может быть лишена лицензии на право заниматься медицинским страхованием.

116. Права граждан Российской Федерации в системе медицинского страхования.

Статья 6. Права граждан РФ в системе МС. Граждане РФ имеют право на:

- ✓ обязательное и добровольное медицинское страхование;
- ✓ выбор страховой медицинской организации;
- ✓ выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами ОМС и ДМС;
- ✓ получение медицинской помощи на всей территории РФ, в том числе за пределами постоянного места жительства;
- ✓ получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;
- ✓ предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре МС;
- ✓ возвратность части страховых взносов при ДМС, если это определено условиями договора.

Нормы, касающиеся ОМС, устанавливаемые настоящим Законом и принятыми в соответствии с ним нормативными актами, распространяются на работающих граждан с момента заключения с ними трудового договора.

Защиту интересов граждан осуществляют Правительство РФ и республик в составе РФ, органы государственного управления автономных областей и округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местная администрация, профсоюзные, общественные или иные организации.

117. Добровольное медицинское страхование: определение, принципы, программа.

ДМС — вид финансово-коммерческой деятельности, призванный обеспечить более высокий уровень медицинской помощи застрахованным по сравнению с ОМС. ДМС является частью личного страхования и осуществляется за счет средств, полученных в виде взносов (страховых премий), либо непосредственно от граждан за счет их собственных доходов, либо от работодателей, страхующих работников, из прибыли.

Тарифы на медицинские и иные услуги при ДМС устанавливаются по соглашению между страховой медицинской организацией и предприятием (организацией, учреждением) или лицом, предоставляющим эти услуги.

Статья 3. Объект добровольного медицинского страхования

Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск,

связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

СТРАХОВАТЕЛИ при ДМС

1. Граждане,
2. предприятия.

118. Проблемы медицинского страхования в Российской Федерации.

119. Взаимоотношения медицинских учреждений и страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования.

Статья 27. Ответственность сторон в системе медицинского

120. Права пациента (в соответствии с «Основными законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»).

Статья 30. Права пациента

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

- 1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- 2) выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- 3) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 4) проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
- 5) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- 6) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со статьей 61 настоящих Основ;
- 7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со статьей 32 настоящих Основ;
- 8) отказ от медицинского вмешательства в соответствии со статьей 33 настоящих Основ;
- 9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья в соответствии со статьей 31 настоящих Основ, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- 10) получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
- 11) возмещение ущерба в соответствии со статьей 68 настоящих Основ в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
- 12) допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
- 13) допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения. В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации и лицензионные комиссии либо в суд.

121. Этика и деонтология в деятельности лечащего врача..

122. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Основные разделы. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников.

1. Конституция РФ (1993 г.);
2. Документ «об охране здоровья граждан» был утвержден в 1993 г.;

Он является своеобразным кодексом или сводом законов, по вопросам охраны здоровья граждан, которые должны исполняться в нашей стране.

В соответствии с ним уже разработаны и действуют:

1. Федеральный закон о санитарно-эпидемиологическом благополучии граждан РФ;
2. Закон о защите прав инвалидов;

3. Инструкция о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность и ряд других.

В настоящее время разработаны и рассматриваются в Гос. Думе проекты:

- «О защите прав пациента (см. раздел 6, ст. 30-34);
- О национальном здравоохранении: (Государственная, муниципальная, частная системы ЗО см. раздел 3, ст. 12 – 14);
- О страховании профессиональной деятельности медицинских работников (см. раздел 10 ст. 54,58, 59, 63).

Данный документ четко определяет, что охрана здоровья граждан это комплексное понятие и осуществлять ее должны не только медицинские работники! (см. ст. 1, 2, 7).

Охрана здоровья - это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней и активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

В документе определяются основные направления реализации закона т.к. все должно реализовываться через более подробные документы и подзаконные акты.

Структура закона:

- 12 разделов,
- 69 статей (записать названия).

22.06.93

Структура основного законодательства включает 12 разделов и 69 статей Разделы (в скобках номера статей)

13. Общие положения (1-4)

14. Компетенция в области охраны здоровья граждан РФ, республики в составе РФ, автономные области и округа, края, города Москвы и Санкт-Петербурга и органов местного самоуправления (5-8)

15. Организация охраны здоровья граждан РФ (9-16)

16. Права граждан в области охраны здоровья (17-21)

17. Права отдельных групп населения в области охраны здоровья (22-29)

18. Права граждан при оказании медико-социальной помощи (30-34)

19. Медицинская деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека (35-37)

20. Гарантия осуществления медико-социальной помощи гражданам (38-48)

21. Медицинская экспертиза (49-53)

22. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников (54-64)

23. Международное сотрудничество (65)

24. Ответственность за причинение вреда здоровью граждан (66-69)

30 статья – права пациента

33 статья – отказ от медицинского вмешательства

123. Основные направления реформирования здравоохранения на современном этапе, цель реформирования.

Проблемы:

- Кардинальные, происходящие в социально-экономическом или политическом укладе страны
- Недооценка комплексности проблемы охраны здоровья населения
- Финансирование здравоохранения по остаточному типу (а позже – гиперостаточный принцип)
- Утрата доверия значительной части населения качеству первичной (амбулаторной) помощи
- Экстенсивный путь развития отрасли
- Несоответствие существующей сети здравоохранения экономическим возможностям ведомств и государства в целом
- Патерналистская идеология охраны здоровья
- Кризис общественного здоровья

Основные положения концепции развития здравоохранения и медицинской науки, задачах на 1997-2000 годы и на период до 2010.

❑ Формирование государственной политики в области здравоохранения и медицинской науки и повышение ответственности всех органов власти за ее реализацию.

❑ Обеспечение адекватности финансирования гос. гарантиям, поэтапное повышение доли средств до 6-7% внутреннего валового продукта.

❑ Развитие негосударственного сектора.

❑ Повышение уровня квалификации медицинских работников, совершенствование системы их подготовки и переподготовки.

❑ Повышение социальной защищенности медицинских работников, в том числе повышение заработной платы.

❑ Совершенствование гос. регулирования в области обеспечения лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и медицинской техникой.

❑ Повышение заинтересованности граждан в сохранении и укреплении своего здоровья.

124. Приоритеты государственной политики в области охраны здоровья населения РФ.

Приоритеты государственной политики в области охраны здоровья.

1. Сокращение заболеваемости и снижение трёх групп социально-значимых заболеваний.

А. Заболевания с высоким показателем смертности и инвалидности (СС заболевания (33%), несчастные травмы, суицид (28%), злокачественные новообразования).

Б. Заболевания, злокачественные в связи с демографической обстановкой в стране (болезни, угрожающие репродуктивной функции и сост. здоровья матери и новорожденного; болезни старческого возраста и хронические заболевания)

В. Заболевания, представляющие острую угрозу для здоровья нации в целом (туберкулёз, ВИЧ, наркомания).

Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» (на 2002 – 2006 гг.)

Цель – снижение заболеваемости, инвалидизации и смертности от заболеваний социального характера.

Пункты программы:

- СД
- Неотложные меры борьбы с туберкулёзом
- Анти-ВИЧ (СПИД)
- Программа медицины катастроф
- Вакцинопрофилактика
- Онкология
- Предупреждение ЗППП
- Профилактика АГ
- Безопасное материнство
- Старшее поколение
- Противодействие употреблению наркотиков

2. Развитие профилактики заболеваний и первичной медико-социальной помощи, ориентированной на семью. Постоянное развитие и внедрение семейной диспансеризации

3. Активное привлечение населения для реализации мер по охране и укреплению здоровья, а так же повышение личной ответственности граждан за состояние своего здоровья

Организация медицинской помощи.

В систему Минздрава России входит 18 тыс. ЛПУ.

Каждый третий житель вызывает скорую медицинскую помощь

Каждый четвертый госпитализируется в стационары.

Каждый житель страны 9 раз посещает поликлинику или вызывает врача на дом.

Приоритетными направлениями являются:

Формирование системы единого лечащего врача – врача общей врачебной семейной практики.

Совершенствование организации службы скорой медицинской помощи.

Реорганизация стационарной помощи.

Развитие диагностической службы.

Финансирование здравоохранения в 2000 году.

Бюджетное: На здравоохранение – 10,4 млрд. рублей (71,2%)

На образование – 1,7 (11,6%)

На санэпиднадзор – 2,0 (13,7%)

Несмотря на то, что бюджет увеличился в 1,6 раза, заявки учреждений удовлетворяются только на 53,4%. Расходы на дорогостоящие виды оказания медицинской помощи покрыли потребность на 5-10%.

Приоритетные задачи на период до 2010 года в рамках Постановления Правительства о

1. Снижение уровня преждевременной смертности:

- от сердечно-сосудистых заболеваний,
- от несчастных случаев, травм, суицидальных попыток,
- от злокачественных новообразований.

2. Борьба с заболеваниями, имеющими особую значимость в связи с демографической ситуацией в стране:

- заболевания, угрожающие репродуктивному здоровью
- болезни старческого возраста и пожилых людей.

3. Борьба с заболеваниями, представляющими особую угрозу для здоровья нации (Туберкулёз, СПИД/ВИЧ, наркомания, алкоголизм, аб-зия, передаваемые половым путем);

4. Формирование механизма ресурсного обеспечения приоритетных направлений развития здравоохранения;

5. Развитие профилактики заболеваний, системы активного сохранения и восстановления здоровья человека;

6. Содействие расширению понимания населением ценности здоровья и воплощение этого в соответствующее поведение;

7. Всемерное развитие медицинской науки и передовых медицинских и информационных технологий;

8. Обеспечение потребности населения в лекарственных средствах и медицинских изделиях;

9. Формирование системы медико-социального страхования;

10. Определение ценовой политики рынка мед. услуг;

11. Введение системы страхования профессиональной ответственности и повышение соц. защищенности медработников;

12. Формирование системы медицинской реабилитации и развитие санаторно-курортных видов лечения;

13. Расширение организационно-правовых форм и оптимизации номенклатуры медицинских специальностей.

125. Современные проблемы реструктуризации системы лечебно-профилактической помощи и охраны здоровья населения.

Реструктуризация системы лечебно-профилактической помощи

1. профилактика (личная, социальная, медицинская)
2. ответственность за здоровья человека (самопомощь и самолечение, помощь парамедика, медицинская консультация по телефону).
3. Организация лечебно-профилактической помощи
4. Реабилитация

Финансовые затраты на ЛПП: 75% - стационарная помощь, 15% - специальная амбулаторно-клиническая помощь, 10% - первичная медико-санитарная помощь

Проектирование затрат на ЛПП: 45% - первичная медико-санитарная помощь, 40% - стационарная помощь, 15% - специальная амбулаторно-клиническая помощь

Распределение больничных коек: 15% - медико-социальная помощь, 45% - восстановительное лечение, 20% - длительное лечение больных с хронической патологией, 20% - интенсивное лечение

Основные направления в совершенствовании организации оказания медицинской помощи:

1. Развитие первичной медико-санитарной помощи на базе муниципального здравоохранения.

Развитие института врача общей, семейной практики, а также консультативно-диагностической службы. На базе поликлиник могут быть развернуты отделения медико-социальной реабилитации, службы ухода, дневные стационары, центры амбулаторной хирургии и медико-социальной помощи.

2. Перераспределение части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный.

Сокращение длительности госпитального этапа.

Распределение коек в зависимости от интенсивности лечебно-диагностического процесса.

Развитие дневных форм пребывания пациентов.

Создание многоуровневой системы оказания медицинской помощи.

Законопроекты:

1. О здравоохранении в РФ
2. Об обязательном медико-социальном страховании
3. Об организационно-правовых формах некоммерческих организаций в социальной сфере
4. О государственной регуляции частей медицинской деятельности
5. О правах ациентов
6. О страховании профессиональной ответственности медицинского работника
7. О медицинской технике и оборудовании
8. О рекламе медицинских услуг и лекарственных средств

126. Правовая база реформирования здравоохранения РФ. Основные положения Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ.

Правовая база реформы здравоохранения

- Конституция РФ ст. 41 (12.12.93)
- Закон РФ о медицинском страховании граждан (22.04.93)
- Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан (22.04.93)
- Соблюдение прав гражданина
- Приоритет профилактических мероприятий в области здравоохранения
- Доступность медико-санитарной помощи
- Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья
- Ответственность органов государственной власти, управления предприятий, учреждений и организация независимой формы ответственности должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья

• Концепция реформирования здравоохранения и медицинской помощи в РФ 5.11.97

• Постановление правительства РФ об утверждении системы государственных гарантий, обеспечивающих граждан РФ бесплатной медицинской помощью 11.09.98

• Распоряжение правительства РФ. Концепция охраны здоровья населения РФ на период до 2005 года от 31.08.2001

Основные приоритеты развития:

1. Здравоохранение – это система жизнеобеспечения нации и каждого конкретного человека. Это один из важнейших институтов безопасности нации.
2. Децентрализация управления в условиях единой государственной политики, целостность системы ответственности исполнительной власти.
3. Государственные гарантии охраны здоровья, государственная ответственность и четкие обязательства государства перед гражданами по оказанию жестко специализированных объемов медицинской помощи и качества БМП, которые должны быть максимально возможными и доступными в современных условиях
4. Развитие практических медицинских услуг.

5. Рациональное использование ресурсов реструктуризации отделения.

6. Центральным вопросом успеха реформы – оптимизация управления через подготовку и воспитание управленческих кадров в первую очередь.

7. Роль медицинской общественности в управлении отраслью.

127. Системы здравоохранения в зарубежных странах, сравнительный анализ. Международное сотрудничество. Роль Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

В настоящее время в мире существуют три основные формы или системы здравоохранения.

1. Государственная, или система Бевеидиа.

Основные ее характеристики:

- центральное и региональное планирование,
- финансирование путем прямого налогообложения,
- управление системой через медицинских работников,
- контроль качества со стороны государства и медицинских работников,
- экономичное использование ресурсов,
- низкая оплата труда персонала,
- низкие административные расходы.

Принципиальные проблемы:

- мало стимулов для повышения эффективности лечебной работы,
- государство сдерживает рост расходов посредством макроэкономических моментов,
- учет мнения и свобода выбора для пациентов ограничены,
- очереди являются регулятором обеспечения медицинской помощи и стимулируют частную практику в отношении привилегированного населения, недостаточная комфортность больниц,
- неравенство в доступности медицинской помощи для отдельных социальных групп и территорий,
- централизованное планирование ограничивает новаторство, слабо учитывает местные интересы и интересы потребителей,
- тенденция к ограничению контактов пациента и персонала стенами ЛПУ,
- государственный монополизм в определении приоритетов,
- авторитарная система управления, слабые связи между центром и периферией.

2. Система медицинского страхования, или система Бисмарка.

Основные характеристики:

- децентрализованное финансирование,
- свобода выбора страховых организаций,
- конкуренция между страховыми организациями,
- большое внимание контролю за качеством и расходами со стороны страховых организаций,
- разделение в финансировании государства, финансирование органов и ЛПУ в ОЗГ,
- высокий комфорт больниц, широкий их выбор.

Принципиальные проблемы:

- неравенство в доступности медицинской помощи для различных социальных групп и территорий,
- тенденция к неоправданному росту стоимости медицинской помощи,
- плохой контроль за деятельностью персонала,
- пренебрежение пациентами, входящими в группу высокого риска, длительно находящимися в стационаре и незастрахованными (5—10% населения),
- слабое внимание долгосрочному планированию,
- низкий приоритет общественного здравоохранения, профилактики, укрепления здоровья и санитарного просвещения,
- высокие административные расходы (особенно на обработку информации и финансовые расчеты).

3. Частная (рыночная) система здравоохранения (США, ЮАР).

Основные характеристики:

- широкий выбор услуг соответственно интересам пациентов,
- отсутствие очередей,
- гарантия доступности специализированной помощи,
- конфиденциальность лечения, внимание к пациенту,
- высокое качество условий госпитализации.

Принципиальные проблемы:

- высокая стоимость,
 - низкая доступность для нищих,
 - большое число судебных процессов,
 - неадекватное территориальное распределение медицинских учреждений,
 - низкая степень использования капитала и кадровых ресурсов,
 - недостаточное внимание к оказанию помощи на дому и профилактике,
 - ограниченный спектр деятельности вспомогательного персонала по уходу за больными,
 - трудности регулирования и контроля качества лечебной работы.
- В I группу стран (с государственным здравоохранением) входят Дания, Англия, Канада, Италия, Швеция, Норвегия, Финляндия.

Основные направления реформирования здравоохранения в зарубежных странах

Снижение административных затрат на систему управления.
Децентрализация.
Снижение цен на медицинские услуги.
Удовлетворение запросов потребителей (улучшение качества).
Социальная направленность систем

Критерии

- | | | |
|--|----------------|---|
| 1. По преобладающему источнику финансирования | основному | бюджет
взносы на страхование
личные |
| 2. По степени централизации управления | | преимущественно |
| 4. По уровню социально-экономического развития | социально- | |
| 5. По основным средствам | принадлежности | |