

№ ОРД-СТОМ.ОРТ-22

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**КАФЕДРА ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
С ПСИХОЛОГИЕЙ И ПЕДАГОГИКОЙ**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.75 «СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ»**

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»**

Владикавказ, 2022

ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Стоматологическая помощь относится к числу самых массовых и востребованных видов медицинской помощи населению.

Амбулаторно-поликлиническая стоматологическая помощь является крайне востребованной: ее получают от 75 до 80 % пациентов, обратившихся в медицинские организации.

В настоящее время стоматологическая помощь оказывается в виде терапевтической, хирургической, ортопедической и ортодонтической помощи. Среднее распределение видов и объемов оказываемой стоматологической помощи взрослому населению по субъектам РФ составляет:

- объем стоматологической терапевтической помощи – 64,2%;
- объем стоматологической хирургической помощи – 23,2%;
- объем стоматологической ортопедической помощи – 10,6%;
- объем ортодонтической помощи – 2%;

Удельный вес стоматологической заболеваемости среди общей заболеваемости населения по обращаемости достигает 20—25%, составляя 345—550 случаев на 1000 жителей; среднее число посещений на 1 взрослого человека по субъектам РФ составляет – 0,75. Обращаемость за стоматологической помощью занимает второе место после обращаемости к врачам-терапевтам. В системе здравоохранения специалисты-стоматологи и зубные врачи по численности занимают второе место после терапевтов.

Важнейшими направлениями деятельности стоматологических организаций являются проведение комплекса диспансерных мероприятий по профилактике, раннему выявлению, лечению и реабилитации больных с заболеваниями полости рта, слюнных желез и челюстно-лицевой области.

В соответствии с приказом МЗ РФ от 06.08.2013 г. № 529 «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций» стоматологическую помощь оказывают в поликлиниках государственной и муниципальной систем здравоохранения: - стоматологических, в том числе в детских стоматологических поликлиниках.

Стоматологические поликлиники могут быть:

- взрослые;
- детские;
- взрослые с детским отделением

К стоматологическим организациям, в которых больные получают общую и специализированную стоматологическую помощь, относятся:

- Государственные и муниципальные стоматологические поликлиники для взрослых и детей (республиканские, краевые, окружные, областные, городские, районные).
- Стоматологические кабинеты в диспансерах, женских консультациях, центрах общей врачебной (семейной) практики, в здравпунктах промышленных предприятий, в образовательных учреждениях и др.

- Стоматологические отделения и отделения челюстно-лицевой хирургии для взрослых и детей в составе многопрофильных больниц, медико-санитарных частей, ведомственных учреждений и др.
- Клинические подразделения образовательных, научно-исследовательских учреждений.
- Частные стоматологические организации (поликлиники, кабинеты и др.).

Нормативно-правовая база организации стоматологической помощи взрослому населению в Российской Федерации.

Тенденции развития стоматологической помощи населению.

В настоящее время сфера стоматологических услуг останется одной из наиболее динамично развивающихся областей медицины в масштабах всей страны. Логично, что это влечет за собой существенную конкурентную трансформацию и перераспределение рынка между государственными и частными клиниками.

Эффективное функционирование системы стоматологической помощи, как и всей системы здравоохранения, способствует улучшению здоровья людей, росту производительности труда и продолжительности жизни. Следствием этого является, с одной стороны, рост экономических показателей государства, с другой – удовлетворенности населения медицинской помощью.

В сложившейся ситуации особенно важно правильно оценить позитивные и негативные факторы, которые в ближайшем будущем будут влиять на развитие стоматологической службы, а также на рынок стоматологических услуг в РФ.

Ключевой задачей стоматологической отрасли является обеспечение конституционного права граждан на охрану стоматологического здоровья и гарантированной стоматологической помощи необходимого объема и качества.

Основным законом Российской Федерации, в соответствии с которым формируется вся нормативная правовая база здравоохранения, является Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020).

Во второй главе Конституции сформулирован ряд прав и свобод граждан, касающихся охраны здоровья и жизни любого человека, деятельности медицинских работников, и установлены следующие принципы:

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

причиненного здоровью человека экологическим правонарушением (ст. 42).

В соответствии с Конституцией РФ приняты Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (далее - Основы), которые стали правовой базой для развития законодательства в области здравоохранения (с учетом внесенных изменений).

В Конституции Российской Федерации отдельная ст. 41 посвящена праву граждан России на охрану здоровья и медицинскую помощь.

В соответствии с ней каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь: медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

В РФ финансируются федеральные и региональные программы охраны и укрепления здоровья населения. Принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемическому благополучию.

Соккрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с Федеральным Законом.

Основным документом, регламентирующим медицинскую деятельность, является Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (действующая редакция от 08.03.2022).

Она содержит:

Общие положения, изложенные в Главе 1.

Статья 1. Предмет регулирования настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации (далее - в сфере охраны здоровья), и определяет:

1. правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан;
2. права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав;
3. полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья;
4. права и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья;
5. права и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников.

Государство обеспечивает и социальную защищенность граждан. Граждане имеют право на бесплатную стоматологическую медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи обеспечивается в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 28 декабря 2021 г. № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» (далее - Программа).

Программа устанавливает перечень видов, форм и условий предоставления медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, базовую программу обязательного медицинского страхования, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка и условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов (далее - территориальная программа государственных гарантий), включая территориальные программы обязательного медицинского страхования, установленные в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании (далее - территориальная программа ОМС). Постановление Правительства РСО-Алания от 24 декабря 2021 г. № 467 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по территории РСО-Алания на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов».

Дополнительные медицинские услуги осуществляются на основе программ ДМС (добровольное медицинское страхование), а также за счет средств предприятий, учреждений, личных средств граждан и иных источников. Многим группам населения предоставляются различные льготы по протезированию, лечению в санаториях, бесплатному медикаментозному обеспечению. В случае угрозы здоровья государство обеспечивает выплату пособий по временной нетрудоспособности, инвалидности, утере кормильца, пособия при рождении, смерти.

Система российского здравоохранения. В частности оказания стоматологической помощи населению выстраивается с учетом позитивного опыта, накопленного в прошлом, в частности советской системы здравоохранения, уделявшей значительное внимание организации стоматологической помощи населению страны.

Так, в период советского здравоохранения, организация медицинской помощи взрослому населению по профилю «стоматология» в лечебно-профилактических учреждениях СССР осуществлялась на основе приказов Министерства здравоохранения СССР.

1. Наиболее значимым является **приказ Министерства здравоохранения СССР от 12.06.1984 г. № 670 «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению»**, основные положения которого вошли в организацию современной стоматологической службы РФ.

Этим приказом предусмотрено:

- обеспечить развитие сети стоматологических поликлиник, отделений и кабинетов, обратив особое внимание на организацию стоматологических поликлиник и прежде всего детских;
- укомплектовать стоматологические поликлиники отделения и кабинеты врачами и средним медицинским персоналом в соответствии с установленными штатными нормативами и обеспечить систематическое повышение их профессиональной квалификации;
- принять неотложные меры к оснащению стоматологических поликлиник (отделений и кабинетов), а также зуботехнических лабораторий средствами медицинской техники, инструментами и материалами;
- организовать работу стоматологических поликлиник, отделений и кабинетов в две смены, обратив особое внимание на оказание стоматологической помощи населению в субботные, воскресные и праздничные дни;
- обеспечить организацию стоматологических кабинетов на всех промышленных предприятиях с числом работающих 1500 и более и во всех высших и средних учебных заведениях с числом учащихся 800 и более;
- обеспечить внедрение комплексной программы профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта;
- принять неотложные меры к бесперебойной работе имеющихся фтораторных установок на водопроводных станциях;
- обеспечить плановую санацию полости рта детям, подросткам и взрослому населению;
- принять меры к внедрению в практику современных методов местного и общего обезболивания; запретить проведение болезненных стоматологических вмешательств и в первую очередь при пульпитах, острых периодонтитах, заболеваниях пародонта, обработке витальных зубов и тд., без проведения соответствующей анестезии и по показаниям-премедикации; установить, что показанием для проведения общей анестезии является невозможность оказания стоматологической помощи под местным обезболиванием; централизовать оказание анестезиологической помощи в крупных стоматологических поликлиниках;
- лечение больных с переломами костей лица и распространенными воспалительными процессами обязательно проводить в условиях стационаров с последующей передачей их на лечение в поликлиники;

- организовать стоматологические отделения неотложной помощи в больницах скорой медицинской помощи;
- выделять врачей для оказания ортопедической помощи стационарным стоматологическим больным по проведению сложного челюстно-лицевого протезирования;
- обеспечить полный переход на изготовление зубных протезов методом индивидуального литья.

Приказом Министерства здравоохранения СССР от 25 января 1988 г. № 50 «О переходе на новую систему учета труда врачей стоматологического профиля и совершенствовании формы организации стоматологического приема» вводится новая система учета труда врачей, основанная на измерении объема их работы в условных единицах трудоемкости (УЕТ) в целях развития стоматологической помощи, населению, упорядочения систем учета труда врачей стоматологов и ориентации их работы на конечные результаты. Интенсификация труда врача, направленная на оказание максимальной помощи в одно посещение, сокращает непроизводительные затраты времени, связанные с повторными посещениями. Учет труда по УЕТ ориентирован на то, чтобы поднять заинтересованность врачей в конечных результатах собственного труда, стимулировать у них рост производительности и развивать профилактическую направленность в работе. (Приказ утратил силу).

2. В целях ускорения развития стоматологической помощи населению утверждена комплексная программа развития стоматологической помощи в СССР до 2000 года на основании **приказа Министерства здравоохранения СССР от 18.11.1988 г. № 830 «О комплексной программе развития стоматологической помощи населению»**.

3. В 90-е годы XX века сложилась сложная ситуация. Крайне недостаточное бюджетное финансирование стоматологических учреждений, невозможность фондов обязательного медицинского страхования компенсировать дефицит средств бюджета привело к снижению уровня удовлетворения потребности населения в стоматологической помощи и ее качества. Возможности государственного финансирования стоматологической отрасли стали несопоставимы с темпами развития современных мировых технологий.

С учетом новых экономических условий «кризиса государственного здравоохранения» стали появляться приказы Министерства здравоохранения РФ, дающие разрешение на индивидуальную трудовую деятельность в соответствии с законом о «создании кооперативов и предпринимательской деятельности», а также нормативные акты, регламентирующие возможность предоставления платных медицинских услуг:

– **Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.03.1996 года №109 «О правилах предоставления платных медицинских услуг населению»**.

К счастью, ситуация изменилась.

4. В настоящее время, организация оказания стоматологической помощи взрослому населению имеет развитую сеть государственных и частных форм медицинских организаций, осуществляющих свою деятельность в соответствии с нормативно-правовыми актами:

- Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 08.03.2022 г.);

- Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ред. от 06.12.2021 г.);

- Постановление Правительства РФ от 28 декабря 2021 г. № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;

- приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 10.05.2016 г. № 227н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-стоматолог»;

- приказ МЗ РФ от 08.10.2015г. № 707 «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (ред. от 04.09.2020 г);

- приказ МЗ РФ от 31.07.2020 г. №786н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» (ред. от 18.02.2021 г.);

- приказ МЗ РФ от 18.02.2021 г. №109н «О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях, утвержденный приказом МЗ РФ от 31.07.2020 г. №786н»;

- приказ МЗ РФ от 14.06.2019 г. № 422н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»;

- приказ МЗ РФ от 30.11.2017 г. № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»;

- приказ МЗ РФ от 07.10.2015 г. № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование», с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 декабря 2019 г. № 996н;

- приказ МЗ РФ от 28.02.2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (ред. от 15.12.2021 г.);

- приказ МЗ РФ от 10.02.2021 г. № 65н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н»;

- приказ МЗ РФ от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" (ред. от 19.01.2022 г.)

- приказ МЗ РФ от 12.11.2021 г. № 1051н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного

добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства»;

- приказ МЗ РФ от 23.11.2021 № 1089н «Об утверждении Условий и порядка формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листков нетрудоспособности в форме документа на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством Российской Федерации»;

- приказ МЗ РФ от 23.11.2021 № 1090н «Об утверждении порядка осуществления фондом социального страхования Российской Федерации проверки соблюдения порядка выдачи, продления и оформления листков нетрудоспособности»;

- приказ Росстата от 20.12.2021 № 932 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья»;

- постановление Правительства Республики Северная Осетия-Алания от 10 декабря 2019 г. № 409 «Об утверждении государственной программы Республики Северная Осетия-Алания «Развитие здравоохранения Республики Северная Осетия – Алания» на 2019 - 2024 годы» (с изменениями и дополнениями);

- Постановление Правительства РСО-Алания от 24 декабря 2021 г. № 467 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по территории РСО-Алания на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;

- приказ Министерства здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания от 02.04.2020 г. № 276 о/д «Об оказании экстренной и неотложной медицинской помощи детям и взрослому населению со стоматологическими заболеваниями».

Реализация вышеназванных актов в частных медицинских организациях, неподведомственных территориальному органу управления здравоохранением, могут возникать некоторые сложности с выстраиванием четкой вертикали власти с ограничением объема работы только в рамках подписанного тарифного соглашения, поэтому сегодня в составе государственных территориальных медицинских организациях оказывающих первичную медико-санитарную помощь вновь появляются подразделения, оказывающие стоматологическую помощь населению.

На сегодняшний день в составе государственных стоматологических учреждений появляются подразделения, оказывающие стоматологическую помощь населению. Таким образом, стоматологические медицинские организации вне зависимости от формы собственности могут быть включены с систему ОМС и оказывать услуги в рамках Постановления Правительства РФ от 28 декабря 2021 г. № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов», в объемах предусмотренных тарифному

соглашению в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Северная Осетия - Алания от 30.12.2021 г.

В настоящее время активно развивается и частно-государственное партнёрство в медицине. Практически все частные стоматологические организации вовлечены в систему ОМС и этот тренд будет усиливаться. С развитием новых технологий в стоматологии бюджет и региональные ФОМСы не могут обеспечить в полном объёме доступность желаемых высокотехнологичных и затратоёмких стоматологических услуг, что создает условия для дальнейшего развития рынка платных услуг.

Таким образом, для эффективного функционирования стоматологической клиники крайне важно оптимальное сочетание организации оказания стоматологической помощи в рамках Постановления Правительства РФ от 28 декабря 2021 г. № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» с сочетанием оказания платных видов помощи.

Современная комплексная стоматологическая помощь должна оставаться доступной в рамках Постановления Правительства РФ от 28 декабря 2021 г. № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов».

Проблему эффективности использования бюджетных средств на оплату стоматологических услуг через страховые компании еще предстоит переосмыслить, исходя из необходимости перерасчета реальной фактической стоимости каждой услуги без привязки к организации, оказывающей услуги фактически. Сравнительный анализ фактической объективной стоимости услуг может стать основой формирования госзаказов и тендеров в сфере стоматологии на юле выгодных для Государства, как Заказчика условиях.

На сегодняшний день протоколы лечения в стоматологии позволяют проводить сложнейшие манипуляции при любых патологиях зубов и органов полости рта. Инновационные технологии способны заменить отсутствующие зубы в кратчайшие сроки с максимальной точностью и эстетическим результатом.

Среди проблем, которые возникают при техническом переоснащении стоматологических поликлиник, важно упомянуть необходимость более точного планирования и прогнозирования объёмов стоматологической помощи населению. «Стратегический маркетинг» должен стать неотъемлемой частью ежедневной работы стоматологических клиник, соответствовать требованиям времени и тенденциям развития стоматологических организаций.

Последние десятилетия частный сектор стоматологических услуг активно развивается, однако по-прежнему частные медицинские учреждения крайне неоднородны по профилю деятельности, численности и качеству персонала. Среди врачей частных клиник, рядом с безусловными лидерами и «звездами» стоматологии, все часто встречаются откровенные непрофессионалы и вчерашние студенты, лечащие пациентов «под прикрытием» более опытных

врачей. Количество судебных исков по поводу качества оказанных услуг, часто, в отсутствии всех необходимых медицинских лицензий и сопутствующих документов исчисляется тысячами. Нельзя отрицать, что сектор частной стоматологии играет важнейшую роль в создании конкурентной среды в отрасли, является двигателем современных технологий, менеджмента медицинских услуг, проводником высокого качества стоматологической помощи. Однако необходимо обратить внимание на серьезные недостатки: самоизоляция, попытки ухода от государственного контроля, работа (аренда) без лицензий, недостаточная статистика и др.

Главной целью является дальнейшее развитие стоматологической службы путем улучшения качества и доступности оказываемой помощи населению.

Рецепт известен – неуклонное улучшение финансовой организации, системы управления, подготовки кадров, оснащения, технологий профилактики и лечения при единых стандартах стоматологического лечения, а значит, и единого качества оказания стоматологической помощи для всего населения России.

Организация амбулаторно-поликлинической стоматологической помощи взрослому населению

Общие принципы организации амбулаторно-поликлинической помощи

В соответствии с приказом МЗ РФ от 31.07.2020 г. №786н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» (с изменениями и дополнениями от 18.02.2021 г.) амбулаторно-поликлиническую помощь получают около 80% всех больных, обращающихся в организации здравоохранения. К основным типам амбулаторно-поликлинических учреждений относятся: поликлиники, в том числе стоматологические для взрослых и детей, диспансеры, центры общей врачебной (семейной) практики, женские консультации и др.

Ведущим учреждением, оказывающим стоматологическую помощь взрослому населению, является стоматологическая поликлиника. В амбулаторно-поликлинических условиях лечатся более 99% всех больных, нуждающихся в этом виде помощи. Деятельность стоматологических поликлиник характеризуется территориальной доступностью для населения и профилактической направленностью проводимых мероприятий.

Стоматологические поликлиники и разделяются по уровню обслуживания, по подчиненности, по категориям.

1) По уровню обслуживания:

- республиканские, краевые, окружные, областные;
- городские;
- районные.

2) По подчиненности:

- территориальные;
- ведомственные.

3) По категориям:

- внекатегорийные – свыше 40 врачебных должностей;
- первой категории – от 30 до 40 врачебных должностей (включительно);
- второй категории – от 25 до 30 врачебных должностей;
- третьей категории – от 20 до 25 врачебных должностей;

Основными принципами оказания амбулаторно-поликлинической помощи являются:

- участковость;
- доступность;
- профилактическая направленность;
- преемственность и этапность лечения.

Участковость. Большая часть амбулаторно-поликлинических учреждений работают по участковому принципу, т.е. за учреждениями закреплены определенные территории, которые в свою очередь разделены на территориальные участки. Участки формируются в зависимости от численности населения. За каждым участком закреплен участковый врач (терапевт, педиатр) и участковая медицинская сестра. При формировании участков для обеспечения равных условий работы участковых врачей учитывают не только численность населения, но и протяженность участка, тип застройки, удаленность от поликлиники, транспортную доступность и другие факторы. В стоматологической практике принцип участковости применяется крайне редко.

Организация стоматологической помощи по участковому принципу, позволяет врачу-стоматологу изучить у населения основные показатели заболеваемости (распространенность, интенсивность и прирост интенсивности кариеса), своевременно выявить факторы риска заболеваний полости рта, ранние формы патологии и разработать план профилактических и лечебных мероприятий.

Доступность. Реализация этого принципа обеспечивается широкой сетью амбулаторно-поликлинических учреждений (далее – АПУ), действующих на территории Российской Федерации. Любой житель страны не должен иметь препятствий для обращения в АПУ, как по месту жительства, так и на территории, где в настоящее время находится. Доступность амбулаторно-поликлинической помощи обеспечивается и ее бесплатностью в рамках Постановления Правительства РФ от 28 декабря 2021 г. № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов».

Доступность населению стоматологической помощи зависит от многих факторов: организационных форм ее оказания, ценовой политики, обеспеченности населения врачами-стоматологами (зубными врачами) и др.

В настоящее время стоматологическую помощь населению оказывают в централизованной, децентрализованной и выездной организационных формах.

При **централизованной форме** прием населения проводят непосредственно в стоматологической поликлинике или в стоматологическом

отделении (кабинете) в составе другого лечебно-профилактического учреждения.

Децентрализованная форма оказания населению стоматологической помощи предусматривает создание постоянно действующих стоматологических кабинетов на здравпунктах промышленных предприятий, в образовательных учреждениях. Эта форма наиболее приемлема для организации стоматологической помощи работающему населению и учащимся. Преимуществами этой формы является:

- обслуживание населения происходит на месте и постоянно;
- имеется возможность полного медицинского обслуживания работающих и учащихся
- увеличивается возможность более тесного контакта врача с пациентом.

Организовывать подобные кабинеты целесообразно на предприятиях с численностью не менее 2000 работающих и в образовательных учреждениях с числом учащихся не менее 1500 человек.

Выездная форма наиболее эффективна для оказания стоматологической помощи сельским жителям, детям в дошкольных учреждениях, инвалидам, одиноким и престарелым гражданам. Ее использование позволяет максимально приблизить как общую, так и специализированную стоматологическую помощь, к этим категориям граждан.

Профилактическая направленность.

Первостепенное значение в стоматологии имеет организация и проведение мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний.

В настоящее время **плановая санация имеет следующие виды:**

- **индивидуальная санация полости рта по обращаемости.** Больному, обратившемуся в стоматологический кабинет, оказывают необходимую помощь: проводится лечение зубов, заболевание краевого пародонта, слизистой оболочки полости рта.
- **разовая или периодическая организация санации полости рта.** Осуществляется выявление и полное излечение заболеваний зубов и полости рта у определенных категорий населения (беременных женщин, рабочих вредных цехов, лиц, поступающих в учебные заведения, и т.д.).

Эта форма более эффективна, но она направлена на излечение уже больных, которым не проводилась ранняя санация. Здесь в большинстве случаев встречаются тяжелые одонтогенные процессы, как следствие осложненного кариеса зубов.

- **плановая профилактическая санация.** Представляет собой научно обоснованный метод профилактики и проводится регулярно среди всех категорий населения (учащиеся, беременные женщины, подростки) с последующим изучением результатов и оценкой эффективности проводимой работы, что позволяет выявлять начальные формы заболеваний и своевременно их лечить.

Этапы плановой санации:

1 этап — осмотр полости рта и определение нуждаемости в различных видах

стоматологической помощи и ее объема;

2 этап — оказание необходимой лечебно-профилактической помощи в возможно более короткие сроки;

3 этап — последующее диспансерное наблюдение за больными.

В зависимости от обслуживаемой категории населения, распространённости стоматологических заболеваний и состояния стоматологической службы в конкретной местности, плановая санация полости рта и зубов может быть осуществлена различными методами.

Методы плановой санации:

1. Централизованный: стоматологическая поликлиника (отделение, кабинет).

2. Децентрализованный: стоматологические кабинеты школ, ВУЗов, здравпунктов и др. организаций. Преимущество этой формы заключается в том, что обслуживание происходит на месте и постоянно; имеется возможность полного медицинского обслуживания работающих или учащихся; увеличивается возможность более тесного контакта врача с пациентом. В оказании стоматологической помощи детям целесообразна децентрализованная форма организации на базе учреждений образования.

3. Бригадный: специально оборудованные передвижные санационные кабинеты.

4. Смешанный: осмотр в школах, детских дошкольных учреждениях (ДДУ); санация в стоматологических поликлиниках.

Первичная профилактика стоматологических заболеваний

В проведении профилактики стоматологических заболеваний выделяют два вида: - **индивидуальную** (рациональный режим и соблюдение норм гигиены в быту и производстве);

- **общественную** (систему государственных, общественных и медицинских мероприятий, направленных на охрану здоровья трудовых коллективов).

Вторичная профилактика

Вторичная профилактика направлена на предупреждение обострений и осложнений в течении болезни, перехода заболевания из острой фазы в хроническую, стойкой потери трудоспособности (инвалидности), что достигается системой мер, осуществляемых здравоохранением (диспансеризация, своевременное выявление и лечение болезней), и решением социальных вопросов.

Третичная профилактика

В свое время МЗ СССР приказом от 12.06.1984 г. № 670 «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению» поставило задачу внедрить «Комплексную систему профилактики стоматологических заболеваний», которая не потеряла своего значения и настоящее время.

Эта система включала:

Специальные меры, направленные на профилактику заболеваний зубочелюстного аппарата:

- обучение правильной чистке зубов при первом и последующих посещениях
- контроль за правильной чисткой зубов;

- снятие зубных отложений;
- обработка зубов фтористым лаком, реминерализующим раствором (проводится с учетом различных категорий населения: работников промышленных предприятий, беременных женщин, детей);
- строгий учет особенностей трудовой деятельности работников предприятий, выявление профессиональных вредностей.

Средства воздействия на весь организм:

- разработка и применение диет, рекомендаций по правильному питанию с включением ингредиентов (веществ), необходимых для развития тканей зубов применительно к отдельным категориям населения (например, к детям дошкольного и младшего школьного возраста).

В число рекомендаций входит применение лекарственных препаратов, необходимых для построения тканей и их кальцинации с учетом общего состояния (например, беременности) и сбалансированное питание;

- повышение иммунобиологических свойств детского питания;
- улучшение санитарно-гигиенических условий труда, быта, отдыха;
- гигиеническое воспитание: пропаганда здорового образа жизни;
- борьба с вредными привычками.

Диспансеризация – приоритетное направление в деятельности медицинских учреждений, включающее комплекс мер по формированию здорового образа жизни, профилактике и ранней диагностике заболеваний, эффективному лечению больных и их динамическому наблюдению.

Диспансеризация стоматологических больных является комплексным методом раннего выявления больных, нуждающихся в долговременном и динамическом наблюдении, высококвалифицированном обследовании и лечении их, оздоровлении условий труда и быта диспансеризуемых, проведения индивидуальной, групповой, социальной и медико-биологической профилактики стоматологических заболеваний.

Основным методом диспансеризации является диспансерный метод.

Диспансерный метод - это метод активного динамического наблюдения за состоянием здоровья населения, направленный на укрепление здоровья и повышение трудоспособности, обеспечение правильного физического развития и предупреждение заболеваний путем проведения комплекса лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий. Метод, прежде всего, используется в работе с определенными группами здоровых людей (дети, беременные, спортсмены, военнослужащие и др.), а также с больными, подлежащими диспансерному наблюдению. В процессе диспансеризации с целью раннего выявления заболеваний эти контингенты осматривают специалисты. В случае необходимости их ставят на учет для комплексного лечения, проведения мероприятий по оздоровлению условий труда и быта, восстановлению трудоспособности и продлению периода активной жизнедеятельности.

Принцип распределения по диспансерным группам

Первая группа (здоровые) – лица, не предъявляющие никаких жалоб, у которых в анамнезе, во время осмотра не выявлены хронические заболевания или нарушения функции отдельных органов и систем. Среди них есть лица с так называемыми пограничными состояниями, т.е. с незначительными отклонениями артериального давления и других физиологических характеристик от нормы, не влияющими на функциональную деятельность организма (Д-I).

Вторая группа (практически здоровые) – лица, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, но без обострений в течение нескольких лет (Д-II).

Третья группа – больные, нуждающиеся в лечении с компенсированным течением заболевания, редкими обострениями, непродолжительными потерями трудоспособности (Д-III).

Четвертая группа – больные с субкомпенсированным течением заболевания. Частыми и продолжительными потерями трудоспособности (Д-IV). **Пятая группа** – больные с декомпенсированным течением, устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности (Д-V).

В каждой из указанных групп учитываются лица с факторами риска (производственного, бытового, генетического характера) возникновения определенных заболеваний.

Здоровые и практически здоровые лица передаются для учета и наблюдения в отделение профилактики, а больные подлежат динамическому наблюдению у врачей-специалистов соответствующего профиля. На всех больных, взятых под диспансерное наблюдение, заполняется «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (ф.№ 030/у), в которой содержатся сведения о сроках явки к врачу, о нетрудоспособности, профилактических и лечебных мероприятиях.

Основными принципами системы диспансеризации стоматологических больных являются:

- **Плановость** — установление последовательности и оптимальных сроков проведения организационных, лечебно-профилактических и санитарно-гигиенических мероприятий.
- **Комплексность:**
 - направление лечебных мер не только на ликвидацию локального процесса, но и на общее оздоровление организма;
 - проведение мероприятий по оздоровлению окружающей среды;
 - проведение оздоровительных мероприятий совместно с педиатрами, терапевтами, гигиенистами, врачами других специальностей, средним медицинским персоналом и общественностью.
- Выбор ведущего звена из общего комплекса мероприятий — особое внимание уделяется лечебно-профилактическим мероприятиям, которые при данном виде патологии являются решающими.

- **Дифференцированный подход** к назначению оздоровительных мер:
 - с учетом складывающейся ситуации, уровня и структуры стоматологической заболеваемости и обуславливающих их факторов;
 - степени обеспеченности населения врачами и состояния материально-технической базы стоматологической службы;
- оптимального использования имеющихся сил и средств.

Диспансерному наблюдению врача-стоматолога подлежат больные со следующими заболеваниями органов полости рта и челюстно-лицевой области:

- множественным кариесом зубов и флюорозом,
- заболеваниями пародонта,
- хроническими гингивитами, стоматитами, хейлитами,
- глоссалгией, глоссадинией,
- одонтогенными остеомиелитами,
- невралгиями тройничного нерва, невритами лицевого нерва,
- хроническими воспалениями слюнных желез,
- предраковыми заболеваниями;
- злокачественными новообразованиями, доброкачественными новообразованиями челюстей и полости рта,
- врожденными пороками челюстно-лицевой области и зубочелюстными аномалиями,
- профессиональными поражениями полости рта и с другой патологией.

Профилактика стоматологических заболеваний осуществляется медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях, и включает в себя профилактические мероприятия, в том числе профилактические медицинские осмотры, которые рекомендуется проводить 1 раз в год.

Работа по диспансеризации больных проходит 3 условных этапа:

1 этап — выявление больных. Отбор больных, нуждающихся в диспансерном наблюдении осуществляется при обращении пациентов в стоматологические учреждения и при проведении разных видов профилактических осмотров. Осмотр необходимо завершать составлением заключительного акта с приложением списка больных, подлежащих диспансерному наблюдению, и указанием числа лиц, которым была проведена санация полости рта.

2 этап — взятие больных на диспансерный учет с заполнением «Контрольной карты диспансерного наблюдения» (форма №30/у), «Медицинской карты стоматологического больного» (формы №43/у), где указывается состояние больного, диагноз, проводимое лечение, сроки повторного наблюдения, лечебно-оздоровительные мероприятия (трудоустройство, диетическое питание и т.д.), на лицевой стороне ставится буква «Д» «Контрольной карты диспансерного наблюдения»;

В документации указываются: состояние больного, диагноз, план лечебно-оздоровительных мероприятий, сроки повторного наблюдения. Сведения передаются в стоматологическое учреждение по месту жительства

или работы диспансеризуемого. В контрольные карты вносятся даты посещения, фиксируются наиболее важные лечебно-диагностические мероприятия — госпитализация, санаторно-курортное лечение, перевод на инвалидность.

3 этап — проведение динамического наблюдения за больными с выполнением лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий.

Национальная программа «Здоровье» по диспансеризации населения предусматривает организацию следующих мероприятий:

- проведение ежегодных медицинских (диспансерных) осмотров всего населения по территориальному или семейному принципу с выполнением установленного объема лабораторных и инструментальных исследований;
- дополнительное обследование нуждающихся лиц в территориальных поликлиниках (медико-санитарных частях, женских консультациях, диспансерах, стационарах больниц) с использованием всех современных методов диагностики;
- выявление заболеваний в ранних стадиях и лиц с факторами риска, ведущими к развитию заболеваний, в первую очередь сердечно-сосудистых, онкологических, хронических неспецифических заболеваний легких, эндокринных и др., с последующим проведением комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий и динамического наблюдения за этими категориями населения;
- определение здоровья каждого человека и оценка состояния здоровья населения по возрастным, половым, профессиональным группам здоровых, практически здоровых, больных;
- выявление причин заболеваний, устранение их путем осуществления социальных, санитарно-гигиенических, противоэпидемических мероприятий.

Перевод больных из одной группы в другую осуществляет комиссия, состоящая из заведующего отделением, участкового врача и врача специализированного кабинета.

Диспансерное наблюдение стоматологических больных по срокам наблюдения может быть кратковременным, длительным и постоянным. С учета больные снимаются не раньше чем через 6–12 месяцев после выздоровления. Некоторый контингент стоматологических больных нуждается в диспансерном наблюдении в течение всей жизни. Общее руководство и контроль диспансеризации стоматологических больных возлагаются на главных стоматологов городских и районных управлений здравоохранения, главных врачей и зав. отделениями стоматологической службы, которые обязаны:

- определять контингенты больных, подлежащих диспансерному наблюдению;
- контролировать качество обследования и лечения диспансеризуемых;
- проводить постоянную учебу со стоматологами по диспансерному методу оказания стоматологической помощи населению;
- принимать участие в составлении плана диспансеризации больных и контролировать его выполнение;

- анализировать показатели деятельности и эффективности диспансеризации; принимать решения, направленные на коррекцию процесса диспансеризации и его развитие.

Диспансерное наблюдение должны осуществлять врачи-стоматологи всех профилей (стоматологи детские, терапевты, хирурги, ортопеды и ортодонты).

Преемственность и этапность лечения. Амбулаторно-поликлиническая помощь является первым этапом единого процесса оказания медицинской помощи: поликлиника – стационар – учреждения восстановительного лечения. Пациент вначале обращается к участковому врачу поликлиники. В случае необходимости он может быть направлен в консультативно-диагностический центр, диспансер (онкологический, противотуберкулезный, психоневрологический и др.), больничное учреждение, центр медицинской и социальной реабилитации. Между этими звеньями оказания медицинской помощи должна существовать преемственность, позволяющая исключать дублирование диагностических исследований и ведения медицинской документации. Таким образом, обеспечивается комплексность в профилактике, диагностике, лечении и реабилитации больных.

Организация амбулаторно-поликлинической стоматологической помощи взрослому населению

Лечебно-профилактическую помощь в нашей стране оказывает широкая сеть амбулаторно-поликлинических учреждений, в том числе и стоматологических. Номенклатура учреждений здравоохранения утверждена приказом МЗ РФ от 19.02.2020 г. № 106н «О внесении изменений в номенклатуры медицинских организаций, утвержденную приказом МЗ РФ от 06.08.2013 г. № 529 «Об утверждении номенклатуры МО» (рис. 1).

Рис. 1. Организация амбулаторно-поликлинической помощи





2.2.1. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях

В соответствии с приказом МЗ РФ от 31.07.2020 г. №786н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» (с изменениями и дополнениями от 18.02.2021 г.) оказание медицинской помощи взрослому населению осуществляется при стоматологических заболеваниях зубов, пародонта, слизистой оболочки рта, языка, слюнных желез, челюстей, включающих:

- кариозные, некариозные и другие поражения зубов;
- острые, хронические и специфические воспалительные заболевания, острую и хроническую травму, приобретенные дефекты и деформации, онкологические заболевания пародонта, слизистой оболочки рта, языка, слюнных желез, челюстей;
- аномалии и дефекты развития зубов, зубных рядов, челюстей, их предпосылки и последствия.

Медицинская помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- специализированной медицинской помощи.

Медицинская помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях оказывается в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- дневного стационара (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения).

Медицинская помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях оказывается в следующих формах:

- экстренная (оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента);

- неотложная (оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента);
- плановая (оказываемая при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью).

Первичная медико-санитарная помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях оказывается в амбулаторных условиях.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях оказывается фельдшером.

При наличии медицинских показаний к оказанию медицинской помощи при стоматологических заболеваниях фельдшер после проведения мероприятий, направленных на устранение боли, направляет пациента в медицинскую организацию для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи врачом-стоматологом, врачом-стоматологом-терапевтом, врачом-стоматологом-хирургом, врачом-стоматологом-ортопедом, врачом-ортодонтом (далее - врачи стоматологического профиля).

Первичная специализированная медико-санитарная помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях оказывается врачами стоматологического профиля, зубным врачом, гигиенистом стоматологическим, зубным техником.

Специализированная медицинская помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях оказывается в условиях дневного стационара врачами стоматологического профиля.

Медицинская помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях может проводиться в условиях анестезиологического пособия в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "анестезиология и реаниматология" (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012 г. № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология», с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения РФ от 14 сентября 2018 г. № 625н).

Профилактика стоматологических заболеваний осуществляется медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях, и включает в себя профилактические мероприятия, в том числе профилактические медицинские осмотры, которые рекомендуется проводить 1 раз в 6 месяцев.

Медицинская помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях оказывается с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций.

В случае выявления в ходе оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях симптомов онкологического

заболевания лечащий врач медицинской организации, в которой пациент проходит обследование и лечение, направляет пациента к врачу-онкологу в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология" (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 г. N 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.02.2019 г. N 48н).

В случае выявления в ходе оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях заболеваний (состояний) челюстно-лицевой области медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю "челюстно-лицевая хирургия» (Приказ МЗ РФ от 14.06.2019 г. № 422н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»)

Рентгенологические исследования взрослому населению при стоматологических заболеваниях выполняются в соответствии с Правилами проведения рентгенологических исследований.

Выполнение рентгенологических исследований в кабинете стоматологии общей практики, кабинете терапевтической стоматологии, кабинете хирургической стоматологии, кабинете ортопедической стоматологии, ортодонтическом кабинете, стоматологическом кабинете в профессиональных образовательных организациях, образовательных организациях высшего образования и дополнительного профессионального образования, призывных пунктах, на предприятиях и в организациях, мобильном стоматологическом кабинете с применением дентального рентгеновского аппарата с цифровым приемником изображения (радиовизиограф), включенного в стандарты оснащения, предусмотренные приложениями к настоящему Порядку, не требует наличия у медицинской организации лицензии на выполнение работ (услуг) по рентгенологии.

Медицинская помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях может быть оказана с применением телемедицинских технологий путем организации и проведения консультаций и (или) участия в консилиуме врачей в соответствии с Порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 ноября 2017 г. № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»).

Медицинскими показаниями к оказанию специализированной медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях в экстренной и неотложной формах являются воспалительные заболевания полости рта, в том числе слизистой оболочки рта, языка, слюнных желез различной этиологии и локализации.

При сочетанных и комбинированных травмах, заболеваниях специализированная медицинская помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях оказывается врачами стоматологического профиля с привлечением с привлечением врачей-специалистов по специальностям, предусмотренным Номенклатурой специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.10.2015 г. № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование», с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 декабря 2019 г. № 996н).

В рамках скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинская помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи.

При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация.

Первичная медико-санитарная помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях в амбулаторных условиях оказывается:

- врачами-стоматологами (врачами-стоматологами общей практики),
- врачами-стоматологами-терапевтами,
- врачами-стоматологами-хирургами,
- врачами-стоматологами-ортопедами,
- врачами-ортодонтами,
- врачами челюстно-лицевыми хирургами,
- зубными врачами,
- гигиенистами стоматологическими,
- зубными техниками,
- фельдшерами и врачами других специальностей.

При выявлении медицинскими работниками признаков стоматологического заболевания, после проведения мероприятий, направленных на устранение состояний, которые представляют угрозу жизни, и устранения боли, пациент направляется в медицинскую организацию для оказания медицинской помощи врачами стоматологического профиля.

Медицинская помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях в условиях стационара оказывается в стоматологических отделениях, отделениях челюстно-лицевой хирургии и в других профильных отделениях медицинских организаций.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях оказывается врачами стоматологического профиля в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

При наличии медицинских показаний к высокотехнологичным видам медицинской помощи, такая помощь оказывается взрослому населению при стоматологических заболеваниях в соответствии с установленным порядком оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Организация работы стоматологической поликлиники для взрослого населения.

Основной объем стоматологической помощи населению оказывают стоматологические поликлиники, которые являются самостоятельной медицинской организацией, либо структурным подразделением многопрофильной медицинской организации, и организуется для оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи. Режим работы поликлиники устанавливают органы здравоохранения по подчиненности с учетом потребности населения и конкретных условий.

Основными задачами поликлиники являются:

- проведение мероприятий по профилактике заболеваний челюстно-лицевой области среди населения и в организованных коллективах;
- организация и проведение мероприятий, направленных на раннее выявление больных с заболеваниями челюстно-лицевой области и своевременное их лечение;
- оказание квалифицированной амбулаторной стоматологической помощи населению.

Для осуществления основных задач стоматологическая поликлиника выполняет следующие *функции*:

- оказание квалифицированной амбулаторно-поликлинической помощи;
- организация и проведение профилактических медицинских осмотров и санации рта взрослого населения в учреждениях среднего, высшего и послевузовского профессионального образования, призывных пунктах, на предприятиях и в организациях;
- раннее выявление больных с заболеваниями челюстно-лицевой области и их лечение;
- оказание экстренной стоматологической помощи взрослому населению при острых заболеваниях и травмах челюстно-лицевой области;
- оказание первичной медико-санитарной и (или) специализированной стоматологической помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях;
- организация диспансерного наблюдения за взрослым населением при стоматологических заболеваниях с оценкой уровня стоматологического здоровья;
- направление в установленном порядке взрослого населения при стоматологических заболеваниях на стационарное лечение в специализированные челюстно-лицевые и (или) стоматологические отделения;

- проведение ортопедического лечения взрослого населения с врожденными и приобретенными дефектами зубов, зубных рядов, альвеолярных отростков, челюстей и лица;
- проведение комплексного ортодонтического лечения взрослого населения с зубочелюстно-лицевыми аномалиями и деформациями;
- экспертиза временной нетрудоспособности, выдача листков нетрудоспособности и рекомендаций по рациональному трудоустройству, направление в медико-социальные экспертные комиссии лиц с признаками стойкой утраты трудоспособности;
- анализ стоматологической заболеваемости взрослого населения и разработку мероприятий по снижению и устранению причин, способствующих возникновению заболеваний и их осложнений;
- внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний челюстно-лицевой области;
- проведение санитарно-просветительской работы среди населения, в том числе с привлечением среднего медицинского персонала медицинских организаций, с использованием средств массовой информации;
- ведение учетной и отчетной медицинской документации и представление отчетов о деятельности, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Республиканская стоматологическая поликлиника (РСП).

Организационно-методическая работа

Республиканская (областная, краевая) стоматологическая поликлиника предназначена для оказания высококвалифицированной стоматологической помощи территориально прикрепленному населению, консультативно-диагностической помощи больным, направляемым из медицинских организаций. К ее задачам относят также организационно-методическое руководство стоматологическими поликлиниками, отделениями и кабинетами субъекта РФ.

Стоматологическая поликлиника республиканского подчинения:

- осуществляет организационно-методическое руководство стоматологическими поликлиниками, отделениями и кабинетами, расположенными на соответствующей территории;
- анализирует заболеваемость на этой территории, потребность в стоматологической помощи и разрабатывает мероприятия, направленные на ее совершенствование;
- обеспечивает в необходимых случаях выезды специалистов в населенные пункты сельской местности для проведения в них комплекса лечебно- профилактических мероприятий.

В РСП сельское население получает консультативную и лечебную помощь по направлению районных специалистов. Консультативную и лечебную помощь оказывают специалисты РСП и в период плановых выездов в районы, в том числе и в составе специализированных бригад. График выездов

согласуется с районными лечебными учреждениями заранее с тем, чтобы на местах была проведена подготовительная работа.

Организационно-методическая работа

Организационно-методическая работа осуществляется под руководством главного внештатного стоматолога республики. Согласно существующему положению в штатные должности республиканской стоматологической поликлиники на 1 млн. жителей вводятся 2 должности врача-консультанта.

Задачи организационно-методического отдела РСП:

- изучение состояния оказания стоматологической помощи населению;
- организация статистического учета и отчетности по стоматологии в ЛПУ территории, составление сводного отчета по стоматологической службе РБ;
- анализ заболеваемости населения территории, потребности в стоматологической помощи и разработка мероприятий, направленных на ее совершенствование;
- организация выезда врачей-специалистов в населенные пункты на селе для проведения лечебно-профилактических мероприятий;
- изучение, обобщение и распространение передового опыта среди стоматологических учреждений республики;
- разработка организационно-методических материалов по важнейшим разделам работы ЛПУ (диспансеризации, профилактической и лечебной работе);
- участие в подготовке и проведении республиканских съездов, конференций и совещания стоматологов РБ;
- осуществление консультативной помощи врачам-стоматологам по вопросам организационной работы и повышению качества медицинского обслуживания.

Основными функциями стоматологического отделения, кабинета, лаборатории являются:

- оказание первичной медико-санитарной помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях;
- организация и проведение профилактических осмотров и санации рта взрослого населения, в том числе в профессиональных образовательных организациях, образовательных организациях высшего образования и дополнительного профессионального образования, призывных пунктах, на предприятиях и в организациях;
- диспансерное наблюдение за пациентами с патологией зубочелюстной системы;
- выявление пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями, деформациями и предпосылками их развития, дефектами коронок зубов и зубных рядов с последующим их направлением в подразделение стоматологической поликлиники соответствующего профиля;
- при наличии медицинских показаний направление пациентов на лечение в стационарных условиях в отделение челюстно-лицевой хирургии медицинской организации, а также в специализированные медицинские организации;
- внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний;

- изготовление зубных протезов, челюстно-лицевых протезов и ортодонтических аппаратов;
- проведение санитарно-гигиенического обучения, в том числе с привлечением среднего медицинского персонала (гигиенист стоматологический);
- представление отчетности по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, сбор и представление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения.

Основные разделы работы врача-стоматолога поликлиники:

- оказание лечебно-профилактической, хирургической или ортопедической помощи по обращаемости;
- проведение консультаций для врачей других специальностей;
- диспансерное наблюдение за определенными группами стоматологических больных;
- проведение плановой санации полости рта у определенных контингентов больных;
- ведение отчетно-учетной организации;
- экспертиза временной нетрудоспособности;
- санитарно-просветительная работа среди населения и формирование здорового образа жизни.

Для обеспечения функций стоматологической поликлиники в ее структуре рекомендуется предусматривать следующие подразделения:

1. *смотровой кабинет;*
2. *кабинет стоматологии общей практики;*
3. *лечебно-профилактическое отделение, включающее, в том числе стоматологические кабинеты в профессиональных образовательных организациях, образовательных организациях высшего образования и дополнительного профессионального образования, призывных пунктах, на предприятиях и в организациях;*
4. *отделение (кабинет) терапевтической стоматологии с кабинетами терапевтической стоматологии, пародонтологии, эндодонтии и лечения заболеваний слизистой оболочки рта;*
5. *отделение (кабинет) хирургической стоматологии;*
6. *отделение (кабинет) ортопедической стоматологии;*
7. *стоматологическую (зуботехническую) лабораторию;*
8. *ортодонтическое отделение (кабинет);*
9. *отделение (кабинет) анестезиологии и реанимации;*
10. *рентгенологическое отделение (кабинет);*
11. *физиотерапевтический кабинет (отделение);*
12. *стоматологический дневной стационар;*
13. *кабинет гигиены;*
14. *кабинет функциональной диагностики в стоматологии;*
15. *регистратуру;*
16. *организационно-методический кабинет;*

17. *централизованное стерилизационное отделение;*
18. *кабинет медицинской статистики;*
19. *административно-хозяйственную часть;*
20. *технические службы;*
21. *иные отделы, отвечающие уставным целям медицинской организации (в том числе сервисный отдел, отдел программного обеспечения, юридический отдел).*

Организационная структура стоматологической поликлиники устанавливается органом управления здравоохранением субъекта РФ с учетом региональных особенностей.

Оснащение кабинетов и отделений стоматологической поликлиники осуществляется согласно санитарно-гигиеническим требованиям к размещению, устройству, оборудованию, эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля.

Руководство стоматологической поликлиникой осуществляет главный врач, которого назначает и освобождает от должности руководитель соответствующего органа управления здравоохранением.

Штатные нормативы персонала в медицинских организациях стоматологического профиля

Приложение № 11 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях, утвержденному приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 г. № 786н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях».

Рекомендуемые штатные нормативы стоматологической поликлиники

№	Наименование должностей	Количество должностей
1.	Главный врач	1
2.	Заместитель руководителя (главного врача, директора, президента, начальника) по лечебной работе	1 (для поликлиник, в которых предусмотрено не менее 40 врачебных должностей, включая должность руководителя)
3.	Заместитель руководителя (главного врача, директора, президента, начальника) по административно-хозяйственной работе	1 (для поликлиник, в которых предусмотрено не менее 40 врачебных должностей, включая должность руководителя)
4.	Заведующий стоматологическим отделением-врач-специалист	0,5 на кабинет при наличии не менее 2 должностей врачей-специалистов; 1 на поликлинику при наличии не менее 4 должностей врачей-специалистов;

	1 на 12 должностей врачей-специалистов, но не более 3 должностей на структурное подразделение
5. Заведующий дневным стационаром	0,5 должности врача-стоматолога-хирурга на 10 пациенто-мест
6. Главная медицинская сестра	1
7. Заведующий производством учреждений (отделов, отделений, лабораторий) зубопротезирования	1 (для поликлиник, в которых предусмотрено не менее 15 должностей зубных техников)
8. Старший зубной техник	1 вместо должности зубного техника (для поликлиник, в которых предусмотрено не менее 15 должностей зубных техников, а также на каждые 10 должностей зубных техников, свыше 15 должностей зубных техников)
9. Врач-стоматолог (врач-стоматолог-терапевт, зубной врач)	5 на 10 000 человек взрослого населения
10. Врач-стоматолог-хирург	1,5 на 10 000 человек взрослого населения
11. Врач-стоматолог-ортопед	1,5 на 10 000 человек взрослого городского населения; 0,7 на 10 000 человек взрослого сельского населения; 0,8 на 10 000 человек взрослого населения других населенных пунктов
12. Врач-ортодонт	1 на 10 000 человек взрослого городского населения; 0,5 на 10 000 человек взрослого населения других населенных пунктов
13. Врач-анестезиолог-реаниматолог *	0,25 на 10 000 человек взрослого городского населения; 0,12 на 10 000 человек взрослого населения других населенных пунктов
14. Врач-рентгенолог	1 на 15 000 рентгеновских снимков в год
15. Врач-физиотерапевт	0,15 на 10 000 взрослого населения
16. Медицинская сестра	1 на 1 должность врача стоматолога-хирурга; 1 на 2 должности других врачей стоматологического профиля
17. Гигиенист стоматологический	1 на 6 должностей врача стоматологического профиля
18. Медицинская сестра-	1,5 на 1 должность врача-анестезиолога-

	анестезист	реаниматолога
19.	Зубной техник	2,5 на 1 должность врача-стоматолога-ортопеда; 2 на должность врача-ортодонта
20.	Рентгенолаборант	1 в смену
21.	Медицинская сестра по физиотерапии	1 на 15 000 условных процедурных единиц в год
22.	Медицинский статистик	1 на 20 должностей врача стоматологического профиля
23.	Медицинский регистратор	1 на 6 должностей врача-специалиста, но не менее 2 на медицинскую организацию
24.	Старшая медицинская сестра	0,5 на кабинет при наличии не менее 2 должностей врачей стоматологического профиля, 1 на 1 должность заведующего отделением; 1 при наличии не менее 7 должностей медицинских регистраторов
25.	Сестра-хозяйка	1
26.	Санитарка	1 на: 1 должность врача-стоматолога-хирурга; 2 должности врача-стоматолога-терапевта, врача-стоматолога-ортопеда, врача-ортодонта; 2 должности медицинских сестер отделения физиотерапии; 20 должностей зубных техников

Примечания:

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012 г. № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология», с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения РФ от 14 сентября 2018 г. № 625н.

В целях улучшения качества стоматологической помощи, упорядочения системы учета деятельности врачей, ориентации их на конечный результат учет труда врачей стоматологического профиля основан как на оценке числа посещений, так и на измерении объема работы в условных единицах трудоемкости (УЕТ). Соответствующими приказами МЗ РФ определен перечень видов работ с их оценкой в УЕТ, являющихся экономическим эквивалентом трудозатрат. Например, наложение пломбы при поверхностном или среднем кариесе учитывают как 1 УЕТ, сложное удаление зуба как 1,5 УЕТ.

В соответствии с нормативами врач-стоматолог при 6-дневной рабочей неделе должен выполнить работу эквивалентную 21 УЕТ, при 5-дневной — 25 УЕТ за рабочий день.

Оценка работы стоматологов в УЕТ ведет к интенсификации их труда и направлена на оказание максимальной помощи в одно посещение, сокращение непроизводительных затрат рабочего времени, связанных с повторными посещениями. Учет труда по УЕТ ориентирован на то, чтобы поднять заинтересованность врачей в конечных результатах собственного труда, стимулировать у них рост производительности и развивать профилактическую направленность в работе.

Режим работы поликлиники устанавливает орган управления здравоохранением с учетом потребности населения, транспортной доступности, системы расселения и др. Как правило, работа врача-стоматолога организуется в две смены с чередованием утро-вечер через день. Для выполнения предусмотренных нормативов врач принимает 8-12 пациентов, при этом 1/3 из них должны быть первичными, т.е. поступать к врачу по направлению из регистратуры или смотрового кабинета. На первые часы работы назначают более сложных больных, например, с пульпитами, периодонтитами. Если в кабинете ведется смешанный прием, то хирургических больных назначают на утренние часы. Больных, нуждающихся в косметическом лечении (реставрации), назначают на прием в дневное время для того, чтобы врач мог определить цвет зубов при естественном освещении. При повторном назначении пациентов необходимо учитывать их возраст, состояние здоровья, режим работы.

Регистратура участвует в организации приема и регулировании потока больных по срочности и виду стоматологической помощи. Осуществляет выдачу талонов или предварительную запись на прием к врачу. Первичные талоны выдаются к терапевту-стоматологу, хирургу-стоматологу, врачу-стоматологу детскому, а также узким специалистам — пародонтологу, физиотерапевту и др. Кроме того регистратура выполняет ряд других функций: оформляет и хранит «Медицинскую карту стоматологического больного» (ф. 043/у); осуществляет их подбор, доставку в кабинеты и раскладку после приема; оформляет листки нетрудоспособности и регистрирует их; дает необходимую справочную информацию посетителям; проводит финансовые расчеты с пациентами по оплате дополнительных платных стоматологических услуг. Повторные посещения больными поликлиники назначаются и регулируются лечащими врачами. При правильной организации работы поликлиники больной наблюдается одним врачом, который составляет план лечения и при необходимости направляет пациента на консультацию и лечение к другим специалистам.

Некоторые стоматологические поликлиники работают по участковому принципу, что повышает ответственность каждого врача, позволяет оценивать эффективность его работы и контролировать качество помощи.

Большое значение в организации приема больных в стоматологической поликлинике принадлежит **дежурному стоматологу**. Он оказывает при необходимости неотложную стоматологическую помощь, осматривает пациента и определяет объем необходимой ему дальнейшей стоматологической помощи, направляет больных к стоматологам-терапевтам, хирургам для последующего лечения, обеспечивая равномерную нагрузку врачей.

Основными разделами работы **врача-стоматолога** поликлиники для взрослого населения являются:

- оказание лечебно-профилактической, хирургической и ортопедической помощи по обращаемости;
- проведение консультаций для врачей других специальностей;
- диспансерное наблюдение за определенными группами стоматологических больных;
- проведение плановой санации полости рта у определенных контингентов больных;
- ведение учетно-отчетной документации;
- экспертиза временной нетрудоспособности;
- санитарно-просветительная работа.

Пункты неотложной стоматологической помощи являются структурными подразделениями крупных стоматологических поликлиник. Они организованы в городах административных территорий для обеспечения круглосуточной помощи всем лицам, обращающимся по поводу острой боли, кровотечений, острых воспалительных процессов, травматических повреждений зубов, челюстей и другой остропротекающей патологии.

Для оценки деятельности стоматологического учреждения необходима учетная документация. В стоматологических поликлиниках используются утвержденные формы учета работы врачей-стоматологов по всем профилям:

- **медицинская карта стоматологического больного** - учетная форма № 043/у;
- **листок ежедневного учета врача-стоматолога** - учетная форма № 037 /у;
- **журнал учета профилактических осмотров полости рта** - учетная форма № 049/у;
- **листок ежедневного учета работы врача-стоматолога-ортопеда** - учетная форма № 037/у;
- **дневник учета работы врача стоматолога-ортопеда** - учетная форма № 039-4/у;
- **дневник учета работы врача стоматолога-ортодонта** - учетная форма № 039-3/у.

В настоящее время в связи с введением обязательного медицинского страхования населения в стоматологической документации произошли изменения. Так, например, в медицинской карте стоматологического больного (форма № 043/у) и в листе ежедневного учета (форма № 037/у) необходимо указать номер страхового медицинского полиса.

**Организация работы отделений (кабинетов, лабораторий)
стоматологического профиля в медицинских организациях, оказывающих
амбулаторную медицинскую помощь.**

Стоматологическое отделение (кабинет, лаборатория) организуется как структурное подразделение медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

К функциям стоматологического отделения (кабинета, лаборатории) относится:

- организация лечебно-диагностического процесса при стоматологических заболеваниях;
- организация и проведение профилактических осмотров и санации рта прикрепленного контингента, в том числе в образовательных учреждениях среднего, высшего и послевузовского профессионального образования, призывных пунктах, на предприятиях и в организациях;
- диспансерное наблюдение за пациентами с патологией зубочелюстной системы и анализ его эффективности с оценкой уровня стоматологического здоровья;
- выявление пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями, деформациями и предпосылками их развития, дефектами коронок зубов и зубных рядов с последующим их направлением в подразделение стоматологической поликлиники соответствующего профиля;
- при наличии медицинских показаний направление пациентов на стационарное лечение в отделения стоматологическое и (или) челюстно-лицевой хирургии многопрофильной больницы, а также в специализированные медицинские организации;
- внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний челюстно-лицевой области;
- изготовление зубных протезов, челюстно-лицевых протезов и ортодонтических аппаратов;
- проведение санитарно-гигиенического обучения населения, в том числе с привлечением среднего медицинского персонала (гигиенист стоматологический);
- ведение утвержденных форм учетной и отчетной медицинской документации и представление отчетов о своей деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации.

**Штатные нормативы персонала в медицинских организациях
стоматологического профиля**

Приложение № 2 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях, утвержденному приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 г. № 786н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях».

**Рекомендуемые штатные нормативы стоматологического отделения
(кабинета, лаборатории)**

№	Наименование должностей	Количество должностей
1.	Заведующий стоматологическим отделением-врач-специалист	1 на 8 должностей врачей-стоматологов всех специальностей
2.	Заведующий ортопедическим отделением, заведующий ортодонтическим отделением-врач-специалист	1 при наличии не менее 4-х должностей врачей-стоматологов-ортопедов и (или) врачей-ортодонтонтов
3.	Заведующий стоматологическим кабинетом (разных профилей) - врач-специалист	0,5 на кабинет при наличии не менее 2-х должностей врачей стоматологического профиля
4.	Заведующий производством учреждений (отделов, отделений, лабораторий) зубопротезирования	1 (для лабораторий, в штате которых предусмотрено не менее 10 должностей зубных техников)
5.	Старшая медицинская сестра	1 на 1 должность заведующего отделением, 0,5 на кабинет при наличии не менее 2-х должностей врачей стоматологического профиля
6.	Старший зубной техник	1 вместо должности зубного техника (для поликлиник, в которых предусмотрено не менее 15 должностей зубных техников, а также на каждые 10 должностей зубных техников, свыше 15 должностей зубных техников)
7.	Врач-стоматолог (врач-стоматолог-терапевт, зубной врач)	5 на 10 000 человек взрослого населения
8.	Врач-стоматолог-хирург	1,5 на 10 000 человек взрослого населения
9.	Врач-стоматолог-ортопед	1,5 на 10 000 человек взрослого городского населения;

	0,7 на 10 000 человек взрослого сельского населения;
	0,8 на 10 000 человек взрослого населения других населенных пунктов
10. Врач-ортодонт	1 на 10 000 человек взрослого городского населения;
	0,5 на 10 000 человек взрослого населения других населенных пунктов
11. Врач-анестезиолог-реаниматолог	0,25 на 10 000 человек взрослого городского населения;
	0,12 на 10 000 человек взрослого населения других населенных пунктов
12. Врач-рентгенолог	1 на 15 000 рентгеновских снимков в год
13. Медицинская сестра	1 на 1 должность врача стоматолога-хирурга
	1 на 2 должности других врачей стоматологического профиля
14. Гигиенист стоматологический	1 на 6 должностей врача стоматологического профиля в отделении,
	0,5 на кабинет при наличии не менее 2-х должностей врачей стоматологического профиля
15. Медицинская сестра-анестезист	1,5 на 1 должность врача-анестезиолога-реаниматолога
16. Зубной техник	2,5 на 1 должность врача-стоматолога-ортопеда;
	2 на должность врача-ортодонта
17. Рентгенолаборант	1 в смену
18. Медицинская сестра по физиотерапии	1 на 15 000 условных процедурных единиц в год
19. Медицинский статистик	1 на 20 должностей врача стоматологического профиля
20. Медицинский регистратор	1 на 6 должностей врача-специалиста
21. Сестра-хозяйка	1 на отделение
22. Санитарка	1 на:
	1 должность врача-стоматолога хирурга;
	2 должности врача-стоматолога других специальностей;
	2 должности врача-стоматолога-ортопеда и врача ортодонта;
	2 должности медицинских сестер

отделения физиотерапии; регистратуру;
20 должностей зубных техников

Учетная медицинская документация в стоматологии и правила ее ведения
Медицинская карта стоматологического больного
(учетная форма № 043/у)

Медицинская карта стоматологического больного заполняется при первичном обращении больного в поликлинику: паспортные данные — медицинской сестрой в кабинете первичного врачебного осмотра или регистратором.

Диагноз и все последующие разделы карты заполняются непосредственно лечащим врачом соответствующего профиля.

В строке «диагноз» на титульном листе карты лечащим врачом проставляется окончательный диагноз после окончания обследования больного, производства необходимых клинико-лабораторных исследований и их анализа. Допускается последующее уточнение диагноза, расширение или даже изменение его с обязательным указанием даты. Диагноз должен быть развернутым, описательным и только по заболеваниям зубов и полости рта.

Под зубной формулой вписываются дополнительные данные относительно зубов, костных тканей альвеолярных отростков (изменение их формы, положения и т. д. и т. п.), прикуса.

В раздел «лабораторные исследования» вносят результаты примененных дополнительных необходимых исследований, проведенных по показаниям для уточнения диагноза.

Записи повторных обращений пациента с данным заболеванием, а также в случае обращений с новыми заболеваниями производятся в дневнике карты.

Завершает ее «эпикриз» (краткое описание результатов лечения) и предлагаемые лечащим врачом практические рекомендации (наставления).

В стоматологической поликлинике, отделении или кабинете на больного заводится только одна медицинская карта, в которой производятся записи всеми врачами-стоматологами, к которым больной обращался. При обращении к другому специалисту, например, врачу стоматологу-ортопеду или ортодонту может возникнуть необходимость внесения изменений в диагноз, дополнений в зубную формулу, в описание стоматологического статуса, общесоматических данных, а также запись всех этапов лечения со своим самостоятельным исходом и наставлениями. С этой целью необходимо брать вкладыш с вписанным тем же номером карты и прикрепить к уже ранее заведенной.

При повторных обращениях к специалистам любого профиля через год-два необходимо вновь взять вкладыш (первый лист медицинской карты), отразив в нем весь статус. Сравнение этих данных с предыдущими позволит сделать заключение о динамике или стабилизации патологических состояний.

Медицинская карта стоматологического больного, как юридический документ, в течение 5 лет после последнего посещения больного хранится в регистратуре, после чего сдается в архив.

Медицинская карта № 043/у содержит три основных раздела.

Первый раздел — паспортная часть. Он включает в себя:

номер карты; дату ее оформления; фамилию, имя и отчество пациента; возраст пациента; пол пациента; адрес (место регистрации и место постоянного проживания); профессию;

диагноз при первичном обращении;

сведения о перенесенных и сопутствующих заболеваниях;

сведения о развитии настоящего (ставшего поводом первичного обращения) заболевания.

Этот раздел может быть дополнен паспортными данными (серия, номер, дата и место выдачи) для лиц старше 14 лет, и данными свидетельства о рождении для лиц, не достигших 14-летнего возраста.

Второй раздел — данные объективного исследования. Он содержит:

данные внешнего осмотра;

данные осмотра полости рта и таблицу состояния зубов, заполненную с использованием официально принятых сокращений (отсутствует — О, корень — R, кариес — С, пульпит — Р, периодонтит — Рt, пломбированный — П, пародонтоз — А, подвижность — I, II, III (степень), коронка — К, искусственный зуб — И);

описание прикуса;

описание состояния слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и неба;

данные рентгеновских и лабораторных исследований.

Третий раздел — общая часть. Он состоит из:

плана обследования;

плана лечения;

особенностей лечения;

записей консультаций, консилиумов;

уточненных формулировок клинических диагнозов и т.п.

Сведения, содержащиеся в медицинской карте пациента, имеют существенное юридическое значение для выяснения обстоятельств оказания стоматологических услуг и оценки их качества. Поэтому записи, сделанные в медицинской карте, представляют собой ценную информацию, которая может послужить одним из основных доказательств по делам, связанным с оказанием медицинской помощи. Несмотря на очевидное юридическое значение первичных медицинских документов, многие врачи небрежно относятся к ведению амбулаторных карт, что впоследствии нередко приводит к различным организационным и клиническим проблемам. К числу типичных ошибок, допускаемых при ведении амбулаторных карт в стоматологической практике, относятся следующие:

- небрежное заполнение паспортной части, вследствие чего в последующем пациента трудно найти, чтобы пригласить на повторный осмотр для изучения отдаленных результатов;

- недопустимая краткость, использование непринятых сокращений в записях, что может стать причиной различных ошибок, вплоть до оказания неадекватной помощи;

- несвоевременная запись о выполненных медицинских вмешательствах (некоторые врачи делают запись о лечебных мероприятиях не в тот день, когда они проведены, а в дни последующих посещений), что может повлечь дополнительные ошибки, особенно когда пациента принимает другой врач, которому из амбулаторной карты сложно понять объем и характер помощи на предыдущих этапах лечения; по этой причине иногда проводятся излишние (и даже ошибочные) манипуляции;

- отсутствие по вине медицинского работника в амбулаторной карте результатов обследования пациента (анализы, данные рентгенологического обследования и др.), из-за чего приходится повторно подвергать его излишним - и притом не всегда приятным - манипуляциям;

- не заполняется зубная формула, которая является основным источником информации о стоматологическом статусе пациента;

- не отражаются сведения о предыдущих вмешательствах относительно больного зуба;

- не обосновываются применяемые методы лечения;

- не фиксируется момент завершения лечения;

- не отражаются сведения об осложнениях, возникающих при проведении тех или иных методов лечения;

- допускаются исправления, вычеркивания, стирания, приписки, причем это, как правило, делается тогда, когда у пациента возникают осложнения или он вступает в конфликт с врачом.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация
Форма № 043/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. № 1030
наименование учреждения _____

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
стоматологического больного
№ _____ 202 ... г. _____

Фамилия, имя, отчество _____

Пол (М., Ж.) _____ Возраст _____

Адрес _____

Профессия _____

Диагноз _____

Жалобы _____

Перенесенные и сопутствующие заболевания

Развитие настоящего заболевания

Для типографии!
при изготовлении документа
формат А5
Стр. 2 ф. № 043/у

Данные объективного исследования, внешний осмотр

Осмотр полости рта. Состояние зубов

Условные обозначения:

отсутствует -

- 0, корень - R, Кариес - С,

Пульпит - Р, периодонтит - Рт, пломбированный - П,

Пародонтоз - А, подвижность - I, II

III (степень), коронка - К,

искусст. зуб - И

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			

Прикус

Состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и неба

Данные рентгеновских, лабораторных исследований

Стр. 3 ф. № 043/у

Дата	ДНЕВНИК анамнез, статус, диагноз и лечение при обращении с повторными заболеваниями	Фамилия лечащего врача

--	--	--

Результаты лечения (эпикриз)

Наставления

Лечащий врач Заведующий отделением

Стр. 4 ф. № 043/у

Лечение

Дата	ДНЕВНИК анамнез, статус, диагноз и лечение при обращении с повторными заболеваниями	Фамилия лечащего врача

Стр. 5 ф. № 043/у

План обследования	План лечения	Консультации

и т.д. до конца страницы

Листок ежедневного учета врача-стоматолога (учетная форма № 037 /у)

"Листок ежедневного учета работы врача - стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета" ежедневно заполняется врачами - стоматологами и зубными врачами, ведущими амбулаторный терапевтический, хирургический и смешанный прием в лечебно-профилактических учреждениях всех типов, оказывающих стоматологическую помощь взрослым, подросткам и детям.

"Листок" служит для учета работы, проводимой врачами - стоматологами и зубными врачами за один день.

На основании данных "Листка" заполняется "Сводная ведомость". Контроль за правильностью заполнения "Листка" и перевода его данных в "Сводную ведомость" осуществляет руководитель, которому непосредственно подчинен врач.

При проведении контроля за правильностью ведения "Листка" руководитель сопоставляет записи дневника с медицинской картой стоматологического больного (ф. N 043/у).

Врач также может проверить правильность учета работы (объем работы, число единиц трудоемкости и пр.), сопоставив записи в "Листке" с данными "Сводной ведомости".

**Сводная ведомость учета работы врача-стоматолога (зубного врача)
стоматологической поликлиники, отделения, кабинета
(учетная форма № 039-2/у-88)**

"Сводная ведомость" составляется медицинским статистиком или сотрудником, назначенным руководителем учреждения. "Сводная ведомость" ежедневно заполняется на основании разработки по данным "Листка" работы врача (ф. N 037/у-88). В конце месяца в "Сводной ведомости" каждого врача подводится итог. На основании данных "Сводных ведомостей", полученных по итогам работы всех врачей стоматологического профиля за 12 месяцев, осуществляется заполнение табл. 7 отчетной формы N 1.

После заполнения "Сводной ведомости" по всем дням месяца подводится итог по каждой графе.

В стоматологических поликлиниках, отделениях, кабинетах, оказывающих помощь только взрослому населению или только детскому, данные по работе врача заполняются в одну "Сводную ведомость", т.к. в этих случаях исключается необходимость дифференциации приема взрослых или детей.

В стоматологических поликлиниках, отделениях, кабинетах, оказывающих помощь и взрослому, и детскому населению, на каждого врача ведется две "Сводные ведомости". В одной ведомости фиксируются общие данные, в другой - данные о детях.

**Журнал учета профилактических осмотров полости рта
(учетная форма № 049-у)**

Журнал служит для регистрации профилактических осмотров полости рта всех возрастных профессиональных групп населения, преимущественно декретированных, диспансерных групп, а также организованного детского населения (дошкольников и школьников). Является основным учетным документом, в котором регистрируется проводимая врачами-стоматологами и зубными врачами профилактическая работа среди населения.

Журнал заполняется в лечебно-профилактических учреждениях всех профилей, в том числе в стоматологических кабинетах школ и промпредприятий, здравпунктов.

Рабочая часть журнала состоит из 7 граф, по каждой строке против фамилии осмотренного отмечаются условными обозначениями (словом «да» или значком «+») здоровые лица, не нуждающиеся в санации, и ранее санированные.

В графе «нуждаются в санации» указывается объем предстоящей работы, для чего используется зубная формула и условные обозначения. В графе «санировано» отмечаются лица, которым полностью закончена санация с указанием количества наложенных пломб (оно должно быть не менее, чем число пораженных зубов, показанное в предыдущей графе).

На основании записей в журнале заполняются соответствующие графы ф. № 039-2/у «Дневник учета работы врача-стоматолога».

**Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога-ортопеда
(учетная форма № 037-1/у)**

Листок ежедневного учета работы врача стоматолога-ортопеда является основным первичным документом, отражающим загруженность одного рабочего дня контингентом больных и объемом лечебно-профилактических мероприятий.

Используется для заполнения дневника учета работы врача стоматолога-ортопеда (форма № 039-4/у).

Для получения суммарных данных за рабочий день сведения с листка в конце рабочего дня вносятся врачом в дневник (учетная форма № 039-4/у) соответствующего календарного числа, месяца.

Заполняется во всех стоматологических ортопедических учреждениях (отделениях) бюджетных и хозрасчетных.

Дневник учета работы врача стоматолога-ортопеда (учетная форма № 039-4/у)

Дневник предназначен для учета лечебно-профилактической работы врача-стоматолога ортопеда за один рабочий день и в сумме за месяц.

Основным первичным медицинским документом, служащим для заполнения граф дневника, является Листок ежедневного учета работы врача стоматолога-ортопеда (ф. № 037-1/у).

Медицинская карта ортодонтического больного (учетная форма № 043-1/у)

Учетная форма N 043-1/у "Медицинская карта ортодонтического пациента" (далее - Карта) заполняется врачом медицинской организации (иной организации), оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Карта заполняется на каждого впервые обратившегося пациента(ку).

Титульный лист Карты заполняется в регистратуре медицинской организации при первом обращении пациента. На титульном листе Карты указываются данные медицинской организации в соответствии с учредительными документами, указывается номер Карты - индивидуальный номер учета Карт, установленный медицинской организацией.

В Карте отмечаются характер течения заболевания, диагностические и лечебные мероприятия, проводимые лечащим врачом, записанные в их последовательности.

Карта заполняется на каждое посещение пациента(ки).

Записи производятся на русском языке, аккуратно, без сокращений, все необходимые в Карте исправления делаются незамедлительно, подтверждаются подписью врача, заполняющего Карту. Допускается запись названий лекарственных препаратов для медицинского применения на латинском языке.

Дневник учета работы врача стоматолога-ортодонта (учетная форма № 039-3/у)

Дневник предназначен для учета работы врача-стоматолога-ортодонта, ведущего амбулаторный прием в бюджетных и хозрасчетных учреждениях, обслуживающих взрослых и детей.

Дневник заполняется ежедневно каждым врачом-ортодонтом на основании записей в медицинской карте стоматологического больного ф. № 043/у и служит для получения данных за день и в сумме за месяц работы.

Информированное добровольное согласия на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства

В соответствии с приказом МЗ РФ от 12.11.2021 г. № 1051н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства», который вступает в силу с 01.03.2022 года, утвержден порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.

1. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н* (далее соответственно - информированное добровольное согласие, виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), и отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень (далее - отказ от

медицинского вмешательства), дается гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении лиц.

2. Информированное добровольное согласие дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 5 статьи 47 и частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (далее - Федеральный закон № 323-ФЗ)¹², или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

2) несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством РФ случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста)

3. Информированное добровольное согласие оформляется после выбора медицинской организации и врача при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи.

4. Перед оформлением информированного добровольного согласия лечащим врачом либо иным медицинским работником гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, предоставляется в доступной для него форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

5. При отказе от медицинского вмешательства в отношении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

6. Информированное добровольное согласие оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной приложением № 2 к настоящему приказу, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, медицинским работником либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации (далее - ЕСИА), а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи, и включается в медицинскую документацию пациента.

7. Гражданин или его законный представитель, при оформлении информированного добровольного согласия вправе определить лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья, в том числе после его смерти.

8. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения (в том числе в случае, если было оформлено информированное добровольное согласие), за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона № 323-ФЗ.

9. Отказ от медицинского вмешательства оформляется в виде документа на бумажном носителе подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, медицинским работником либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения ЕСИА, а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи, и включается в медицинскую документацию пациента.

10. Информированное добровольное согласие и (или) отказ от медицинского вмешательства одного из родителей или иного законного представителя лица, могут быть сформированы в форме электронного документа при наличии в медицинской документации пациента сведений о его законном представителе.

Информированное добровольное согласие и (или) отказ от медицинского вмешательства в форме электронного документа формируются с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов РФ, медицинских информационных систем медицинских организаций, иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг.

Информированное добровольное согласие и (или) отказ от медицинского вмешательства в форме электронного документа подписываются гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, с использованием простой электронной подписи посредством применения ЕСИА при условии, что при выдаче ключа простой электронной подписи его личность установлена при личном приеме либо с помощью подтверждения сведений, представленных заявителем путем использования индивидуальных средств коммуникации заявителя.

Приложение № 2
Утверждено
приказом Министерства здравоохранения РФ
№ 1051н от 12 ноября 2021 года

Форма

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в _____

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его
законного представителя, телефон)
(подпись)
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
«__» _____ г.
(дата оформления)

Приложение № 3
Утверждено
приказом Министерства здравоохранения РФ
№ 1051н от 12 ноября 2021 года

Форма

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ «__» _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо
законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
в отношении _____ «__» _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при
подписании отказа законным представителем)
при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной
помощи в _____
(полное наименование медицинской организации)
отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в
Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые
граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и
медицинской организации для получения первичной медико-санитарной
помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и
социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н:

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от
вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность
развития _____ осложнений _____ заболевания _____ (состояния)

_____ (указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного
(вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе
вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении
одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении

которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

«__»_____ Г.

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
(дата оформления)

Согласие на обработку персональных данных

Оно оформляется в соответствии с Федеральным законом от 30.12.2020 г. № 519-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О персональных данных», а также Федеральным законом от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" (с изменениями и дополнениями)

1) **персональные данные** - любая информация, относящаяся к прямо или косвенно определенному или определяемому физическому лицу (субъекту персональных данных);

1.1) **персональные данные, разрешенные субъектом персональных данных для распространения**, - персональные данные, доступ неограниченного круга лиц к которым предоставлен субъектом персональных данных путем дачи согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения в порядке, предусмотренном настоящим Федеральным законом;

2) **оператор** - государственный орган, муниципальный орган, юридическое или физическое лицо, самостоятельно или совместно с другими лицами организующие и (или) осуществляющие обработку персональных данных, а также определяющие цели обработки персональных данных, состав персональных данных, подлежащих обработке, действия (операции), совершаемые с персональными данными;

3) **обработка персональных данных** - любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных;

4) **автоматизированная обработка персональных данных** - обработка персональных данных с помощью средств вычислительной техники;

5) **распространение персональных данных** - действия, направленные на раскрытие персональных данных неопределенному кругу лиц;

6) **предоставление персональных данных** - действия, направленные на раскрытие персональных данных определенному лицу или определенному кругу лиц;

7) **блокирование персональных данных** - временное прекращение обработки персональных данных (за исключением случаев, если обработка необходима для уточнения персональных данных);

8) **уничтожение персональных данных** - действия, в результате которых становится невозможным восстановить содержание персональных данных в информационной системе персональных данных и (или) в результате которых уничтожаются материальные носители персональных данных;

9) **обезличивание персональных данных** - действия, в результате которых становится невозможным без использования дополнительной информации определить принадлежность персональных данных конкретному субъекту персональных данных;

10) **информационная система персональных данных** - совокупность содержащихся в базах данных персональных данных и обеспечивающих их обработку информационных технологий и технических средств;

11) **трансграничная передача персональных данных** - передача персональных данных на территорию иностранного государства органу власти иностранного государства, иностранному физическому лицу или иностранному юридическому лицу.

Субъект персональных данных принимает решение о предоставлении его персональных данных и дает согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе. Согласие на обработку персональных данных должно быть конкретным, информированным и сознательным. Согласие на обработку персональных данных может быть дано субъектом персональных данных или его представителем в любой позволяющей подтвердить факт его получения форме, если иное не установлено федеральным законом. В случае получения согласия на обработку персональных данных от представителя субъекта персональных данных полномочия данного представителя на дачу согласия от имени субъекта персональных данных проверяются оператором.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных. В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 настоящего Федерального закона.

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ "О

персональных данных", зарегистрирован _____ по адресу: _____,

документ, удостоверяющий личность: _____,

(наименование документа, №, сведения о дате выдачи документа и выдавшем

его органе) зарегистрирован _____ по адресу: _____,

документ, удостоверяющий личность: _____,

(наименование документа, N,

сведения о дате выдачи документа

и выдавшем его органе)

в целях _____

(указать цель обработки данных)

даю согласие _____,

(указать наименование или Ф.И.О. оператора, получающего согласие

субъекта персональных данных)

находящемуся по адресу: _____,

(Вариант: _____,

(указать наименование или Ф.И.О. лица, осуществляющего обработку

персональных данных по поручению оператора, если обработка

будет поручена такому лицу)
находящемуся по адресу: _____,))
на обработку моих персональных данных, а именно: _____

(указать перечень персональных данных, на обработку которых
дается согласие субъекта персональных данных)
то есть на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3
Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ "О персональных данных".
Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в
письменной форме.

" ____ " _____ Г.
Субъект персональных данных:

(подпись) (Ф.И.О.)

Соблюдение врачебной тайны

Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны
здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями от 02.07.2021 г. и от
ред. от 08.03.2022). Глава 2. Основные принципы охраны здоровья. Статья 13 Соблюдение врачебной
тайны

Статья 13. Соблюдение врачебной тайны

1. Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.
2. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных частями 3 и 4 настоящей статьи.
3. Разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях допускается с письменного согласия гражданина или его законного представителя. Согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, может быть выражено также в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство.
- 3.1. После смерти гражданина допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, супругу (супруге), близким родственникам (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам) либо иным лицам, указанным гражданином или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном

добровольном согласии на медицинское вмешательство, по их запросу, если гражданин или его законный представитель не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну.

4. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

1) в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю, с учетом положений пункта 1 части 9 статьи 20 настоящего Федерального закона;

2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

3) по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органов прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно, а также в связи с исполнением осужденным обязанности пройти лечение от наркомании и медицинскую и (или) социальную реабилитацию;

3.1) в целях осуществления уполномоченными федеральными органами исполнительной власти контроля за исполнением лицами, признанными больными наркоманией либо потребляющими наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо новые потенциально опасные психоактивные вещества, возложенной на них при назначении административного наказания судом обязанности пройти лечение от наркомании, диагностику, профилактические мероприятия и (или) медицинскую реабилитацию;

4) в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему в соответствии с пунктом 2 части 2 статьи 20 настоящего Федерального закона, а также несовершеннолетнему, не достигшему возраста, установленного частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, для информирования одного из его родителей или иного законного представителя;

5) в целях информирования органов внутренних дел:

а) о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;

б) о поступлении пациента, который по состоянию здоровья, возрасту или иным причинам не может сообщить данные о своей личности;

в) о смерти пациента, личность которого не установлена;

б) в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти и федеральных государственных органов, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;

- 7) в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, а также несчастного случая с обучающимся во время пребывания в организации, осуществляющей образовательную деятельность, и в соответствии с частью 6 статьи 34.1 Федерального закона от 4 декабря 2007 года N 329-ФЗ "О физической культуре и спорте в Российской Федерации" несчастного случая с лицом, проходящим спортивную подготовку и не состоящим в трудовых отношениях с физкультурно-спортивной организацией, не осуществляющей спортивной подготовки и являющейся заказчиком услуг по спортивной подготовке, во время прохождения таким лицом спортивной подготовки в организации, осуществляющей спортивную подготовку, в том числе во время его участия в спортивных соревнованиях, предусмотренных реализуемыми программами спортивной подготовки;
- 8) при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных;
- 9) в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования;
- 10) в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Формирование листка нетрудоспособности при протезировании

В соответствии с приказом Минздрава России от 23.11.2021 № 1089н «Об утверждении Условий и порядка формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листков нетрудоспособности в форме документа на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством Российской Федерации» гражданам, направленным медицинской организацией на протезирование в стационарных условиях, формируется листок нетрудоспособности этой организацией на время проезда к месту протезирования. Сформированный листок нетрудоспособности продлевается медицинским работником медицинской организации, осуществляющей протезирование, на весь период протезирования и время проезда к месту регистрации по месту жительства или по месту пребывания или временного проживания (по выбору гражданина).

Статистический анализ деятельности стоматологических организаций

Стоматологическая заболеваемость

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

научного познания и практической деятельности учреждений здравоохранения заболеваемость представляет собой сложную систему взаимосвязанных понятий.

Однако сведения о заболеваемости населения отражаются в нескольких статистических формах, которые имеют свои особенности заполнения, и не всегда сопоставимы по возрастным группам, полу и другим параметрам.

Для изучения стоматологической заболеваемости обычно используют два основных показателя: распространенность стоматологических заболеваний и интенсивность поражения, которые характеризуют количественные признаки заболеваний зубов и десен. Стоматологические индексы, полученные в результате эпидемиологического обследования, используют для характеристики здоровья полости рта. Динамические стоматологические обследования позволяют оценить прирост интенсивности заболеваний («истинная» заболеваемость), влияние на них различных факторов.

Для исследования стоматологической заболеваемости целесообразно выделять следующие возрастные группы:

1) 6 - летний возраст – определение пораженности кариесом молочных зубов.

2) 12 - летний возраст – определение количества леченных первых постоянных моляров, раннее поражение кариесом

3) 15 - летний возраст – определение интенсивности кариеса в постоянных зубах

4) 35 - 44 года – определение распространенности, интенсивности кариеса, заболеваний пародонта постоянных зубов.

5) 65 - 74 года – определение степени адентии, определение степени нуждаемости в протезировании.

Оценка пораженности зубов кариесом

ВОЗ рекомендует для оценки пораженности зубов кариесом использовать три основных показателя:

1. Распространённость заболевания. Это индекс, определяющимся процентом лиц, имеющих кариозные, пломбированные и удалённые зубы в том или ином населённом пункте, районе, городе, области. Распространенность кариеса менее 30% считается низкой; от 31% до 80% средней; от 81 и выше - высокой.

2. Интенсивность поражения зубов кариесом – среднее число зубов, пораженных кариесом и его осложнениями (К), запломбированных (П) и удаленных (У). Общее число таких зубов определяется как индекс КПУ; для детей с временным или молочным прикусом - кп (к - кариозный, п - пломбированный); для детей со сменным прикусом - КПУ+кп. Что бы облегчить сравнительную оценку заболеваемости кариесом на разных контингентах мира, ВОЗ предложила выделять 5 степеней поражённости в зависимости от КПУ у детей 12 лет:

1) очень низкая - от 0 до 1,1;

2) низкая - 1,2 - 2,6;

- 3) умеренная - 2,7 - 4,4;
- 4) высокая - 4,5 - 6,5;
- 5) очень высокая - 6,6 и выше.

У взрослых 35-44 г.:

- 1) очень низкая - 0,2 - 1,5;
- 2) низкая - 1,6 - 6,2;
- 3) умеренная - 6,3 - 12,7;
- 4) высокая - 12,8 - 16,2;
- 5) очень высокая - 16,3 и выше.

Для получения достоверных данных при определении распространённости интенсивности кариеса зубов должны осматриваться группы населения с учётом возраста и пола, климатогеографических и социально-экономических условий. Обычно обследуются дети в возрасте 5-6 лет, 12 лет, 15 лет, взрослые 35-44 и 65 лет. Наиболее показательными возрастными группами населения являются 12- и 15 - летние дети.

3. Прирост интенсивности или заболеваемости. Определяется у одного и того же лица или контингента через определённый срок (1, 3, 5, 10 лет). Различие в значении показателя между первым и вторым осмотрами и составляет прирост интенсивности кариеса.

При массовых стоматологических обследованиях детей, а так же взрослого населения при условии деления на возрастные группы применяется уровень стоматологической помощи (индекс УПС). Это групповой индекс. Он применяется ВОЗ и выражается в процентах. При стоматологическом обследовании регистрируется кариес, пломбированные и удаленные зубы (КПУ); определяется какое количество зубов из числа удаленных восстановлено протезами:

$$\text{УСП} = 100\% - (100 \times [K + A] / (\text{КПУ}))$$

где, К - среднее количество не леченных кариозных поражений, включая кариес пломбированного зуба;

А - среднее количество удаленных зубов, не восстановленных протезами.

В зависимости от УСП определяют четыре уровня стоматологической помощи:

- УСП менее 10% - плохой
- УСП 10 - 49% - недостаточный
- УСП 50 - 74% - удовлетворительный
- УСП 75% и более – хороший

Оценка заболеваний пародонта.

1. Распространенность болезней пародонта, характеризуется числом лиц имеющих заболевание пародонта, среди всех обследуемых того или иного населенного пункта, региона, возраста, профессиональной группы. Этот показатель вычисляется в процентах. При этом распространенность менее 20% считается низкой, от 21% до 50% - средней; от 51 и более - высокой.

2. Индексная оценка состояния тканей пародонта. Индексы делятся на обратимые, необратимые и сложные. При помощи индексов дается объективная

оценка состояния тканей пародонта. Пародонтальные индексы позволяют контролировать динамику заболевания в течение длительного времени, оценивать глубину и распространенность патологического процесса, сопоставлять эффективность различных методов лечения, производить математическую обработку получаемых результатов.

Для изучения распространенности и интенсивности поражения тканей пародонта широко используется пародонтальный индекс Рассела. Состояние пародонта у каждого зуба оценивают по шкале от 0 до 8, принимая во внимание степень воспаления десны, подвижность зуба, глубину пародонтального канала. Все баллы складываются и делят на число имеющихся зубов.

Состояние тканей пародонта изучают с помощью индекса гингивита или папиллярно - маргинально - альвеолярного индекса (ПМА).

Для оценки состояния десны и зубодесневого кармана используется комплексный периодонтальный индекс (КПИ).

В настоящее время для эпидемиологических исследований ВОЗ рекомендует индекс нуждаемости в лечении пародонта (SPITN), который позволяет определить более точную лечебную тактику.

Учет заболеваемости ведется практически всеми медицинскими учреждениями. Анализ заболеваемости необходим для выработки управленческих решений как на федеральном, так на региональном и муниципальном уровнях управления системой здравоохранения. Только на ее основе возможно правильное планирование и прогнозирование развития сети учреждений здравоохранения, оценка потребности в различных видах ресурсов. Показатели заболеваемости служат одним из критериев оценки качества работы медицинских учреждений, системы здравоохранения в целом. Как объект научного познания и практической деятельности учреждений здравоохранения заболеваемость представляет собой сложную систему взаимосвязанных понятий.

Однако сведения о заболеваемости населения отражаются в нескольких статистических формах, которые имеют свои особенности заполнения, и не всегда сопоставимы по возрастным группам, полу и другим параметрам.

Анализ деятельности стоматологических организаций

Для анализа деятельности стоматологических организаций используют как общие для всех ЛПУ показатели (показатели укомплектованности медицинским персоналом, использования коечного фонда и т.д.), так и специальные показатели, характерные лишь для организаций стоматологического профиля

Специальные отчетные формы по стоматологии отсутствуют, данные входят в виде различных таблиц в ф. 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» и др. формы.

Показатели деятельности стоматологических организаций можно объединить в четыре группы:

- удовлетворенность населения стоматологической помощью;
- нагрузка персонала;
- качество стоматологической помощи;
- диспансеризация больных стоматологического профиля.

Особенностью статистики стоматологической помощи является ее учет как в посещениях, так и в условных единицах трудоемкости (УЕТ).

Показатели удовлетворенности населения стоматологической помощью включают:

- обеспеченность населения стоматологической помощью;
- обеспеченность населения врачами-стоматологами (зубными врачами);
- обеспеченность населения стоматологическими койками.

Показатель обеспеченности населения стоматологической помощью характеризует доступность и степень удовлетворения потребности населения в стоматологической помощи. Рассчитывают по формуле (‰):

$$\text{*Обеспеченность населения стоматологической помощью} = \frac{\text{Число посещений стоматологов и зубных врачей}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

**Примечание: показатель может рассчитываться отдельно для детского (до 17 лет включительно) и взрослого населения.*

Показатель обеспеченности населения врачами-стоматологами (зубными врачами) является одной из характеристик ресурсного обеспечения, которое необходимо для реализации потребности населения в стоматологической помощи. Рассчитывают по формуле(‰):

$$\text{Обеспеченность населения врачами-стоматологами (зубными врачами)} = \frac{\text{Число врачей-стоматологов (зубных врачей) лечебного профиля на взрослом (детском) приеме}}{\text{Среднегодовая численность взрослого (детского) населения}} \times 10000$$

Показатель обеспеченности населения врачами-стоматологами в 2014 году составлял (на 10000):

- всеми врачами-стоматологами – 2,94;
- стоматологами-терапевтами – 1,21;
- стоматологами-хирургами – 0,31;
- челюстно-лицевыми хирургами – 0,07;
- детскими стоматологами – 1,64;
- стоматологами общей практики – 0,55;
- ортодонтами – 0,12;
- стоматологами-ортопедами – 0,46.

Показатель обеспеченности населения стоматологическими койками служит характеристикой удовлетворения потребности населения в узкоспециализированных видах стоматологической помощи. Рассчитывают по формуле(‰):

$$\text{Обеспеченность населения стоматологическими койками} = \frac{\text{Число больничных коек стоматологического профиля}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 10\,000$$

Значение этого показателя в Российской Федерации в 2014 г. составило: койками челюстно-лицевой хирургии 0,32, стоматологическими для детей – 0,27 на 10 тыс.

Показатели нагрузки персонала. Нагрузку персонала стоматологических организаций оценивают следующими показателями:

- среднее число посещений в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача);
- среднее число санаций в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача);
- среднее число вылеченных зубов в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача);
- среднее число удаленных зубов в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача).

Показатель среднего числа посещений в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача) используют для оперативного ежедневного анализа нагрузки врача-стоматолога (зубного врача). Рассчитывают отдельно для детского и взрослого населения по формуле:

$$\frac{\text{Среднее число посещений в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача)}}{1} = \frac{\text{Число посещений врача-стоматолога (зубного врача) за отчетный период}}{\text{Число рабочих дней за отчетный период}}$$

Рекомендуемое значение этого показателя составляет для детского населения 10, для взрослого – 12 посещений в день.

Показатель среднего числа санаций в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача) является характеристикой полного оздоровления полости рта врачом-стоматологом или зубным врачом. Рассчитывают по формуле:

$$\frac{\text{Среднее число санаций в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача)}}{1} = \frac{\text{Число санаций полости рта за отчетный период}}{\text{Число рабочих дней за отчетный период}}$$

Рекомендуемое значение этого показателя 2-3 санации в день.

Показатель среднего числа вылеченных зубов в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача) характеризует нагрузку на смешанном стоматологическом приеме. Рассчитывают по формуле:

$$\frac{\text{Среднее число вылеченных зубов в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача)}}{1} = \frac{\text{Число вылеченных зубов за отчетный период}}{\text{Число рабочих дней за отчетный период}}$$

Рекомендуемое значение этого показателя 7-8 вылеченных зубов в день.

Показатель среднего числа удаленных зубов в день на 1 врача-стоматолога также является характеристикой нагрузки на смешанном стоматологическом приеме. Рассчитывают по формуле:

$$\frac{\text{Среднее число удаленных зубов в день на 1 врача-стоматолога}}{1} = \frac{\text{Число удаленных зубов (временного и постоянного прикуса) за отчетный период}}{\text{Число рабочих дней за отчетный период}}$$

Рекомендуемое значение этого показателя 2-3 удаленных зуба в день.

Два последних показателя используются также для расчета показателя, характеризующего качество стоматологической помощи – отношение числа вылеченных зубов к удаленным.

Показатели качества стоматологической помощи являются главным результатом деятельности стоматологических организаций. Наибольшую значимость среди них имеют следующие:

- отношение числа вылеченных зубов к удаленным;
- удельный вес осложненного кариеса;
- удельный вес осложнений после удаления зубов;
- частота случаев удаления постоянных зубов у детей.

Показатель отношения числа вылеченных зубов к удаленным характеризует уровень санитарной культуры населения, внедрения современных медицинских технологий и имеет специфические особенности для детского и взрослого населения. Рассчитывают по формуле:

$$\frac{\text{*Отношение числа вылеченных зубов к удаленным}}{1} = \frac{\text{Число вылеченных зубов}}{\text{Общее число удаленных зубов – число удаленных по смене прикуса}}$$

**Примечание: показатель может рассчитываться отдельно для детского (до 17 лет включительно) и взрослого населения.*

Рекомендуемое значение этого показателя для детского населения 800:1 (для постоянных зубов), взрослого населения – 3:1.

Показатель удельного веса осложненного кариеса характеризует уровень санитарной культуры населения, доступность стоматологической помощи, квалификацию специалистов и обеспеченность стоматологических организаций необходимыми материальными ресурсами. Рассчитывают по формуле (%):

$$\text{Удельный вес осложненного кариеса} = \frac{\text{Число вылеченных зубов по поводу пульпита, периодонтита}}{\text{Общее число вылеченных зубов}} \times 100$$

Значение этого показателя не должно превышать 15%.

Показатель удельного веса осложнений после удаления зубов характеризует уровень профессиональной подготовки врачей-стоматологов (зубных врачей), обеспеченность стоматологических организаций необходимыми лекарственными средствами и расходными материалами. Рассчитывают по формуле (%):

$$\text{Удельный вес осложнений после удаления зубов} = \frac{\text{Число осложнений после удаления зубов}}{\text{Общее число удаленных зубов}} \times 100$$

Допустимое максимальное значение этого показателя 1,0%.

Показатель частоты случаев удаления постоянных зубов у детей характеризует качество организации профилактической работы, полноты и своевременности санации полости рта у детского населения. Рассчитывают по формуле (%):

$$\text{Частота случаев удаления постоянных зубов у детей} = \frac{\text{Число удаленных постоянных зубов}}{\text{Общее число санированных детей}} \times 1000$$

Допустимое максимальное значение этого показателя 1,5 на 1000 санированных детей.

Показатели диспансеризации больных стоматологического профиля. Диспансеризация больных, нуждающихся в стоматологической помощи, оценивается следующими показателями:

- эффективность диспансеризации;
- доля санированных лиц;
- индекс Коллегова.

Показатель эффективности диспансеризации используют для анализа динамического наблюдения больных, страдающих заболеваниями полости рта. Рассчитывают по формуле (%):

$$\text{Эффективность диспансеризации} = \frac{\text{Число больных, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу болезней полости рта с улучшением состояния (ухудшением, без изменения) на конец отчетного периода}}{\text{Общее число больных, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу данного заболевания на конец отчетного периода}} \times 100$$

Рекомендуемые значения этого показателя для группы диспансерных больных с заболеваниями полости рта: с улучшением состояния – не менее 85%, с ухудшением – не более 15%.

Показатель доли санированных лиц характеризует полноту санации больных с заболеваниями полости рта, выявленных при медицинских осмотрах. Рассчитывают по формуле (%):

$$\text{Доля санированных лиц} = \frac{\text{Число санаций полости рта}}{\text{Общее число лиц, первично обратившихся за стоматологической помощью}} \times 100$$

Рекомендуемое значение этого показателя 100%.

Индекс Коллегова характеризует уровень работы по профилактике и лечению полости рта у детей в организованных коллективах заболеваний.

Индекс Коллегова =	$\frac{\text{Число здоровых, ранее санированных и санированных при медицинских осмотрах детей в организованном коллективе}}{\text{Общее число детей в организованном коллективе}}$
---------------------------	--

Рекомендуемое значение этого показателя 1,0.

Контрольные вопросы

1. Какие основные принципы амбулаторно-поликлинической помощи Вам известны?
2. В каких организационных формах оказывается стоматологическая помощь?
3. Каковы основные задачи стоматологической поликлиники для взрослого населения?
4. Каковы штатные нормативы стоматологических поликлиник для взрослого населения?
5. Каким образом ведется учет труда врачей стоматологов?
6. Какую роль играет регистратура в работе стоматологической поликлиники?
7. Какие основные функции дежурного стоматолога Вам известны?
8. Какие мероприятия относятся к первичному уровню профилактики стоматологических заболеваний?
9. Какие мероприятия относятся к вторичному уровню профилактики стоматологических заболеваний?
10. Какие мероприятия относятся к третичному уровню профилактики стоматологических заболеваний?
11. Перечислите основные формы плановой санации полости рта.
12. Перечислите методы плановой санации полости рта.
13. Что относится к общим показателям деятельности организаций стоматологического профиля?
14. Какие показатели обеспеченности населения стоматологической помощью Вам известны?
15. Какие показатели относятся к показателям укомплектованности стоматологической службы?
16. Какие показатели квалификации медицинского персонала стоматологического профиля Вам известны?
17. Какие основные формы первичной медицинской документации используются в деятельности амбулаторно-поликлинических организациях стоматологического профиля?
18. Какие показатели деятельности амбулаторно-поликлинических организаций стоматологического профиля Вам известны?
19. Какие показатели позволяют оценить нагрузку персонала стоматологических амбулаторно-поликлинических организаций?
20. Какие показатели позволяют оценить качество стоматологической помощи в деятельности стоматологических организаци

ДЕМОГРАФИЯ.

Демография — наука о закономерностях воспроизводства населения, о зависимости его характера от социально-экономических, природных условий, миграции, изучающая численность, территориальное размещение и состав населения, их изменения, причины и следствия этих изменений и дающая рекомендации по их улучшению.

Демографией иногда называют вид практической деятельности по сбору данных, описанию и анализу изменений в численности, составе и воспроизводстве населения.

Демографические исследования служат для разработки демографической политики, планирования трудовых ресурсов и т. д.

На стыке общей демографии (преимущественно экономической) и медицины выделилась смежная научная область — медицинская демография. **Медицинская демография** — это наука, изучающая взаимосвязь воспроизводства населения с медико-социальными факторами и разрабатывающая на этой основе меры медицинского, социального, организационного характера, направленные на обеспечение наиболее благоприятного развития демографических процессов и улучшение здоровья населения.

Статистическое изучение народонаселения ведется в двух основных направлениях:

- 1) статика населения;
- 2) динамика населения.

Статика населения. Важнейшие показатели. Переписи населения.

Статика населения — это данные о численности населения, составе населения по полу, возрасту, социальному положению, профессии, семейному положению, уровню культуры, размещению и плотности населения. Учет

численности и состава населения осуществляется путем периодически проводимых *переписей населения* – каждые 10 лет. Первая всеобщая перепись населения России была проведена в 1897 г.

На протяжении прошлого столетия (XX в.) в нашей стране было проведено 8 переписей населения: 1920, 1926, 1937, 1939, 1959, 1970, 1979, 1989 гг. Последние две переписи проведены в 2002 и 2010 гг. (XXI в.).

Основные черты:

- 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 сведения непосредственно у населения;
- 5) Одномоментность т.е. проведение учета населения на определенный «критический» момент времени;
- 6) централизация, обеспечивающая соблюдение единства программы и метода переписи, выполнение всех работ в установленные сроки;
- 7) обработка данных на ЭВМ;
- 8) сочетание сплошного учета данных с выборочным учетом некоторых признаков.

По данным Всероссийской переписи населения, проведенной по состоянию на 14 октября 2010 года, численность постоянного населения Российской Федерации составила 142,9 млн. человек.

Российская Федерация занимает восьмое место в мире по численности населения после Китая (1335 млн. человек), Индии (1210 млн. человек), США (309 млн. человек), Индонезии (238 млн. человек), Бразилии (191 млн. человек), Пакистана (165 млн. человек) и Бангладеш (147 млн. человек).

По сравнению с переписью населения 2002 г. численность населения уменьшилась на 2,3 млн. человек, в том числе в городских населенных пунктах - на 1,1 млн. человек, в сельской местности - на 1,2 млн. человек (табл. 1).

Таблица 1

	Тысяч человек		2010 г. в %	Среднегодовые темпы сокращения, в %	
	2002 г.	2010 г.		За 2002-2010 гг.	справочно, за 1989-2002 гг.
Все население	145167	142857	98,4	-0,20	-0,09
Городское население	106429	105314	99,0	-0,13	-0,10
Сельское население	38738	37543	96,9	-0,39	-0,06

**Относительные показатели рассчитаны из абсолютных данных до их округления в тысячи или миллионы человек*

В селе убыль населения в три раза больше, чем в городе. С 2002 года число сельских населенных пунктов уменьшилось на 8,5 тыс. Некоторые «исчезнувшие» села просто вошли в состав соседних городов, некоторые опустели из-за того, что жители переехали в города. Больше всего людей (61,0%) в России, как и в 2002 году, проживают в Центральном, Приволжском и Сибирском федеральных округах (табл. 2)

Таблица 2

Численность населения по федеральным округам изменилась следующим образом:

	Все население, млн. человек		В % к итогу	
	2002 г.	2010 г.	2002 г.	2010 г.
Российская Федерация	145,2	142,9	100	100
Центральный федеральный округ	38,0	38,4	26,2	26,9
Северо-Западный федеральный округ	14,0	13,6	9,6	9,5
Южный федеральный округ	14,0	13,9	9,6	9,7
Северо-Кавказский федеральный округ	8,9	9,4	6,2	6,6
Приволжский федеральный округ	31,1	29,9	21,5	20,9
Уральский федеральный округ	12,4	12,1	8,5	8,5
Сибирский федеральный округ	20,1	19,3	13,8	13,5
Дальневосточный федеральный округ	6,7	6,3	4,6	4,4

По данным переписи населения 2010 г. численность женщин превышает численность мужчин на 10,8 млн. человек. В 2002 г. это превышение составляло 10,0 млн. человек (табл. 3).

Таблица 3

	Млн. человек				2010 г. в % к 2002 г.		Доля мужчин в общей численности населения, %	
	мужчины		женщины		Муж чины	женщ ины		
	2002 г.	2010 г.	2002 г.	2010 г.			2000 г.	2010 г.
Все население	67,6	66,1	77,6	76,8	97,7	99,0	46,6	46,2
Городское население	49,1	48,1	57,3	57,2	97,9	99,9	46,2	45,7
Сельское население	18,5	18,0	20,3	19,6	97,1	96,7	47,6	47,8

На 1000 мужчин в 2010 г. приходилось 1163 женщины, в 2002 г.- 1147.

По данным переписи 2010 г. преобладание численности женщин над численностью мужчин отмечается с 30-летнего возраста (в 2002 г. - с 33-летнего возраста).

Заметные изменения произошли в возрастном составе населения.

По итогам Всероссийской переписи населения 2010 года средний возраст жителей страны составил 39 лет (в 2002 г. - 37,7 лет).

Основными особенностями современных переписей являются:

- всеобщность и единая для всего населения программа;
- поименность (но при дальнейшей обработке данные обезличиваются);
- непосредственное получение сведений (по самоопределению респондента, без предъявления документов);
- строгое соблюдение тайны переписи.

Перепись обычно проводится в зимнее или осеннее время, в середине недели, т. е. в период наименьшей миграции населения. В 2002 г. перепись проводилась с 9 по 16 октября. Если в момент проведения переписи человек по какой-либо причине отсутствовал в месте постоянного проживания, то он переписывался заочно как временно отсутствующий (в месте, где он пребывал в момент переписи, его переписывали как временно проживающего с выдачей соответствующей справки). Аналогично переписываются лица, находившиеся в момент переписи в пути (в поезде, самолете и т. д.).

Перепись позволяет установить:

- численность и характеристику населения, т. е. общее число людей, проживающих на данной территории;
- типы совокупностей: фактическое население и юридическое население.

При анализе результатов переписи могут возникнуть сложности с определением следующих демографических характеристик:

- возраст: "число полных лет" фиксируется со слов без доказательств, либо подтверждается, например, свидетельством о рождении, либо оценивается на основании биологических показателей роста, на основе памяти о календарных событиях или, наконец, предположительно (наугад);
- место жительства: постоянное, временное;
- род занятий: множество возможных профессий;
- родственные связи и семейное положение.

Наряду со сплошным учетом населения, проводимым в период переписей, осуществляются выборочные социально-демографические обследования, которые позволяют проследить изменения в составе населения страны в межпереписной период, получить необходимые данные для перспективного планирования экономического и социального развития. Выборочные социально-демографические обследования проводятся по широкой программе и являются ценным источником информации для изучения состояния здоровья населения и планирования различных служб здравоохранения.

Текущая оценка численности населения в годы между переписями производится на основании итогов последней переписи населения, к которым ежегодно добавляются числа родившихся и прибывших на данную территорию

и вычитаются числа умерших и выбывших с данной территории. При этом также учитываются изменения численности населения в результате административно-территориальных преобразований. Текущие оценки численности населения уточняются на основании итогов очередной переписи.

Данные об общей численности населения обычно приводятся по наличному населению, а сведения, характеризующие возрастно-половой состав, — по постоянному населению. Кроме того, рассчитывается средняя численность населения.

Среднегодовая численность населения рассчитывается как среднее арифметическое численности на начало и конец соответствующего года по результатам текущих оценок и используется при расчетах показателей воспроизводства населения.

Между переписями учет численности населения ведется путем регистрации рождений и смертей, а также регистрации населения по месту жительства.

При производстве переписи различают две категории населения: наличное и постоянное.

Наличным (или фактическим) называется население, которое находится в момент переписи в данном населенном пункте, независимо от того, сколько времени тот или иной человек живет в нем и предполагает он или нет остаться там в дальнейшем.

Постоянным называется население, постоянно живущее в данном населенном пункте, независимо от того, находится ли оно в наличии или во временном отсутствии в момент переписи. Постоянное население определяется путем прибавления к наличной численности населения временно отсутствующих и исключения временно прибывших в момент переписи.

Показателем территориально-пространственного размещения населения служит плотность населения на 1 км². Этот важный фактор учитывается при решении вопросов планирования здравоохранения.

Распределение населения по полу и возрасту необходимо для определения перспектив роста населения, воспроизводства трудовых ресурсов, анализа данных о заболеваемости и смертности.

Возрастные типы населения.

С социально-экономической точки зрения большой интерес представляет выделение в составе населения трех основных возрастных групп (по участию населения в трудовом процессе):

- 1) моложе трудоспособного возраста (0 – 15 лет);
- 2) трудоспособный возраст (мужчины – 16 – 59, женщины – 16 – 54 лет);
- 3) старше трудоспособного возраста (мужчины – 60 лет и старше, женщины – 55 лет и старше).

Численность населения по основным возрастным группам изменилась следующим образом (табл. 4).

Таблица 4

Изменение численности населения по основным возрастным группам
(2002 г и 2010 г.)

	Млн. человек						Доля в общей численности населения, %	
	2002 г.			2010 г.				
	оба пола	в том числе		оба пола	в том числе		2002 г.	2010 г.
		мужчины	женщины		мужчины	женщины		
Все население в возрасте ² :							100	100
моложе трудоспособного	26,3	13,4	12,9	23,1	11,8	11,3	18,1	16,2
трудоспособном	89,0	44,8	44,2	88,0	45,3	42,7	61,3	61,6
старше трудоспособного	29,8	9,3	20,5	31,7	8,9	22,8	20,5	22,2
Городское население в возрасте:							100	100
моложе трудоспособного	18,0	9,2	8,8	16,1	8,2	7,9	16,9	15,3
трудоспособном	67,3	33,4	33,9	65,8	33,4	32,4	63,2	62,5
старше трудоспособного	21,0	6,4	14,6	23,4	6,5	16,9	19,8	22,2
Сельское население в возрасте:							100	100
моложе трудоспособного	8,3	4,2	4,1	7,0	3,6	3,4	21,5	18,7
трудоспособном	21,7	11,4	10,3	22,2	11,9	10,3	56,0	59,2
старше трудоспособного	8,8	2,9	5,9	8,3	2,4	5,9	22,5	22,1

Вместе с тем при определении типа возрастной структуры населения учитывают в его составе долю лиц в возрасте от 0 до 14 лет, от 15 – 49 лет, 50 лет и старше (табл. 5).

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

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

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

Прогрессивный тип населения обеспечивает дальнейшее увеличение численности населения, регрессивный тип угрожает нации вымиранием, при стационарном типе естественный прирост населения происходит очень медленно или находится на стационарном (неизменном) уровне.

Таблица 5

Возрастная структура населения, соответствующая трем типам

Удельный вес возрастных групп в общей численности

Тип возрастной структуры	населения (%)		
	До 14 лет	15-49 лет	50 лет и старше

Прогрессивный	30	50	20
Стационарный	25	50	25
Регрессивный	20	50	30

Статистическим показателем старения является доля лиц в возрасте 60 лет и старше (табл. 6).

Особенностью XXI в. является процесс «старения» населения.

Процесс старения населения влияет на процессы воспроизводства населения, на характер патологии и распространенность хронических заболеваний, на уровень потребности населения в социальной помощи.

В России в настоящее время имеет место выраженный процесс старения населения – демографическая старость (табл. 6).

Таблица 6

Классификации обществ в зависимости от степени развития процесса старения населения

Группы	Доля лиц в возрасте 60 лет и старше (%)	Характеристика групп
1	Менее 8	Демографическая молодость
2	8-10	Преддверие старения
3	10-12	Собственно старение
4	12 и более	Демографическая старость

Таблица 7

Характеристика состава населения России (по переписи 1989 г.)

Название показателя	Величина показателя
Численность населения (всего)	148 млн. человек
городского населения	109,2 млн. человек
сельского населения	38,8 млн. человек
мужчин	69,7 млн. человек
женщин	78,3 млн. человек

мальчиков в возрасте до 15 лет	17,3 млн. человек
девочек в возрасте до 15 лет	16,7 млн. человек
мужчин в возрасте 60 лет	11,4 млн. человек
женщин в возрасте 60 лет	15,4 млн. человек
Плотность населения	8,7 чел. На 1 км ²

Показатели, характеризующие статику населения, имеют важное значение в практическом здравоохранении.

Они необходимы для:

- расчета показателей естественного движения населения;
- планирования всей системы здравоохранения;
- расчета потребности в амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи;
- определение необходимого количества средств, выделяемых бюджетом на здравоохранение.
- организация противоэпидемической работы.

Каждое лечебно-профилактическое учреждение должно иметь четкое представление о численности и составе населения в составе своей деятельности. Численность, возрастно-половой состав населения лежат в основе организации участковой службы, анализа ее деятельности.

Динамика населения.

Динамика изучает движение и изменение количества населения. Изменение численности населения может происходить в результате *механического движения* под влиянием миграционных процессов. Кроме того, численный состав населения меняется в результате *естественного движения* — рождаемости и смертности (воспроизводство населения).

Естественное движение населения характеризуется рядом статистических показателей, среди которых основными являются: рождаемость, смертность, естественный прирост (противоестественная убыль) населения. Кроме того, основные показатели естественного движения дополняются уточняющими показателями: плодовитость, материнская смертность, детская смертность, перинатальная смертность, структура смертности по причинам и др.

Численность, возрастной состав, половая структура населения формируются за счет динамических процессов, происходящих в обществе, поэтому вначале рассмотрим показатели движения населения.

Механическое движение населения происходит в результате весьма характерных для истории человечества миграционных процессов. Слово

"миграция" происходит от латинского migratio (migro — перехожу, переселяюсь).

Таким образом, **миграция населения** - это *перемещение людей, связанное, как правило, со сменой места жительства*.

Миграция подразделяется на **безвозвратную**, т. е. со сменой постоянного места жительства; **временную** - переселение на достаточно длительный, но ограниченный срок; **сезонную** - перемещение в определенные периоды года; **маятниковую** - регулярные поездки к месту работы или учебы за пределы своего населенного пункта. Кроме того, различают **внешнюю** миграцию, т. е. миграцию за пределы своей страны, и **внутреннюю** - перемещение внутри страны. К внешней относятся **эмиграция** - выезд граждан из своей страны в другую на постоянное жительство или длительный срок и **иммиграция** - въезд граждан из другой страны в данную. К внутренней миграции относятся межрайонные переселения, а также переселение жителей из села в город как важная составная часть процесса урбанизации.

Урбанизация (от лат. Urbs - город) — это *процесс повышения роли городов в развитии общества*. Главным социальным значением урбанизации являются особые "городские отношения", охватывающие население, его образ жизни, культуру, размещение производительных сил, расселение. Предпосылками урбанизации являются рост в городах индустрии, развитие их культурных и политических функций. Для урбанизации характерным является приток в города сельского населения и возрастающее маятниковое движение населения из сел окружения и ближайших мелких городов в крупные города (на работу, по культурно-бытовым, материальным причинам и пр.).

В течение прошедших двух столетий для всего населения мира был характерен интенсивный процесс урбанизации. Так, если в начале XIX в. в городах мира проживало лишь 3 % населения земного шара, то к 1900 г. их доля увеличилась до 13,6 %, а к 1950 г. - до 29,2 %. В начале XXI в. в городах проживает более половины населения мира, а в экономически развитых странах - более 80 %.

Данные о миграции населения получаются в результате разработки поступающих от органов внутренних дел талонов статистического учета прибытия и убытия, которые составляются одновременно с адресными листками при регистрации прибывающих и убывающих.

Изучение миграционных процессов имеет важное значение для органов практического здравоохранения, а именно:

- процесс урбанизации изменяет экологическую обстановку, требует пересмотра необходимых объемов медицинской помощи, изменения сети медицинских учреждений, изменяет структуру, уровень заболеваемости и смертности населения, влияет на эпидемическую обстановку региона, способствует росту внебрачной рождаемости;

- маятниковая миграция увеличивает число контактов, способствующих распространению инфекционных заболеваний, ведет к росту стрессовых ситуаций, травматизма;
- сезонная миграция ведет к неравномерной сезонной нагрузке учреждений здравоохранения.

Показатели здоровья мигрантов существенно отличаются от показателей здоровья коренного населения.

В настоящее время в мире около 150 млн. человек живут за пределами исторической родины. В Германии, например, иностранцы составляют 7,4 млн. человек, во Франции - 4,3 млн. (из 61 млн. жителей), из 8,8 млн. жителей Швеции почти каждый пятый (1,7 млн.) является иммигрантом или его ребенком.

Наращение миграционных процессов в России имело ряд негативных последствий. Выезд населения из районов нового освоения привел к разрушению трудового, демографического потенциалов этих регионов, потере адаптированного к экстремальным природно-климатическим условиям населения.

Смена места жительства негативно сказалась на показателях здоровья детей мигрантов, так как несовершеннолетние адаптационные механизмы детского организма требуют длительного периода для привыкания к новым природно-климатическим условиям. Массовый выезд из России в страны Северной Америки, Европы, Израиль высококвалифицированных специалистов и въезд низкоквалифицированной рабочей силы привели к ухудшению трудового потенциала нашей страны. Нарастание миграционных процессов, включая нелегальную миграцию, ведет к нарастанию социальной напряженности, росту преступности, увеличению эпидемиологической опасности и фактическому заносу инфекционных заболеваний, росту безработицы.

Возрастно-половой состав населения.

Половая структура населения определяется рядом факторов:

1) пропорцией мальчиков и девочек при рождении; при наличии большой численности населения — это соотношение практически постоянно - на 100 девочек рождается 104-105 мальчиков; в младшем и среднем возрасте численность женщин и мужчин примерно одинаковая, в пожилом возрасте численность женщин превышает численность мужчин в однородных возрастных группах вследствие более высокой смертности мужского населения;

2) интенсивностью и направлением миграционных процессов между странами и внутри отдельно взятой страны, эти процессы оказывают влияние на половой состав населения, так как среди иммигрантов мужчин, как правило, больше, что приводит к уменьшению численности мужского населения молодого и среднего возраста в местах выезда и увеличению в местах въезда;

3) в некоторых развивающихся странах в настоящее время в общей численности населения мужчин больше, чем женщин, что обычно связано с

более высокой смертностью в этих странах женского населения в возрасте расцвета детородной функции;

4) наиболее значительные изменения в половом составе населения вызывают войны.

Показатели полового состава населения:

- процент мужчин и женщин в численности всего населения, а также в городском и сельском населении, в отдельных профессиях и т.д.;

- число мужчин, приходящихся на 1000 женщин.

Возрастной и половой состав населения принято изображать в виде диаграммы, имеющей вид пирамиды. Основание представляет самая младшая возрастная группа (от 0 до 1 года), численность которой, как правило, больше следующей возрастной группы и т.д. до вершины, которую составляет самая пожилая группа (80 лет и старше) (Приложение 3).

Конфигурация возрастных пирамид характеризует возрастную и половую структуру населения, которая в известной мере определяет состояние здоровья населения. Чем ближе основание возрастной пирамиды, тем больше она приближается к правильной геометрической фигуре. В таком населении относительно много детей и его называют «молодым».

Правильная пирамида указывает на нормальный процесс воспроизводства населения.

Естественное движение населения, т.е. изменение численности населения конкретной территории в результате взаимодействия основных демографических явлений - рождаемости и смертности. Естественное движение населения характеризует общие и специальные демографические показатели.

Общие демографические показатели – это показатели рождаемости, смертности, естественного прироста, средней продолжительности предстоящей жизни. *Специальные демографические показатели* – это показатели общей и брачной плодовитости, повозрастной рождаемости, возрастной смертности, детской смертности, смертности новорожденных, перинатальной смертности.

Общие демографические показатели исчисляются обычно на 1000 человек, а специальные также на 1000, но представителей соответствующей среды (родившиеся живыми, женщины в возрасте 15-49 лет и т.д.).

Статистика естественного движения населения в нашей стране основывается на обязательной текущей информации рождений, смертей, браков, разводов в органах записей актов гражданского состояния (ЗАГС).

В соответствии с действующим законодательством все дети должны быть зарегистрированы в течение 1 месяца со дня рождения по месту рождения ребенка или по месту жительства родителей. Регистрация ребенка в ЗАГСе производится на основании «Медицинского свидетельства о рождении» (Ф.103/у-84), которое выдается в случае рождения живого ребенка всеми лечебно-профилактическими учреждениями. Если ребенок родился вне ЛПУ, то рождение удостоверяется двумя свидетелями.

В случае смерти ребенка до выписки матери из ЛПУ «Медицинское свидетельство о рождении» обязательно заполняется наряду с «Медицинским

свидетельством о перинатальной смерти». Оба эти документа представляются в ЗАГС для регистрации рождения и смерти ребенка.

Рождаемость и воспроизводство населения.

Рождаемость — процесс возобновления новых поколений, в основе которого лежат биологические факторы, влияющие на способность человека к воспроизведению потомства (зачатие, оплодотворение, вынашивание плода).

Наибольшее значение для медицинских работников имеют показатели воспроизводства (естественного движения) населения, в том числе рождаемость. Говоря о рождаемости в человеческом обществе, следует помнить, что в данном случае она детерминирована не только биологическими, но и социально-экономическими процессами, условиями жизни, быта, традициями, религиозными установками и другими факторами.

Для определения интенсивности процесса рождений обычно используют *общий коэффициент рождаемости*, представляющий собой интенсивный показатель, в котором в качестве среды выступает среднегодовая численность населения, а в качестве явления - общее число родившихся за год живыми.

Общий коэффициент

$$\text{Рождаемости} = \frac{\text{Общее число родившихся за год живыми}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

Общий коэффициент рождаемости не дает исчерпывающего представления о рождаемости, он пригоден лишь для приблизительной характеристики этого явления.

Более точные характеристики рождаемости получают путем исчисления специальных показателей - *коэффициентов плодовитости* (общего и повозрастных). При исчислении общего коэффициента плодовитости, в отличие от коэффициента рождаемости, в качестве среды берется не общая численность населения, а численность женщин в возрасте 15-49 лет (этот возрастной интервал называется генеративным, или плодовитым, периодом жизни женщины). Число рождений до и после этого возрастного интервала незначительно, и им обычно пренебрегают.

Коэффициент общей

$$\text{плодовитости} = \frac{\text{Общее число родившихся живыми за год}}{\text{Средняя численность женщин в возрасте 15–49 лет}} \times 1000$$

Этот показатель зависит от доли женщин детородного возраста в общей численности населения и обычно в 4 – 5 раз больше общего показателя рождаемости.

Коэффициент брачной

$$\text{плодовитости} = \frac{\text{Общее число родившихся живыми за год у замужних женщин}}{\text{Средняя численность женщин в возрасте 15–49 лет, состоящих в браке}} \times 1000$$

Следует иметь в виду, что при вычислении общего коэффициента плодovitости в качестве явления учитываются все родившиеся дети — как у матерей в возрасте до 15 лет, так и у матерей в возрасте 50 лет и старше.

Показатель рождаемости уточняется также повозрастными показателями плодovitости, для чего весь генеративный период женщины условно подразделяют на отдельные интервалы (15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44 и 45-49 лет).

Повозрастной коэффициент

$$\text{плодovitости} = \frac{\text{Число родившихся у женщин соответствующего возраста}}{\text{Среднегодовая численность женщин соответствующего возраста}} \times 1000$$

Кроме того, в статистике рождаемости рассчитывается *суммарный коэффициент рождаемости*, который показывает, сколько в среднем детей родила бы одна женщина на протяжении всей ее жизни при сохранении в каждом возрасте существующего уровня рождаемости. Этот показатель не зависит от возрастного состава населения и характеризует средний уровень рождаемости в данный календарный период. Суммарный коэффициент рождаемости вычисляется как сумма возрастных коэффициентов рождаемости, рассчитанных по одногодичным возрастным группам.

Кроме этого, вычисляют валовой (брутто) и очищенный (нетто) коэффициенты воспроизводства (их еще называют коэффициенты общего и чистого воспроизводства).

Валовой (брутто) коэффициент воспроизводства населения — это среднее число девочек, рожденных женщиной за весь плодovitый период ее жизни и равен суммарному коэффициенту рождаемости, умноженному на долю девочек среди новорождённых; для расширенного воспроизводства он должен превышать единицу, если он меньше единицы - это свидетельствует о сниженном воспроизводстве, ведущем к депопуляции.

Нетто-коэффициент воспроизводства населения равен среднему числу девочек, рожденных за всю жизнь женщиной и доживших до конца репродуктивного периода при данных уровнях рождаемости и смертности. Этот коэффициент характеризует степень замещения поколения женщин их дочерьми при длительном сохранении существующих уровней рождаемости и смертности. Нетто-коэффициент представляет собой обобщенную характеристику не ближайших перспектив роста населения, а уровней рождаемости и смертности, существующих в данный период.

Воспроизводство населения определяется рождаемостью и смертностью. Считается, что для сохранения простого воспроизводства населения необходимо, чтобы на 100 супружеских пар приходилось 258 детей.

Рождаемость в России не достигает уровня, необходимого для простого воспроизводства населения. Суммарный коэффициент рождаемости составляет 1,4, тогда как для простого воспроизводства населения без прироста численности необходим суммарный коэффициент рождаемости 2,11-2,15

Для определения интенсивности процесса рождения обычно пользуются показателями рождаемости, которые исчисляются путем соотнесения общего

числа родившихся живыми (как правило, за год) со средней численностью соответствующего населения (села, города, области или края, республики, страны). Как правило, такие показатели исчисляются на 1000 населения.

Согласно законодательству, в течение месяца со дня рождения все дети должны быть зарегистрированы в органах ЗАГС по месту рождения детей или месту жительства родителей.

Для учета рождаемости, расчета демографических показателей крайне важно определить, живым или мертвым родился ребенок, срок беременности, доношенность и т. д. В целях международной сопоставимости отечественной статистики в области перинатологии и в связи с переходом на критерии живорождения и мертворождения, принятые Всемирной организацией здравоохранения, следует придерживаться следующих определений и понятий, принятых Всемирной ассамблеей здравоохранения.

Живорождением является полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры, независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения рассматривается как живорожденный.

Для определения живорожденности важное значение имеют срок беременности и масса тела ребенка. ВОЗ указывает, что продолжительность беременности должна измеряться с первого дня последнего нормального менструального периода. Срок беременности выражается в полных неделях (например, события, происходившие в период между 280-м и 286-м полными днями после начала последнего нормального менструального периода, считаются имевшими место при 40 неделях беременности).

Мертворождением является смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности. На смерть указывает отсутствие у плода после такого отделения дыхания или любых других признаков жизни, таких как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры.

Статистика мертворожденности и живорожденности имеет определенные особенности. Учреждения здравоохранения осуществляют регистрацию в медицинской документации всех родившихся живыми и мертвыми, имеющих массу тела при рождении 500 г и более, вне зависимости от наличия признаков жизни, в порядке, установленном соответствующими приказами.

В органах ЗАГС подлежат регистрации как живорожденные:

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

• все новорожденные, родившиеся с массой тела от 500 до 999 г, также подлежат регистрации в органах ЗАГС как живорожденные в тех случаях, если они прожили более 168 ч после рождения (7 суток).

Таким образом, в медицинской и государственной статистике имеются расхождения.

Показатель рождаемости является важнейшим, причем не только демографическим, но и медико-социальным критерием жизнеспособности и воспроизводства населения.

Регулирование рождаемости – рождаемость — это медико-социальная категория, на которую оказывает воздействие целый комплекс медицинских, социальных, экономических, национальных и других факторов.

Проблема регулирования рождаемости в современных условиях является крайне актуальной, потому что демографическая ситуация весьма неоднозначна и требует серьезного научного анализа. Сам термин был предложен основательницей Ассоциации планирования семьи Маргарет Сэнгер (Margaret Sanger, 1883–1966), которая рассматривала регулирование рождаемости с точки зрения применения различных методов контрацепции. Однако, учитывая современные мировые тенденции, вопрос о регулировании рождаемости необходимо рассматривать в более широком контексте.

Современные мировые тенденции заставляют по-новому взглянуть на необходимость демографической политики. На государственном уровне эта политика предполагает воздействие на процессы рождаемости, смертности, заключения и расторжения браков, влияние на возрастную структуру населения. Безусловно, существует тесная взаимосвязь демографической политики с социальной и экономической. Демографическая политика предполагает регулирование народонаселения при помощи использования ряда мер: экономических (различные пособия при рождении детей, льготные кредиты, ипотеки и др.) и правовых (законодательное регулирование возраста вступления в брак, процедур разводов, отношение к абортам). К тому же огромное влияние оказывает формирование общественного мнения в области демографической политики. В целом существуют положительные тенденции в сфере ее проведения. Так, «к 2001 году правительства 92% стран поддерживали программы планирования семьи».

Показатель рождаемости характеризует социальное благополучие общества.

Если общий коэффициент рождаемости составляет 10‰ и меньше, то уровень рождаемости очень низкий и т.д. (табл. 8).

Таблица 8

Оценка уровня рождаемости.

Общий коэффициент рождаемости в промилле	оценка уровня рождаемости
до 10	очень низкий
10 - 14,9	низкий

15 - 19.9	ниже среднего
20 - 24.9	средний
25 - 29.9	выше среднего
30 - 39.9	высокий
40 и более	очень высокий

Смертность населения.

Для оценки социального, демографического и медицинского благополучия той или иной территории необходимо учитывать не только показатели рождаемости, но и показатели смертности. Взаимодействие между показателями рождаемости и смертности, замена одних поколений другими обеспечивает непрерывное воспроизводство населения.

Смертность – это процесс вымирания поколения, складывающийся из множества единичных смертей, наступающих в разных возрастах и определяющих в своей совокупности порядок вымирания поколения.

Смертность населения зависит от большого числа биологических и социальных факторов смертности. К ним относятся:

- 1) природно-климатические факторы;
- 2) генетические факторы;
- 3) экономические факторы;
- 4) социологические факторы;
- 5) политические факторы и другие.

С точки зрения демографического анализа смертности, более важным является деление этих факторов на две группы:

- 1) эндогенные факторы - это факторы, порождаемые внутренним развитием человеческого организма;
- 2) экзогенные факторы – это факторы, связанные с действием внешней среды на человеческий организм.

Смерть всегда есть результат взаимодействия факторов обеих этих групп, но роль каждой из них может быть различной.

Показатели смертности используются для оценки социального, демографического и медицинского благополучия территории.

Первую приближенную оценку смертности можно дать на основе *общего показателя смертности*.

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

Однако общий коэффициент смертности малопригоден для каких-либо сравнений, так как его величина в значительной степени зависит от особенностей возрастного состава населения. Так, рост общего коэффициента смертности, отмечаемый в последние годы в некоторых экономически развитых странах, не столько свидетельствует о действительном росте смертности, сколько отражает рост удельного веса лиц пожилого возраста в возрастной структуре населения.

Значительно более точными являются показатели *смертности отдельных возрастно-половых групп населения*.

Повозрастной показатель

$$\text{смертности} = \frac{\text{Числ случаев смертности лиц соответствующего возраста} \times 1000}{\text{Числ лиц соответствующего возраста}}$$

Показатели естественного прироста населения получают как разность показателей рождаемости и смертности или из абсолютных чисел - как отношение разности, полученной из абсолютных чисел родившихся и умерших, к среднегодовой численности населения.

$$\text{Показатель естественного прироста} = \frac{\text{Числ родившихся} - \text{Число умерших} \times 1000}{\text{Среднегодовая численность населения}}$$

Оценку показателей естественного движения населения можно производить по следующей шкале (табл. 9).

Среди всех причин смерти в РФ лидируют 5 заболеваний и поражений: сердечно-сосудистые заболевания - 52 %, несчастные случаи (травмы и отравления и др.) - 16 %, злокачественные опухоли - 15%, болезни органов дыхания - 6 %, болезни органов пищеварения - 3 %. Они составляют более 90 % всех случаев смерти.

Таблица 9

Шкала ориентировочной оценки показателей естественного движения населения			
Оценка показателей	Показатели на 1000 населения		Показатели младенческой смертности на 1000 родившихся живыми
	Рождаемость	Смертность	
Низкий	до 15	до 9	до 30
Средний	15-25	9-15	30-50
Высокий	свыше 25	свыше 15	Свыше 50

Специфику в расчетах и анализе имеют показатели младенческой, перинатальной, материнской смертности и другие уточняющие показатели.

Важное значение в борьбе за снижение смертности и улучшение здоровья населения имеют показатели *смертности от определенных заболеваний и структура причин смерти*.

Кроме того, в практическом здравоохранении широко используют показатели *летальности*, которые следует отличать от показателей смертности.

Основной особенностью показателей летальности является то, что в отличие от смертности (где в качестве среды берут какую-либо группу населения) при расчете показателей летальности в качестве среды используют группу заболевших (лечившихся и т. п.).

Показатели летальности зависят от качества лечебно-диагностического процесса, как в стационаре, так и во внебольничных условиях, от состава больных, профиля учреждения. Летальность целесообразно анализировать главным образом по отдельным нозологическим формам. Сопоставлять летальность можно только в отношении однородных групп больных.

В соответствии с законодательством смерть подлежит регистрации в государственных органах записи актов гражданского состояния по месту жительства умершего или по месту наступления смерти.

Если общий коэффициент смертности до 10‰ является низким уровнем смертности и т.д. (табл. 10).

Таблица 10

Оценка уровня смертности.

Общий коэффициент смертности в промилле	оценка уровня смертности
до 10	низкий
10 - 14.9	средний
15 - 24.9	высокий
25 - 34.9	очень высокий
35 - и больше	чрезвычайно высокий

Наиболее высокий риск гибели имеет ребенок в первые часы, дни и недели жизни. Наиболее низкий показатель смертности наблюдается у населения в возрасте 5-20 лет. После 20 лет идет постепенный рост показателя. Наиболее высокая смертность наблюдается в возрасте 60 лет и выше. Уровень смертности выше у мужчин по сравнению с женщинами, и у сельских жителей по сравнению с городскими.

Младенческая смертность.

Под младенческой смертностью понимается смертность детей на первом году жизни (до 1-го года, в возрасте от 0 до 12 месяцев). Соответственно, под детской смертностью в современной демографии понимается смертность детей в возрасте от 1-го до 15 лет.

Смертность в возрасте до 1-го года намного превышает смертность в большинстве возрастов, вероятность умереть этот период времени сопоставима с вероятностью смерти лиц, достигших 55 лет. Данный показатель отличается от других возрастных коэффициентов также спецификой расчета и огромным социальным значением. По уровню младенческой смертности, как и по величине продолжительности жизни, оценивают общее состояние здоровья и качество жизни населения, а в более широком смысле – уровень экономического развития и социального благополучия общества, поскольку данный показатель крайне чутко реагирует на изменения всех социально-экономических параметров, особенно в случаях, когда их динамика приобретает негативный или кризисный характер. В совокупности с уровнем

материнской смертности он указывает также на состояние репродуктивного здоровья населения и состояние служб родовспоможения, педиатрии и т.п.

Как и другие демографические показатели, младенческая смертность может выражаться как в абсолютных, так и в относительных терминах. Относительный показатель, или коэффициент младенческой смертности выражается обычно в промилле (‰) и обозначает количество детей, умерших в возрасте до 1 года на 1000 новорожденных за один год; гораздо реже используются коэффициенты в расчёте на 100 или 10 000 новорожденных.

Младенческую смертность часто выделяют из детской смертности, так как ее причины могут существенно отличаться. Высокая младенческая смертность является признаком низкого уровня развития медицины.

В отличие от других возрастных коэффициентов смертности, коэффициент младенческой смертности рассчитывается не по отношению к числу живущих в возрасте до 1 года (к среднегодовой численности населения в данном возрасте), а к числу родившихся живыми, которое, в свою очередь, определяется по различным методикам. Частные показатели, характеризующие различные составляющие младенческой смертности (по периодам времени жизни ребенка), рассчитываются по отношению к числу родившихся живыми и мертвыми в сумме, либо к числу родившихся живыми.

В рамках первого года человеческой жизни выделяют несколько периодов, которые различаются как вероятностью смерти, так и структурой доминирующей патологии.

Перинатальный период – представляет собой отрезок времени от 28-й недели беременности до конца 7-х суток внутриутробной жизни. Это важнейший период жизни плода и новорожденного, отличающийся самым высоким риском смерти (с учетом того, что включает детей, родившихся недоношенными). На его долю приходится до 70% смертей на первом году жизни.

Этому периоду соответствуют понятие и показатель перинатальной смертности, объединяющие в себе комплексное воздействие условий и механизмов внутриутробного развития плода, условий его рождения и жизни в первые 7 суток (168 часов), а также предусматривающие возможность его смерти до рождения, во время родов и непосредственно после рождения. Его величина характеризует уровень репродуктивного здоровья матери, качество ее жизни, состояние родовспоможения и многие другие аспекты медицинского и социального развития в целом.

Неонатальный период – период жизни ребенка от момента рождения до достижения им 28 дней. Данный показатель считается одной из ведущих составляющих младенческой смертности: чем выше доля смертей, приходящаяся на этот отрезок жизни новорожденного, тем ниже общий уровень младенческой смертности. Максимальным результатом на сегодняшний день является уровень в 80% от общего числа умерших в возрасте до 1-го года. Ее уровень определяется по формуле:

В рамках неонатального периода выделяют два: ранний (1-я неделя жизни) и поздний (2-я – 4-я недели), которым соответствуют понятия и показатели ранней и поздней неонатальной смертности. Необходимо иметь в виду, что раннюю неонатальную смертность нельзя отождествлять с соответствующей частью перинатальной смертности, поскольку при расчете первой в знаменателе находятся лишь родившиеся живыми, тогда как во втором случае – все родившиеся, включая мертворожденных.

Основными причинами неонатальной смертности являются: врожденные пороки развития, родовые травмы, постнеонатальные асфиксии, пневмонии новорожденных (исключая врожденную). Соотношение этих причин различается довольно значительно в зависимости от конкретных социальных условий, главным образом, от уровня жизни и состояния здравоохранения в части родовспоможения. Вероятность возникновения тех или иных патологий в большой степени обусловлена условиями развития плода и состоянием здоровья матери, которые в свою очередь детерминированы качеством жизни матери, семьи в целом. В силу этого зачастую темпы снижения младенческой смертности в целом оказываются выше, чем темпы снижения неонатальной смертности.

Третьим периодом, который выделяется в рамках первого года жизни, является постнеонатальный (начиная с 28-го дня жизни и до достижения 1 года), для которого рассчитывается соответствующий ему показатель постнеонатальной смертности:

В отличие от неонатальной смертности, которая в значительной мере определяется эндогенными факторами, то есть здоровьем матери и ее поведением в период беременности, в постнеонатальном периоде возрастает влияние на здоровье ребенка внешних факторов: качества ухода и питания, педиатрической помощи, и т.д.

Суммарным показателем младенческой смертности является общий годовой:

$$\frac{\text{Число детей, умерших в течении года на 1-м году жизни} \times 1000}{\text{Число родившихся живыми в данном календарном году}}$$

Применение данного способа возможно лишь в том случае, когда число родившихся в отчетном и прошлом году одинаково.

Было рассчитано, что среди детей, умерших в возрасте до 1 года в данном календарном году, приблизительно 1/3 родилась в предыдущем году. Поэтому сейчас в практическом здравоохранении для расчета показателя младенческой смертности используется рекомендованная ВОЗ формула Ратса:

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

Показатель младенческой смертности уточняется показателями неонатальной, ранней неонатальной, поздней неонатальной, постнеонатальной

смертностей.

Неонатальная смертность рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число детей, умерших в первые четыре недели жизни} \times 1000}{\text{Число родившихся живыми}}$$

Постнеонатальная смертность рассчитывается:

$$\frac{\text{Число детей, умерших в период с 29-го дня до 1 года жизни} \times 1000}{\text{Число родившихся живыми} - \text{Число умерших в первые 4 недели жизни}}$$

Ранняя неонатальная смертность рассчитывается:

$$\frac{\text{Число детей, умерших в возрасте 0-6 дней П68 часов!} \times 1000}{\text{Число родившихся живыми}}$$

поздняя неонатальная смертность рассчитывается:

$$\frac{\text{Число детей, умерших на 2. 3. 4-й неделях жизни} \times 1000}{\text{Число родившихся живыми} - \text{Число умерших в первые 4 недели жизни}}$$

Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет:

$$\frac{\text{Число детей в возрасте до 5 лет, умерших за год} \times 1000}{\text{Число живорожденных}}$$

Показатель смертности детей в возрасте от 1 до 15 лет:

$$\frac{\text{Число детей в возрасте от 1 до 15 лет, умерших в течение года} \times 1000}{\text{Среднегодовая численность детей в возрасте от 1 до 15 лет}}$$

Материнская смертность.

Материнская смертность (или коэффициент материнской смертности КМС) является важным статистическим показателем, который характеризует частоту случаев смерти беременных женщин, а также рожениц. Согласно наиболее распространённой классификации, в категорию материнских смертей попадают летальные исходы, наступившие в период самой беременности, а также в течение 42 дней после ее окончания. Причиной летального исхода в этом случае может служить любое патологическое состояние, связанное непосредственно с беременностью (кроме несчастных случаев и других случайных причин).

В настоящее время показатель материнской смертности служит одним из основных критериев, по которому определяют качество и уровень организации работы современных родовспомогательных учреждений.

Расчет показателей материнской смертности:

$$\frac{\text{Число умерших беременных (с начала беременности), ржениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности} \times 100\,000}{\text{Число живорожденных}}$$

Несмотря на значительное сокращение частоты материнских смертей во второй половине XX в начале XXI вв., уровень материнской смертности остается значительным в развивающихся странах. Более высокие показатели материнской смертности наблюдаются среди женщин, проживающих в сельских районах; среди лиц с низким доходом, среди незамужних женщин, а также среди подростков.

Ежедневно в мире около 800 женщин умирают от предотвратимых причин, связанных с беременностью и родами. По состоянию на 2012 год, целый ряд стран (Азербайджан, Албания, Армения, Босния и Герцеговина, Грузия, Киргизия, Турция) по тем или иным причинам не ведут полную регистрацию смертей, но у них или же у сотрудничающих с ними международных организаций есть альтернативные источники данных на этот счёт. При этом в некоторых странах мира (Таджикистан и Туркмения) такая статистика вообще не ведется (2012). Страной с одним из самых низких КМС в мире (2) в 2008—2010 годах была Белоруссия. В РФ соответствующий показатель был равен (20), на Украине — (21).

Естественное движение населения.

При изучении социально-демографических процессов в странах и регионах используется общий коэффициент естественного движения населения, который применяется для оценки изменения численности населения. Этот коэффициент представляет собой разность общих коэффициентов рождаемости и смертности.

Общие коэффициенты естественного движения населения существенно зависят от состава населения по возрасту и полу, сформировавшегося под влиянием прошлых колебаний, в числах родившихся и умерших. На возрастную-половую структуру населения отдельных территорий может влиять также миграция.

Россия долгие годы относилась к странам с высоким естественным приростом населения за счет высокой рождаемости и относительно низкой общей смертности, которая обеспечивалась достаточно молодым населением. В 1960 г. общий коэффициент рождаемости в России составил 23,2 на 1000 населения, а коэффициент общей смертности был 7,4 на 1000 населения, соответственно, коэффициент естественного прироста равнялся 15,8 на 1000 населения. По мере старения населения постепенно снижалась рождаемость и увеличивалась смертность. Некоторый «всплеск» рождаемости в середине 1980-х годов был связан с тем, что в детородный возраст вступали внуки детей, родившихся в период послевоенного.

Рост общей смертности и сокращение рождаемости привели к тому, что в 1991 г. эти показатели почти сравнялись (рождаемость была 12,1, а смертность 11,4), а в 1992 г. смертность превысила рождаемость (соответственно 12,2 и 10,7).

Изменение коэффициента естественного движения населения протекало с некоторыми различиями в городах и сельской местности. В послевоенные годы рождаемость в сельской местности была выше, и естественный прирост был выше, но постепенно численность сельского населения сокращалась за счет миграции сельских жителей в города. В результате этого население в городах «омолаживалось», а на селе - старело. И, таким образом, коэффициент прироста населения в городах превысил этот показатель в сельской местности.

Средняя продолжительность предстоящей жизни.

Наиболее современным методом анализа состояния и тенденций уровня смертности населения является показатель средней продолжительности предстоящей жизни (СППЖ).

Средняя продолжительность предстоящей жизни - это число лет, которое в среднем предстояло бы прожить человеку из поколения родившихся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения повозрастная смертность останется на уровне того года, для которого вычислен показатель.

Инструментом анализа *средней продолжительности предстоящей жизни* служат таблицы смертности, или дожития, которые представляют собой систему взаимосвязанных показателей. Они отражают последовательность и скорость вымирания когорты одновременно родившихся с фиксированной начальной численностью, включают вероятность умереть в данном возрасте и вероятность дожить до следующего возраста, а также вероятную длительность предстоящей жизни с любого возрастного интервала.

Показатель средней продолжительности предстоящей жизни (СППЖ) является более объективным критерием для оценки общественного здоровья, чем показатели рождаемости, смертности и естественного прироста. Этот показатель характеризует жизнеспособность населения в целом и пригоден для анализа показателя в динамике и сравнения по разным регионам и странам. Величина показателя не только характеризует состояние здоровья населения, но и дает косвенную оценку уровню организации медицинской помощи населению в стране, степени медицинской грамотности населения, существующей социально-экономической ситуации.

Показатель СППЖ рассчитывается на основании повозрастных показателей смертности путем построения таблиц смертности (или дожития) по косвенному методу по данным переписи на основании сведений о численности возрастно-половых групп населения и материалам по возрастному распределению умерших. Наиболее высокий показатель СППЖ отмечается в Японии, Франции, Швеции. Рост этого показателя в большинстве экономически развитых стран резко замедлился, а в некоторых вообще прекратился.

В России имеет место не только низкий показатель СППЖ (69,8 лет), но и наблюдается значительный разрыв между мужчинами и женщинами. Так, если в конце 60-х гг. эти различия составляли 7-8 лет, то в 2007-2014 г. показатель СППЖ мужчин составил 64,0 года, а женщин 75,6 лет, т. е. разница составила

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Демография (определение, значение для органов и учреждений здравоохранения). Медицинская демография (определение). В каких основных направлениях ведется изучение населения?
2. Переписи населения, их значение и основные черты.
3. Возрастно-половой состав населения и его значение для здравоохранения.
4. Факторы влияющие на половую структуру населения. Показатели.
5. Возрастные типы населения и их характеристика. Примеры.
6. Механическое движение населения.
7. Естественное движение населения и его характеристика.
8. Роль врачей в регистрации естественного движения населения.
9. Общие показатели естественного движения населения. Методика вычисления. Оценочные уровни.
10. Специальные показатели естественного движения населения. Методика вычисления.
11. Смертность населения и ее причины.
12. Повозрастная смертность.
13. Младенческая смертность.
14. Перинатальная смертность.

ТИПОВЫЕ ЗАДАЧИ
ВЫЧИСЛЕНИЕ И АНАЛИЗ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ЗАДАЧА 1

На основе представленных в таблице данных требуется:

1. Вычислить показатели естественного движения населения в данном городе, населенном пункте или районе за 2010 г. (показатели рождаемости, смертности, естественного прироста, детской смертности, смертности новорожденных, перинатальной смертности) и вписать их в таблицу 1.

Таблица 1

Демографические показатели в городе А. в 2009-2010 гг. и
по Н-ской области в 2010 г.

Демографические показатели	Город А.		Н-ская обл. 2010 г.
	2009 г.	2010 г.	
Рождаемость (на 1000 населения)	25,0	20,0	18,5
Смертность (на 1000 население)	8,0	6,6	10,2
Естественный прирост (на 1000 населения)	13,0	13,4	8,3
Детская смертность (на 1000 родившихся живыми)	27,0	27,0	28,0
Смертность новорожденных (на 1000 родившихся живыми)	12,0	12,0	14,0
Перинатальная смертность (на 1000)	20,0	20,0	20,0

2. Определить структуру детской смертности – удельный вес (в %) каждой из причин смерти в общем числе детей, умерших в возрасте до 1 года.

3. Дать оценку демографических показателей в данном городе или районе за 2010 г. на основании принятых средних уровней (высокий, средний, низкий).

4. Сравнить демографические показатели в данном районе или городе за 2010 г. с соответствующими показателями по этой же территории за 2009 г. и с показателями по Н-ской области за 2010 г. Анализ представить в письменном виде.

Задание 1

В городе А. Н-ской области в 2010 г.

численность населения 100 000 человек
 родилось 660
 умерло

В числе умерших детей
 в возрасте до 1 года 50
 в том числе детей, умерших до 1 мес. 25

В родильных домах города:
 родилось живыми 2000
 мертворожденных 15
 умерло в течение 1-й недели 15

Среди детей, умерших в возрасте до 1 года (50), было
 умерших от пневмонии 25
 умерших от болезней новорожденных 15
 умерших от желудочно-кишечных заболеваний 5
 умерших от прочих причин 5

В городе А. в 2009 г. были следующие демографические показатели:
 рождаемость 25,0‰
 смертность 8,0‰
 естественный прирост 13,0‰
 детская смертность 27,0‰
 ранняя детская смертность 12,0‰
 перинатальная смертность 20,0‰

Решение

1. Вычисляем показатели и заносим их в таблицу 1.

$$\text{Рождаемость} = \frac{\text{Число родившихся живыми за год}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000 = \frac{2000 \cdot 1000}{100\,000} = 20,0 \text{ ‰}.$$

$$\text{Смертность} = \frac{\text{Число умерших за год}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000 = \frac{660 \cdot 1000}{100\,000} = 6,6 \text{ ‰}.$$

$$\text{Естественный прирост} = \text{Рождаемость} - \text{Смертность} = 20,0 - 6,6 = 13,4 \text{ ‰}.$$

$$\text{Детская смертность} = \frac{\text{число детей, умерших на 1-м году жизни}}{\text{Число детей родившихся живыми за год}} \times 1000 = \frac{50 \cdot 1000}{2000} = 25 \text{ ‰}.$$

Смертность

$$\text{новорожденных} = \frac{\text{Число детей, умерших на 1-м месяце жизни}}{\text{Число детей, родившихся живыми из за год}} \times 1000 = \frac{25 \times 1000}{2000} = 12,5\text{‰}$$

Перинатальная

$$\text{смертность} = \frac{\text{Число мертворожденных + число детей умерших на 1-й неделе жизни}}{\text{Число детей, родившихся живыми и мертвыми из за год}} \times 1000 = \frac{15+15}{2015} \times 1000 = 14,9\text{‰}.$$

2. Определяем структуру детской смертности.

Среди детей умерших до 1-го года:

$$\text{доля умерших от пневмонии} = \frac{25 \times 100 \%}{50} = 50,0 \%;$$

$$\text{умерших от болезней новорожденных} = \frac{15 \times 100 \%}{50} = 30,0\%$$

$$\text{доля умерших от желудочно-кишечных заболеваний} = \frac{5 \times 100 \%}{50} = 10,0 \%;$$

$$\text{умерших от прочих причин} = \frac{5 \times 100 \%}{50} = 10,0 \%$$

3. Анализируем полученные в городе А. показатели:

1. Уровень рождаемости (20,0‰) в городе в 2010 г. средний, по сравнению с 2009 г. (25,0 ‰), он несколько снизился, но выше среднего уровня рождаемости Н-ской области в целом (18,5‰).

2. Уровень смертности (6,6‰) в городе в 2010 г. низкий, по сравнению с 2009 г. (8,0 ‰) он несколько снизился и заметно ниже среднеобластного уровня (10,2‰).

3. Таким образом, в 2010 г. в городе А. рождаемость и смертность снизились (20,0‰ и 6,6‰) по сравнению с 2009 г. (25,0 ‰ и 8,0 ‰ соответственно) снизилась. При этом увеличился показатель естественного прироста населения, который составляет 13,4 ‰ против 13,0 ‰ в 2009 г.

4. В городе А. отмечается более высокий естественный прирост населения (13,4 ‰), чем в Н – ской области (8,3 ‰).

5. Показатель детской смертности в 2010 г. несколько ниже (25,0‰), чем в 2009 г. (27,0‰), а показатель перинатальной смертности, уровень которой в городе А. в 2010 г. значительно снизился (14,9 ‰) по сравнению с 2009 г. (20,0‰), стал более низким, чем по Н-ской области в среднем (20,0‰).

6. Снижение перинатальной смертности в городе А. в 2010 г. является положительным явлением и нуждается в особом изучении.

Анализ структуры причин детской смертности в городе А. в 2010 г. выявил:

1. Основной причиной смерти детей 1-го года жизни являются пневмонии (50,0 %); далее следуют болезни новорожденных (30,0 %), на третьем месте стоят желудочно-кишечные заболевания (10,0‰).

2. Особенно настораживает показатель детской смертности в городе (25,0‰) несмотря на его снижение в 2010 г. по сравнению с 2009 г. (27,0‰). Данное явление происходит на фоне снижения общей смертности. В связи с этим медицинские работники города должны обратить особое внимание на проблему борьбы с детской смертностью и прежде всего с заболеваниями органов дыхания у детей 1-года жизни.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ

Заболеваемость является одним из важнейших критериев, характеризующих здоровье населения. Под заболеваемостью подразумевается показатель, характеризующий распространенность, структуру и динамику зарегистрированных болезней среди населения в целом или в отдельных его группах (возрастных, половых, территориальных профессиональных и др.) и служащим одним из критериев оценки работы врача, медицинского учреждения, органа здравоохранения.

Статистические показатели заболеваемости позволяют оценить частоту встречаемости и характер заболеваний, закономерности их распространения среди населения. Это необходимо для выявления факторов, отрицательно влияющих на здоровье и, наоборот, способствующих укреплению здоровья населения. На основе динамики показателей заболеваемости планируется и оценивается эффективность деятельности медико-социальных учреждений, результативность лечебно-профилактических мероприятий, экологические ситуации. Характеристики заболеваемости косвенно отражают и уровень социально-экономического благополучия населения в целом.

Статистический анализ любого вида заболеваемости обычно проводится с помощью общих и специальных показателей, изменение которых оценивается в динамике в сравнении с предыдущими годами, кварталами, месяцами.

Общие показатели заболеваемости дают представление об уровне, распространенности, частоте всей совокупности или отдельных нозологических групп заболеваний, зарегистрированных за определенный период времени и рассчитанных на 100 тыс. ($\frac{0}{0000}$), на 10 тыс. ($\frac{0}{000}$) или на 1000 ($\frac{0}{00}$) населения. Вычисляется также показатель структуры заболеваемости (доля в процентах того или иного заболевания среди всех заболеваний).

Специальные показатели характеризуют уровень и структуру заболеваемости по определенным нозологическим формам, а также различным возрастным, половым или социальным группам. Такой подход позволяет установить причины повышенной заболеваемости.

В зависимости от структуры общей заболеваемости населения региона или страны выделяют следующие типы заболеваемости:

- эпидемический тип;
- переходной тип;
- неэпидемический тип.

Эпидемический тип заболеваемости характерен для слаборазвитых, экономически отсталых стран, имеющих слаборазвитую систему медико-социальной помощи и низкую санитарную культуру населения. Этот тип заболеваемости характеризуется высоким уровнем инфекционных болезней, занимающих ведущее место среди всех остальных заболеваний и являющихся одной из главных причин высокой смертности населения.

Неэпидемический тип заболеваемости характерен для экономически развитых стран, имеющих высокоразвитую систему оказания медико-социальной помощи. Характеризуется относительно высокой долей среди всех заболеваний болезней сердечно-сосудистой системы, онкологической патологии, нервно-психических расстройств, травм, заболеваний органов дыхания.

Переходный тип заболеваемости представляет промежуточный вариант между эпидемическим и неэпидемическим типом заболеваемости. Характерен для развивающихся стран или стран переживающих затяжные социальные катаклизмы.

Методы изучения заболеваемости.

Существует два метода в изучении общей заболеваемости: **сплошной и выборочный**. Сплошной метод основан на сводке отчетных данных текущего учета по всем лечебным учреждениям. Выборочный метод используют при социально-гигиенических исследованиях. С его помощью изучают заболеваемость различных возрастно-половых, социальных, профессиональных, этнических и иных групп населения в зависимости от воздействия различных факторов, условий и образа жизни.

Основные источники информации о заболеваемости: всего 4, из них 2 - основные, 2 – дополнительные.

Основные источники:

- по данным обращаемости в ЛПУ;
- по данным результатов медицинских осмотров.

Дополнительные источники:

- по данным анализа причин смерти;
- по данным комплексных социально-гигиенических и клинико-социальных исследований.

Источником информации о заболеваемости является учетно-отчетная медицинская документация, которая заполняется при обращении населения за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения.

Обращаемость населения за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения является наиболее часто используемым и наиболее полным источником данных о заболеваемости. Обращение – это первое посещение врача по поводу данного заболевания.

При изучении общей заболеваемости по обращаемости за единицу учета принимают первое обращение к врачу по данному заболеванию в данном календарном году. Диагнозы острых заболеваний регистрируются при каждом их новом возникновении, хронические заболевания только один раз в году.

Обращение – это первое посещение врача пациентами в данном году, которое регистрируется с помощью статистического талона уточненного диагноза. В этом талоне ставят знак «+», если диагноз заболевания ставится впервые в данном году, и не ставят никакого знака, если по поводу данного заболевания пациент уже обращался ранее в предыдущие годы. Диагнозы острых заболеваний регистрируются при каждом их новом возникновении, хронические заболевания только один раз в году.

Посещение – это каждый визит пациента к врачу или врача к больному. Визит пациента к врачу регистрируется с помощью талона на прием к врачу, а визит врача к больному – в журнале вызовов врача на дом. На каждого жителя в год в городе сейчас приходится около 9 посещений. Посещаемость – это показатель объема медицинской помощи.

Основные термины:

а) общая заболеваемость (болезненность, распространенность) - это совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний зарегистрированных в данном году (все статистические талоны уточненных диагнозов);

б) общая первичная заболеваемость (собственно заболеваемость, общая впервые выявленная заболеваемость) – это совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний зарегистрированных в данном году впервые (все статистические талоны уточненных диагнозов со знаком «+»). Как первый, так и второй показатели рассчитывают на 1 000, 10 000, 100 000 населения;

в) патологическая пораженность – заболеваемость по данным медицинских осмотров (предварительных, периодических, целевых). Предварительные медицинские осмотры проводят перед поступлением в учебные заведения (школы, средние специальные и высшие учебные учреждения) или на работу регламентируются соответствующими приказами Министерства здравоохранения РФ. Периодические медицинские осмотры осуществляют с целью своевременного выявления профессиональных заболеваний и проведения необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий, что позволяет предотвратить развитие тяжелой хронической патологии.

Целевые осмотры проводят с целью выявления определенных заболеваний: туберкулеза, онкологических, венерических и других заболеваний. Результаты этих осмотров используют для планирования и проведения лечебных и профилактических мероприятий;

г) накопленная заболеваемость – это все случаи заболеваний зарегистрированных у населения за ряд лет;

д) истинная заболеваемость – это заболеваемость по данным обращаемости населения плюс заболеваемость по данным медицинских осмотров минус не подтвердившиеся диагнозы на медицинских осмотрах;

е) исчерпанная заболеваемость, т. е. заболеваемость, выявленная всеми способами, составляет в среднем 3500,0 ‰, выше у женщин – 3400,0-3600,0 ‰, и ниже у мужчин – 3000,0-3200,0 ‰.

Таким образом, в настоящее время имеется 3 заболевания в год. По данным различных авторов общая заболеваемость по обращаемости в разные годы колеблется в пределах 1000 – 1400 случаев на 1000 городского населения, причем для жителей сельской местности этот показатель несколько ниже – 800 – 1000.

Заболеваемость населения в 60-е годы представляла собой перевернутый айсберг, большая часть которого находилась над водой – заболеваемость по обращаемости – 1200,0 ‰, меньшая под водой – заболеваемость по медицинским осмотрам – 800,0 ‰.

В 90-е годы заболеваемость населения представляла собой уже обычный айсберг: меньшая его часть – в среднем 1000,0 ‰ - находилась над водой (заболеваемость по обращаемости) и большая – под водой – в среднем 2000,0 ‰ (заболеваемость по медицинским осмотрам).

Это говорит о запоздалой диагностике, о несвоевременности медицинской помощи в 90-е годы.

Номенклатура и классификация болезней.

Врачи, наблюдающие больных и регистрирующие заболевания, должны правильно и единообразно обозначать диагностируемые ими заболевания, руководствуясь при этом номенклатурой и классификацией болезней, построенной на основе и с учетом современных достижений медицинской науки. Эту классификацию болезней используют при статистической разработке заболеваемости населения.

По рекомендации ВОЗ десятая международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (1989 г.), вступила в силу с 1.01.1993 г., в России переход на нее осуществлен с 1.01.1999 г. в соответствии с Приказом Минздрава РФ, согласно которой все они делятся на 21 класс.

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) – один из важнейших инструментов, обеспечивающих сопоставимость данных о здоровье населения, эпидемиологической ситуации и деятельности учреждений здравоохранения, как в пределах страны, так и в масштабе международном.

Современные классификации построены на основе объединения заболеваний с общей этиологией, патогенезом и локализацией в соответствующие классы, блоки и рубрики. В классификации 10-го пересмотра этиологическому принципу отвечают 1 класс (инфекционные и паразитарные болезни), XIX класс (травмы и отравления): большинство классов образуются на локально-этиологическом, отдельные классы – на функционально-физиологическом принципе, а некоторые классы (новообразования) отражают патогенетический принцип. Два ряда классов определенный принцип выдержать исключительно трудно. Например, IV класс построен на сочетании органного и патогенетических принципов, поскольку он объединяет болезни (эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ).

Классификацию болезней можно определить как систему рубрик, в которые конкретные нозологические единицы включены в соответствии с принятыми критериями. Целью МКБ является создание условий для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о смертности и заболеваемости, полученных в разное время и в разных странах или регионах.

Дальнейшая интеграция медицинских информационных систем различных стран мира связана с развитием Международной номенклатуры болезней (МНБ), разработка которой ведется Советом международных медицинских научных организаций с 1970 г. Целью МНБ является присвоение каждой нозологической единице рекомендуемого международного названия с учетом специфичности, однозначности, этиологии.

В МКБ-10 все болезни разделяются на классы, классы – на блоки, блоки – на рубрики (шифруются тремя знаками), рубрики – на подрубрики (шифруются четырьмя знаками и более).

Общее число блоков в МКБ-10 составляет 258, рубрик 2600. Для шифровки (кодирования) рубрик используется английская буква (первый знак) и две цифры (буквенно-цифровые от A00 до Z99.9). Используются все буквы английского алфавита, кроме буквы «U». Ее решено зарезервировать в качестве запасного класса для временного обозначения вновь выявляемых болезней, а также заболеваний с невыясненной этиологией.

МКБ-10:

Класс I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99).

Класс II. Новообразования (C00-D48).

Класс III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (D50-D89).

Класс IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90).

Класс V. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99).

Класс VI. Болезни нервной системы (G00-G99).

Класс VII. Болезни глаза и его придаточного аппарата (H00-H59).

Класс VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка (H60-H95).

Класс IX. Болезни системы кровообращения (I00-I99).

Класс X. Болезни органов дыхания (J00-J99).

Класс XI. Болезни органов пищеварения (K00-K93).

Класс XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки (L00-L99).

Класс XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99).

Класс XIV. Болезни мочеполовой системы (N00-N99).

Класс XV. Беременность, роды и послеродовый период (O00-O99).

Класс XVI. Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00-P96).

Класс XVII. Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99).

Класс XVIII. Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00-R99).

Класс XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00-T98) .

Класс XX. Внешние причины заболеваемости и смертности (V00-Y98).

Класс XXI. Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения (Z00-Z99).

Виды заболеваемости изучаемые по данным обращаемости населения за медицинской помощью в ЛПУ

а) *Общая заболеваемость* изучается по данным обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения. Эти сведения собираются в порядке текущей регистрации, на основе сплошного учета всех заболеваний. За единицу наблюдения принимают первое обращение по данному заболеванию в текущем календарном году. Хронические заболевания учитываются только один раз в году. Острые заболевания регистрируются при каждом новом случае их возникновения.

Учетные документы. «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 и амбулаториях.

При регистрации каждого острого заболевания в разделе «впервые установленный диагноз» ставится «+». При регистрации хронического заболевания статистический талон заполняется лишь один раз при первом обращении в данном году. При повторных обращениях в течение этого же года по поводу хронического заболевания статистический талон не заполняется. При этом каждый случай хронического заболевания, впервые в жизни выявленного у больного, независимо от того, сколько лет больной имеет симптомы заболевания, отмечается знаком «+».

С 1991 г., в связи с переходом учреждений здравоохранения на работу в системе обязательного медицинского страхования используются новые статистические документы – «Единый талон амбулаторного пациента» (ф. № 025-08/-97) и «Талон амбулаторного пациента» (ф. № 025-10/у), включающие как данные о выполненных медицинских услугах, так и сведения о заболеваниях и проблемах здоровья (раздел «статистический талон»). «Единый талон амбулаторного пациента» позволяет учесть не только диагноз основного заболевания, послужившего причиной обращения, но и все диагнозы сопутствующих заболеваний.

В талоне указывается характер и течение каждого заболевания: острое заболевание, впервые в жизни зарегистрированное заболевание, обострение хронического заболевания, а также сведения о методе выявления заболевания (на приеме, на дому, при профилактическом осмотре).

При формулировке диагнозов нужно придерживаться следующих правил:

- основным считается диагноз, послуживший причиной данного обращения, который вписывается при последнем посещении пациента по данному обращению;

- из всех заболеваний, послуживших причиной данного обращения, следует фиксировать в качестве основного наиболее тяжелое из них, а остальные записывать в раздел сопутствующих.

Если при обращении за лечением острое заболевание у больного сочетается с хроническим, то основным заболеванием, послужившим причиной обращения, будет острое. Хроническое заболевание регистрируется в данном случае как сопутствующее.

Каждый случай впервые зарегистрированного заболевания также отмечается в «Листке записи заключительных (уточненных) диагнозов» на второй странице «Медицинской карты амбулаторного больного», куда последовательно записываются эти заболевания.

На основе первичных статистических документов, регистрирующих уточненные диагнозы, 2 раза в год составляется «Сводная ведомость учета заболеваний» (форма № 071/у), являющаяся основой составления годового статистического отчета по форме № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения».

Отчет дает представление о заболеваемости детей, подростков и взрослого населения, на основании этих данных вычисляются показатели общей заболеваемости населения по отдельным врачебным участкам, по отделениям и в целом по учреждению (в динамике). Устанавливаются особенности и тенденции. Данные анализируются врачами, заведующими отделением и руководителями учреждений здравоохранения. Устанавливаются зависимости и закономерности влияния факторов, планируются мероприятия, принимаются необходимые управленческие решения.

Сведения об общей заболеваемости населения наиболее полно отражает распространенность заболеваний, т.е. болезненность. Как правило, в это число заболеваний не входят случаи, когда больные непосредственно поступают в стационары больниц по скорой помощи, а также случаи внезапной смерти по поводу острого заболевания или обострения хронического, без обращения в данном году во внебольничные учреждения.

При изучении заболеваемости по обращаемости необходимо принимать во внимание факторы, с которыми связаны полнота полученных сведений; в числе их: доступность медицинской помощи, обеспеченность врачами, возможность населения обращаться за медицинской помощью по месту жительства и работы, а также в специальные учреждения, уровень санитарной культуры населения.

При наличии необходимых условий данные об обращаемости с достаточной полнотой отражают не только болезненность, но и заболеваемость населения, кроме того, они могут быть дополнены данными медицинских осмотров.

Данные по общей заболеваемости населения позволяют проводить целенаправленные профилактические мероприятия по снижению патологии среди населения, а также определять потребность в медицинских кадрах и больничных койках.

Инфекционная (эпидемическая) заболеваемость

Принятая система учета и отчетности об инфекционных заболеваниях позволяет своевременно и оперативно оповещать органы государственного санитарно-эпидемиологического надзора и органы здравоохранения о возникающих случаях инфекционных заболеваний. Это осуществляется с целью предупреждения распространения этих заболеваний и возникновения эпидемических вспышек, а также предотвращения профессиональных и пищевых отравлений. Учет и анализ инфекционных заболеваний дают возможность организовать контроль и уточнение диагнозов, а также разработать меры их профилактики.

Единица наблюдения - каждый случай заболевания или подозрение на заболевание.

Учетный документ – кроме учетных форм («Талона амбулаторного пациента», либо «Единого талона») составляется «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении необычной реакции на прививку» (ф. 058/у).

Все врачи и средние медицинские работники не зависимо от их места работы, установившие диагноз инфекционного заболевания или заподозрившие его, должны составить экстренное извещение и направить его в течение 12-ти часов в орган государственного санитарно-эпидемиологического надзора по месту выявления заболевания. В случаях установления диагноза средними медицинскими работниками экстренное извещение составляется в 2-х экземплярах: один из них направляется в орган государственного санитарно-эпидемиологического надзора, другое во врачебное учреждение.

Все подлежащие оповещению инфекционные заболевания можно разделить на следующие **группы**:

1) карантинные заболевания (чума, холера, натуральная оспа, желтая лихорадка);

2) заболевания, которые регистрируются как важнейшие неэпидемические болезни с одновременной информацией органов государственного санитарно-эпидемиологического надзора, информация об этих заболеваниях собирается системой специализированных лечебно-профилактических учреждений (туберкулез, сифилис, гонорея, трахома, грибковые заболевания, лепра);

3) заболевания, о которых лечебно-профилактические учреждения представляют только суммарную (цифровую) информацию в органы госсанэпиднадзора и которые по классификации не относятся к классу инфекционных заболеваний (грипп, ОРВИ);

4) заболевания, о каждом случае которых делаются сообщения в органы госсанэпиднадзора с приведением детальных сведений о заболевании

(брюшной тиф, паратифы, и другие сальмонеллезы, дизентерия, энтериты, детские инфекции, менингиты, энцефалиты, инфекционный гепатит, столбняк, полиомиелит, бешенство, риккетсиозы, малярия, лептоспироз, сепсис у детей 1-го месяца жизни, геморрагическая лихорадка, орнитоз и др.).

Для учета и контроля за движением экстренных извещений, в лечебно-профилактических учреждениях и органах госсанэпиднадзора имеются специальные журналы регистрации инфекционных заболеваний (учетная форма № 060/у), в которых ведется запись отправленных и полученных извещений. При изменении диагноза лечебное учреждение, изменившее диагноз, обязано составить новое экстренное извещение на этого больного и направить его в орган государственного санитарно-эпидемиологического надзора по месту обнаружения заболевания, указав в пункте 1 измененный диагноз, дату его установления и первоначальный диагноз.

На основании извещений и журналов органами госсанэпиднадзора ежемесячно составляется отчет «О движении инфекционных заболеваний» (ф. № 85-инф.), который является единственным источником информации для вышестоящих организаций об инфекционной заболеваемости.

О заболеваниях 3 группы органы госсанэпиднадзора получают информацию из лечебно-профилактических учреждений на основании ф. № 95-грипп. Эта форма содержит лишь суммарные сведения о числе зарегистрированных заболеваний ОРВИ и гриппом.

Помимо ф. № 058/у для детального анализа инфекционной заболеваемости используется «Карта эпидемиологического обследования очага инфекционных заболеваний» (ф. № 357/у).

Для анализа инфекционной заболеваемости рассчитывается ряд показателей.

Профессиональная заболеваемость

Профессиональная заболеваемость – 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 приложению к приказу МЗ РФ.

К профессиональным болезням относятся заболевания, обусловленные воздействием неблагоприятных факторов производственной среды. Профессиональная заболеваемость является чутким индикатором, отражающим неблагополучие в состоянии и организации охраны труда.

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. Врач, выявивший данное заболевание, заполняет экстренное извещение (ф. № 058/у) и отправляет его в течение 12 ч в Роспотребнадзор.

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. Врач заполняет извещение о хроническом профессиональном заболевании (отравлении) (форма № 151/у), которое отправляется после установления окончательного диагноза в течение 3 дней в Роспотребнадзор.

Порядок расследования случаев профессиональных заболеваний (отравлений)

1. Острое заболевание (отравление)

Расследование проводит санитарный врач по гигиене труда (или другой специалист органа госсанэпиднадзора в зависимости от профиля предприятия в течение 24 ч с момента получения экстренного извещения.

Состав комиссии:

- а) врач Роспотребнадзора;
- б) представитель администрации;
- в) представитель отдела охраны труда;
- г) профсоюзный комитет предприятия;
- д) цеховой терапевт;
- е) медработник здравпункта предприятия.

2. Хроническое заболевание (отравление)

Расследование проводит санитарный врач по гигиене труда в течение 7 дней с момента получения извещения о заболевании.

Состав комиссии тот же.

По результатам расследования составляется акт по установленной форме.

Учетный документ: «Карта учета профессионального заболевания (отравления)» - форма № 152/у; составляется на основании акта расследования и «Журнала учета профессиональных заболеваний (отравлений)» в Роспотребнадзоре.

Врач Роспотребнадзора заполняет 2 экземпляра «Карты ...» и 1 экземпляр высылает в вышестоящий этап Роспотребнадзора 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.

Показатели профессиональной заболеваемости и методика их вычисления

Показатели	Методика вычисления
Структура профессиональных заболеваний: • по нозологическим формам; • по этиологическим формам; • по течению (острые или хронические)	$\frac{\text{Число случаев отдельных профессиональных заболеваний} \times 100}{\text{Число случаев всех профессиональных заболеваний за год}}$
Частота профессиональных заболеваний (в целом, по отдельным болезням)	$\frac{\text{Число случаев профессиональных заболеваний} \times 10\,000}{\text{Число лиц, прошедших медосмотр, либо работающих}}$

Неэпидемическая заболеваемость

Неэпидемическая заболеваемость – это частота случаев неэпидемических заболеваний среди населения, к которым относятся злокачественные новообразования, туберкулез, венерические, психические заболевания, кожные болезни: микозы, чесотка, трахома, установленных соответствующими врачами-специалистами за определенный период.

Необходимость изучения неэпидемических заболеваний вызвана их социальной значимостью: большой длительностью течения, высокой распространенностью ряда заболеваний среди отдельных социальных групп, необходимостью разработки дифференцированных нормативов лечебно-профилактических мероприятий и организацией специализированной медицинской помощи больным.

Единица наблюдения - каждый впервые в жизни установленный диагноз неэпидемического заболевания и зарегистрированный в данном году.

Учетные документы: «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания» (форма № 089/у); «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» (форма № 090/у).

В случае выявления у больного запущенного онкологического заболевания заполняется форма № 248/у «Протокол на выявление у больного запущенной формы злокачественной опухоли (клиническая группа 1У)».

В связи с особенностями организации специализированной помощи населению устанавливать точный диагноз (подтверждать предварительный) неэпидемических заболеваний 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:

- ф. № 7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями»;
- ф. № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом»;
- ф. № 9 «Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых кожных заболеваниях и чесоткой»;
- ф. № 10 «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами (без алкогольных психозов, алкоголизма, наркомании, токсикомании)»;
- ф. № 11 «Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами».

Показатели неэпидемической заболеваемости и методика их вычисления

Наименование показателя	Методика вычисления
Структура неэпидемических заболеваний (в %)	$\frac{\text{Число случаев заболеваний одной из нозологических форм} \times 100}{\text{Число случаев всех неэпидемических заболеваний}}$
Частота неэпидемических заболеваний (в целом, по отдельным заболеваниям)	Число случаев неэпидемических заболеваний $\times 1000$
	Среднегодовая численность населения, проживающего на данной территории

Госпитализированная заболеваемость

Госпитализированная заболеваемость – частота всех случаев заболеваний, зарегистрированных у выбывших больных из стационара за данный год (на 1000 населения).

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

Учетный документ – «Статистическая карта выбывшего из стационара» (форма № 066/у), которая заполняется либо контролируется лечащим врачом на основании «Медицинской карты стационарного больного» (история болезни – ф. № 003/у). Данные о заболеваниях из «Статистических карт выбывшего из стационара» сводятся в «Отчет о деятельности стационара» (ф. № 14), где представлены сведения о составе больных в стационаре по нозологическим группировкам, возрастным группам (взрослые и подростки, дети).

Показатели госпитализированной заболеваемости и методика их вычисления

Наименование показателя	Методика вычисления
Структура госпитализированной заболеваемости (в %)	Число случаев отдельных заболеваний у выбывших из стационара $\times 100$

	Общее число заболеваний у выбывших больных из стационара за год
Госпитализированная заболеваемость (уровень в целом, по отдельным заболеваниям)	Число случаев заболеваний у выбывших больных из стационара х 1000
	Среднегодовая численность населения, проживающего на данной территории

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ)

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

Существует 2 метода изучения ЗВУТ:

- по форме 16-ВН «Сведения о причинах временной нетрудоспособности»;
- по данным полицейского учета постоянно работающего контингента.

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: показатели ЗВУТ предполагается шире использовать для оценки качества медицинской помощи; организации экспертизы ВН.
- 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 у работающего в связи с заболеванием или травмой.

Основными учетными документами являются:

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

Отчетный документ

- Сведения о причинах временной нетрудоспособности за ... год (ф. 16-ВН).

Листок нетрудоспособности (ЛН) имеет статистическое, юридическое и финансовое значение, лицевая сторона бланка заполняется лечащим врачом

(средним медицинским работником, имеющим лицензию), обратная – предприятием, где работает пациент.

Графы «диагноз и заключительный диагноз» не заполняются; в графе «причина нетрудоспособности» подчеркивается или записывается вид нетрудоспособности: заболевание, травма.

В разделе «освобождение от работы» записываются дни нетрудоспособности.

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

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-10.

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.

Все талоны собираются, шифруются, сводятся и разрабатываются либо статистиками ЛПУ, либо с помощью компьютерных технологий. Отчет «Сведения о причинах временной нетрудоспособности за ... год» предоставляются в бюро статистики управления здравоохранения.

На основании данных отчета по ф. 16-ВН, содержащих сведения о всех случаях и днях нетрудоспособности, можно, в основном, изучать структуру и уровни ВН в целом по всем видам ВН, по полу, возрасту, отдельным группам болезней, 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.

На основе данной формы № 16-ВН может быть рассчитан ряд показателей, характеризующих заболеваемость с временной утратой трудоспособности.

1. Число случаев нетрудоспособности на 100 работающих (всего, по отдельным классам, группам заболеваний, болезням, полу, возрасту):

$$\frac{\text{Число случаев нетрудоспособности}}{\text{Среднегодовая численность работающих}} \times 100$$

2. Число дней нетрудоспособности на 100 работающих (всего, по отдельным классам, группам заболеваний, болезням, полу, возрасту):

$$\frac{\text{Число дней нетрудоспособности}}{\text{Среднегодовая численность работающих}} \times 100$$

3. Средняя длительность одного случая ВН как в целом, так и по отдельным причинам, заболеваниям:

$$\frac{\text{Всего дней нетрудоспособности}}{\text{Всего случаев нетрудоспособности}}$$

4. Показатель структуры случаев (дней) нетрудоспособности по причинам ВН:

$$\frac{\text{Число случаев (дней) по определенной причине} \times 100}{\text{Всего случаев (дней)}}$$

4.1. Структура случаев (дней) ВН по заболеваниям (классам болезней):

$$\frac{\text{Число случаев (дней) по определенному классу} \times 100}{\text{Всего случаев (дней) по всем болезням}}$$

5. Структура случаев ВН по полу и возрасту как в целом, так и по отдельным причинам, заболеваниям:

$$\frac{\text{Число случаев ВН определенного пола, возраста} \times 100}{\text{Всего случаев ВН по стране в целом или заболевания}}$$

Число случаев ВН на 100 работающих (показатель частоты) указывает на уровень заболеваемости работающих. Число дней ВН на 100 работающих зависит от многих факторов, влияющих на длительность ВН и характеризует, в основном, тяжесть заболевания. Средняя длительность случая нетрудоспособности также отражает тяжесть заболевания и зависит от уровня экспертной оценки трудоспособности.

Изучать ЗВУТ нужно ежемесячно, только тогда можно выявить причины болезней.

Эти показатели надо сравнивать:

1. Показатели 1 цеха с другими цехами.
2. С показателями всего завода.
3. Со средними показателями по городу, области, республике.
4. С другими предприятиями такой же отрасли промышленности.
5. С другими предприятиями города.
6. Необходимо сравнивать показатели в динамике: например, апрель этого года с апрелем прошлого года или за прошлый месяц год.
7. По отдельным декадам месяца.

Заболеваемость в временной утратой трудоспособности отражает заболеваемость работающего населения. Поэтому, кроме социально-гигиенического она имеет и большое социально-экономическое значение.

Основной задачей анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности является разработка мероприятий по снижению заболеваемости работающих в каждом конкретном цехе, на участке, предприятии в целом.

Углубленное изучение ЗВУТ проводится по данным персонального учета. На каждого работника предприятия заполняется специальный учетный документ («Персональная карта работающего»), в которой указываются паспортные данные, профессия и стаж работы (общей и в данной профессии).

В основе методики полицейского учета лежит способ «сцепки на одно лицо» нескольких «Талонов на законченный случай ВН» в течение года (3 лет) наблюдения в ЛПУ.

В течение года работниками лечебно-профилактических учреждений выкопировываются из больничных листков и вносятся в эти карты сведения о всех случаях утраты трудоспособности, каждым работающим с указанием диагноза и длительности освобождения его от труда.

Такая система учета позволяет проводить изучение заболеваемости не только по общим показателям, но и по специальным показателям, рассчитанным для отдельных возрастных, половых, профессиональных и стажевых групп. Кроме того, полицейский учет дает возможность рассчитать и проанализировать еще ряд дополнительных показателей, характеризующих заболеваемость в частности:

1. Процент болевших лиц как отношение числа работающих, имевших хотя бы один случай утраты трудоспособности в течение года (болеющие лица), к общему числу так называемых круглогодичных лиц, проработавших на данном предприятии весь год;

2. Распределение (в %) болевших лиц по числу случаев временной нетрудоспособности;

3. Показатель кратности острых заболеваний (грипп, ангина и др.) как отношение числа случаев нетрудоспособности (по поводу определенного заболевания у круглогодичных работающих) к числу лиц, страдающих этим заболеванием;

4. Показатель повторности обострений хронических заболеваний.

Использование персонального учета заболеваемости дает также возможность выделить группу длительно и часто болеющих рабочих и служащих, имеющих в течение года не менее 4-х случаев или 40 дней нетрудоспособности по однородным этиологически связанным между собой заболеваниям (или 6 и более случаев или 60 и более дней нетрудоспособности по неоднородным заболеваниям).

5. Заболеваемость, по данным медицинских осмотров

Медицинские или профилактические осмотры являются одной из форм лечебно-профилактической помощи, заключающийся в активном обследовании

населения с целью выявления заболеваний. Медицинские осмотры дают наиболее полную информацию о всех имеющихся на момент осмотра хронических и острых заболеваниях с клиническими проявлениями, а также о субклинических формах, протекающих функционально компенсировано.

Виды медицинских осмотров

1. Предварительные (при поступлении на работу, учебу).
2. Периодические профилактические определенных контингентов в течение года.
3. Целевые (по выявлению определенной нозологической формы).
4. Профессиональные (определенных нарушений здоровья и болезней, связанных с профессией).

Все контингенты, подвергаемые предварительным и периодическим медицинским осмотрам, можно разделить на **три группы**:

1. Работники предприятий, учреждений и организаций, имеющие контакт с профессиональными вредностями.
2. Работники пищевых, детских и некоторых коммунальных учреждений, которые проходят бактериологическое обследование для выявления инфекционных болезней или бактерионосительства при поступлении на работу и впоследствии через определенные сроки, поскольку они могут стать источником массового заражения.
3. Дети всех возрастов, рабочие-подростки, учащиеся средних специальных учебных заведений, студенты.

Предварительные медицинские осмотры проводят при поступлении на работу или учебу с целью определения соответствия состояния здоровья требованиям профессии или обучения, а также выявления заболеваний, которые могут обостряться и прогрессировать в условиях работы с профессиональными вредностями или в процессе учебы. Существует список заболеваний, являющихся противопоказаниями к работе и учебе по ряду профессий.

Основная задача **периодических медицинских осмотров** на производстве – выявление ранних признаков профессиональных заболеваний или отравлений, а также заболеваний, этиологически не связанных с профессией, но при которых продолжение контакта с данными профессиональными вредностями представляет опасность.

Министерство здравоохранения регламентирует порядок проведения предварительных и периодических медицинских осмотров на производстве.

Целевые медицинские осмотры проводятся для раннего выявления ряда заболеваний (туберкулеза, злокачественных новообразований, болезней системы кровообращения, органов дыхания, гинекологических заболеваний и т. д.) путем одномоментных осмотров в организованных коллективах, либо путем осмотра всех лиц, обращающихся за медицинской помощью в ЛПУ.

Результаты медицинских осмотров фиксируются в «Карте подлежащего периодическому осмотру» (ф. 046/у), для лиц, проходящих обязательные

периодические осмотры, в «Медицинской карте амбулаторного больного» (ф. 025/у), в «Истории развития ребенка» (ф. 112/у), «Медицинской карте ребенка» (ф. 026/у) (для школ, школ-интернатов, детских домов, детских садов, яслей-садов), в «Медицинской карте студента вуза».

Списки составляются администрацией предприятия, которая должна заполнить первые 5 граф формы, и передаются в ЛПУ, проводящее осмотр. Все последующие записи делаются при осмотре.

«Карты диспансеризации» (ф. 131/у) фиксируют факт осмотра врачами «узких» специальностей и проведения лабораторных исследований. Ежегодно определяется группа здоровья для каждого прошедшего диспансеризацию, а если выявлено заболевание, то ставится его диагноз, а также отмечается взятие под специальное наблюдение.

Для того, чтобы медицинский осмотр был достаточно эффективным, необходимо обеспечить его четкую организацию, привлечение высококвалифицированных специалистов, использование современной техники. Такие медицинские осмотры позволяют в среднем выявить у каждой 1000 обследованных дополнительно до 1200 заболеваний, по поводу которых больные не обращались к врачам. Так, в частности, на каждую 1000 обследованных дополнительно выявляется около 200 случаев сердечно-сосудистых заболеваний, болезни органов пищеварения возрастают в 2 раза.

Заболеваемость по данным о причинах смерти

Заболеваемость по данным о причинах смерти – частота случаев заболеваний, выявленных среди умерших и послуживших причиной смерти.

Единицей наблюдения является каждый случай смерти, зарегистрированный в медицинском статистическом документе за год.

Учетный документ – «Медицинское свидетельство о смерти» (ф. № 106/у) и «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» (ф. № 106-2/у-98). Эти документы передаются в органы ЗАГСа, сводятся в ведомость.

Показатели заболеваемости по данным причин смерти и методика вычисления:

Структура причин смерти (в %) =

$$\frac{\text{Число случаев смерти по классам или нозологическим формам} \times 100}{\text{Число всех случаев смерти}}$$

Смертность населения (в целом, по отдельным заболеваниям) =

$$\frac{\text{Число случаев смерти в целом по классам или отдельным нозологиям} \times 1000}{\text{Среднегодовая численность населения, проживающего на данной территории}}$$

Помимо общего показателя смертности, могут быть рассчитаны показатели смертности населения в зависимости от пола, возраста и других признаков.

Разработка данных, содержащихся в медицинских свидетельствах и смерти, существенно дополняет сведения об общей заболеваемости.

Исследования этой части заболеваемости позволяет выяснить, какие формы заболеваний явились причиной летальных исходов, наметить задачи и направления лечебно-профилактической работы по снижению смертности и увеличению долголетия.

Методика анализа показателей заболеваемости

Анализ структуры заболеваемости выявляет особенности (приоритетность) тех или иных заболеваний.

Если показатели заболеваемости представлены в динамике, то анализ необходимо проводить следующим образом.

1. Оценить показатель по уровню
2. Оценить динамику показателей заболеваемости (снижение, рост, стабилизация).
3. Сравнить со средними статистическими данными по региону и РФ за изучаемый год.
4. Указать факторы, влияющие на показатели.

Инвалидность населения

Под **инвалидностью** (лат. *invalidus* – слабый, немощный) понимают стойкое длительное нарушение трудоспособности, либо ее значительное ограничение, вызванное хроническим заболеванием, травмой или патологическим состоянием. Понятие «инвалидность» имеет медицинский, юридический и социальный аспекты. За установлением инвалидности следует прекращение работы или изменение условий и характера труда и назначение различных видов государственного социального обеспечения (пенсия, трудоустройство, профессиональное обучение, протезирование и др.), гарантированное законодательством.

Тяжесть инвалидности может быть различной: от ограничений трудоспособности в основной профессии до полной ее утраты во всех видах профессиональной деятельности. В зависимости от степени потери или ограничения трудоспособности установлены три группы инвалидности:

I группа инвалидности: стойкие и тяжелые нарушения функций организма, при которых больной утратил полностью постоянно или длительно трудоспособность и нуждается в посторонней помощи, уходе или надзоре. В некоторых случаях инвалиды первой группы приспосабливаются к отдельным видам труда в особо созданных условиях.

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

III группа инвалидности: значительное снижение трудоспособности вследствие хронических заболеваний или анатомических дефектов. Больные нуждаются в значительных изменениях условий труда в своей профессии, что приводит к сокращению квалификации. Кроме того, к этой категории относятся лица, которые не допускаются к выполнению работы по эпидемическим показаниям (например, при туберкулезе). Инвалидность III группы может устанавливаться ограниченно трудоспособным учащимся и лицам до 40 лет, нуждающимся в приобретении специальности, а также лицам с низкой квалификацией или не имеющим профессии (на период обучения или переобучения).

При освидетельствовании больного необходимо установить не только группу инвалидности, но и указать ее причину, т. е. социально-биологические условия, при которых возникла инвалидность.

Подробную статистическую информацию о инвалидности получают путем разработки «Актос освидетельствования» или «Статистических талонов» к акту. Талон содержит 17 пунктов, содержащих сведения о больном: пол, возраст, социальная категория, первичное или повторное освидетельствование, диагноз, группа инвалидности, причина инвалидности, трудоустройство, лечебное учреждение, направившее на место работы, должность и др. На основании статистической разработки рассчитываются следующие показатели инвалидности:

Первичная инвалидность (частота первичного выхода на инвалидность) =

Общее число рабочих и служащих за год,

впервые признанных инвалидами x 100

Общая численность рабочих и служащих

Данный показатель рассчитывается по районам, областям, краям, автономным образованиям, отраслям промышленности и т. д.

Структура первичной инвалидности =

Общее число рабочих и служащих за год,

впервые признанных инвалидами от данного заболевания

(данного возраста) x 100

Общая численность рабочих и служащих за год

признанных инвалидами

Структура первичной инвалидности рассчитывается по заболеваниям, возрастным группам, полу, социальной принадлежности и т. п.

Частота первичной инвалидности по группам инвалидности =

Число лиц, признанных инвалидами 1 группы

в течение года x 1000

Число работающих и служащих по территории проживания

или отрасли промышленности

Распределение первичной инвалидности по группам инвалидности =

$$\frac{\text{Число лиц признанных инвалидами 1 гр. в течение года} \times 100}{\text{Число лиц, впервые признанных инвалидами за год}}$$

$$\frac{\text{Общая инвалидность (частота, контингенты инвалидов)} \times \text{Число лиц, получающих пенсии и пособия по инвалидности (контингенты инвалидов)} \times 10\,000}{\text{Общая численность рабочих и служащих данной территории}}$$

Этот показатель рассчитывается по возрасту, причинам и группам инвалидности по различным территориям. Кроме того, он может быть рассчитан по формуле:

$$\frac{\text{Число инвалидов на начало года} \times 100}{\text{Число работающих на начало года}}$$

Данный показатель рассчитывается по возрасту, причинам, группам, категориям инвалидности.

Динамика инвалидности по группам =

$$\frac{\text{Показатель частоты инвалидности (первичной или общей) за данный год} \times 100}{\text{Показатель частоты инвалидности (первичной или общей) за предыдущий год}}$$

Изменение группы инвалидности при переосвидетельствовании =

$$\frac{\text{Число лиц, при переосвидетельствовании изменивших группу инвалидности} \times 100}{\text{Число инвалидов, прошедших переосвидетельствование}}$$

Удельный вес впервые вышедших на инвалидность среди контингентов всех инвалидов =

$$\frac{\text{Число впервые признанных инвалидами в данном году} \times 100}{\text{Общее число лиц, имеющих инвалидность на начало года}}$$

Удельный вес инвалидов с детства среди общего числа инвалидов =

$$\frac{\text{Число лиц, имеющих инвалидность с детства на начало года} \times 100}{\text{Общее число инвалидов на начало года}}$$

Органы здравоохранения в своей работе широко используют показатели инвалидности, выявляют их тенденции для определения состояния здоровья населения и разработки дальнейших мероприятий по реабилитации инвалидов.

Значение отдельных методов изучения заболеваемости.

Каждый из указанных выше методов изучения заболеваемости имеет свои особенности в отношении качества и значения собираемых на их основе данных. Так, при изучении заболеваемости на основе обращаемости в лечебно-профилактические учреждения преимущественно выявляются заболевания, по поводу которых больной обычно обращается тогда, когда он ощущает тот или иной симптом болезни или сам констатирует наличие болезненного процесса. Поэтому в заболеваемости по данным обращаемости преимущественно представлены острые заболевания, а хронические заболевания – в основном в стадии обострения. Наоборот, в заболеваемости, выявляемой путем медицинских обследований и массовых профилактических осмотров, чаще выявляются болезни, протекающие без явных симптомов, особенно в начальных стадиях или в стадии компенсации, часто не обнаруживаемых самими больными (туберкулез, сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, глистные инвазии и пр.). Учет ЗВУТ охватывает далеко не все заболевания, а только те, которые были причиной временной нетрудоспособности взрослого работающего населения.

Таким образом, ни один из этих методов в отдельности не может полностью охарактеризовать заболеваемость как в целом, так и по отдельным болезням. Каждый из них только в пределах своих возможностей дает представление о распространенности заболеваний. Следовательно, для того чтобы иметь наиболее полное и достоверное представление о заболеваемости населения, необходимо комплексное использование всех методов.

Контрольные вопросы

1. «Собственно заболеваемость», «болезненность», «патологическая пораженность», определение, примеры.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Методы и источники изучения заболеваемости.
4. Общая заболеваемость, методика изучения, характеристика.
5. Инфекционная (эпидемическая) заболеваемость, методика изучения.
6. Неэпидемическая заболеваемость, методика изучения.
7. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности, методика изучения.
8. Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности.
9. Изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности по данным персонального учета.
10. Госпитализированная заболеваемость, методика изучения.
11. Заболеваемость, выявляемая активно при проведении медицинских профилактических осмотров.
12. Заболеваемость, изучаемая на основе данных о причинах смерти.

Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению

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

В 2007 г. в России функционировало 11 148 АПУ, в которых медицинская помощь оказана более 50 млн человек.

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

Дальнейшее развитие амбулаторно-поликлинической помощи направлено на обеспечение доступности этого вида медицинской помощи всем группам населения, проживающим в любых регионах страны; полное удовлетворение потребности населения в квалифицированной лечебно-профилактической и медико-социальной помощи; усиление профилактической направленности в деятельности АПУ; повышение эффективности их работы; совершенствование управления; повышение культуры и качества медико-социальной помощи.

Понятие о первичной медико-санитарной помощи (ПМСП)

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) – первичный элемент многогранной структуры охраны здоровья населения, которая максимально приближает медицинскую помощь к месту жительства и построена по принципу «от периферии к центру».

Являясь центральным звеном здравоохранения, ПМСП должна осуществлять главную функцию – улучшение здоровья населения.

ПМСП должна удовлетворять основные потребности населения в области здравоохранения:

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

ПМСП должна включать в себя следующие составляющие:

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

- лечение распространенных заболеваний и травм;
- обеспечение основными лекарственными средствами.

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

Амбулаторно-поликлиническая помощь, особенности и принципы ее оказания

Амбулаторно-поликлиническая помощь – самый массовый вид медицинской помощи; в них осуществляется высококвалифицированное обслуживание около 80% всех больных.

В соответствии с приказом Минздрава РФ от 7 октября 2005 года №627 амбулаторно-поликлинические учреждения (АПУ) включают следующие наименования:

1.3.1. Амбулатория.

1.3.2. Поликлиники, в том числе:

- городская, в том числе детская;
- центральная районная;
- стоматологическая, в том числе детская;
- консультативно-диагностическая, в том числе для детей;
- психотерапевтическая;
- физиотерапевтическая;
- восстановительного лечения.

Особенности амбулаторно-поликлинического вида помощи:

1. Большая часть АПУ оказывают первичную медико-социальную помощь и обеспечивают медицинскую помощь преимущественно по месту жительства с учетом интересов застрахованных граждан.

2. Решение проблем здоровья населения (лечение, профилактика и др.) осуществляется на базе своих учреждений либо оказывается помощь на дому.

3. Это самый доступный и массовый вид медицинской помощи. Из всех обратившихся 80% начинает и заканчивает лечение в АПУ, а лишь 20% госпитализируется в стационарные учреждения.

Основные принципы оказания амбулаторно-поликлинической помощи:

- участковость;
- доступность;
- профилактическая направленность;
- преемственность и этапность лечения.

Участковость. Большая часть АПУ работают по участковому принципу, т.е. за учреждениями закреплены определенные территории, которые в свою очередь разделены на территориальные участки. За каждым участком закреплен участковый врач (терапевт, педиатр) и участковая медицинская сестра. Терапевтические участки формируют из расчета 1700 жителей в возрасте 18 лет и старше на один участок.

При формировании участков для обеспечения равных условий работы участковых врачей учитывается:

- численность населения;
- протяженность участка;
- тип застройки;
- удаленность от поликлиники;
- транспортную доступность и др.

Доступность обеспечивается:

1. Широкой сетью АПУ, действующих на территории РФ;
2. Бесплатностью амбулаторно-поликлинической помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Любой житель страны не должен иметь препятствий для обращения в АПУ как по месту жительства, так и на территории, где он находится в настоящее время.

Профилактическая направленность реализуется посредством диспансерного метода. *Диспансеризация* – приоритетное направление в деятельности медицинских учреждений, включающее комплекс мер по формированию здорового образа жизни, профилактике и ранней диагностике заболеваний, эффективному лечению больных и их динамическому наблюдению.

Диспансеризация включает:

- ежегодный медицинский осмотр населения декретированных групп с проведением установленного объема врачебных осмотров, лабораторных и инструментальных исследований;
- дообследование нуждающихся с использованием всех современных методов диагностики;
- выявление лиц, имеющих факторы риска, способствующие возникновению и развитию заболеваний;
- выявление заболеваний в ранних стадиях;
- индивидуальную оценку состояния здоровья;
- проведение комплекса необходимых медицинских и социальных мероприятий и динамического наблюдения за состоянием здоровья населения;
- мобилизацию кадровых и материальных ресурсов здравоохранения, их рациональное использование;
- дальнейшее расширение и углубление научных исследований, внедрение автоматизации и создание системы управления диспансеризацией;
- усиление работы по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, повышение уровня пропаганды здорового образа жизни, осознание каждым гражданином того, что охрана здоровья - не только его личное дело, но и общественная необходимость.

В профилактической деятельности АПУ выделяют первичную, вторичную и третичную профилактики.

Первичная профилактика включает следующие мероприятия:

- вакцинация;
- гигиеническое воспитание населения;
- диспансерное наблюдение за здоровыми и лицами с факторами риска;
- санитарно-противоэпидемиологические мероприятия.

Вторичная профилактика включает:

- своевременное определение инфекционных заболеваний и извещение про инфекционного больного СЭС;
- организация изоляции больных, наблюдение за контактными выздоравливающими;
- организация текущей дезинфекции.

Третичная профилактика – комплекс мероприятий, по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Её цель – социальная (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовая (возможность восстановления трудовых навыков), психологическая (восстановление поведенческой активности) и медицинская (восстановление функций органов и систем организма) реабилитация.

Диспансерный метод прежде всего используется в работе с определенными группами здоровых людей (дети, беременные, спортсмены, военнослужащие и др.), а также с больными, подлежащими диспансерному наблюдению. В процессе диспансеризации эти контингенты ставят на учет с целью раннего выявления заболеваний, комплексного лечения, проведения мероприятий по оздоровлению условий труда и быта, восстановлению трудоспособности и продлению периода активной жизнедеятельности.

Важным направлением профилактической работы АПУ является прививочная работа. Детскому населению профилактические прививки проводят в соответствии с Национальным календарем прививок, взрослому населению – по показаниям.

Преемственность и этапность лечения. Амбулаторно-поликлиническая помощь является первым этапом единого процесса оказания медицинской помощи: пациент вначале обращается к участковому врачу поликлиники и в случае необходимости он может быть направлен в консультативно-диагностический центр, диспансер (онкологический, противотуберкулезный, психоневрологический и др.), больничное учреждение, центр медицинской и социальной реабилитации (*этапность*). Между этими звеньями оказания медицинской помощи должна существовать *преемственность*, позволяющая исключать дублирование диагностических исследований, ведения медицинской документации, тем самым обеспечить комплексность в профилактике, диагностике, лечении и реабилитации больных.

Одним из направлений в достижении этого является внедрение электронной истории болезни (электронный паспорт больного).

Среди АПУ ведущими являются поликлиника и амбулатория, которые составляют более 75% учреждений внебольничного типа, а число врачебных посещений в них – около 85%.

Поликлиника – высокоразвитое специализированное лечебно-профилактическое учреждение, в котором оказывается медицинская помощь приходящим больным, а также больным на дому, осуществляется комплекс лечебно-профилактических мероприятий по лечению и предупреждению развития заболеваний и их осложнений.

Амбулатория – учреждение, которое оказывает помощь больным по одной или нескольким основным врачебным специальностям, в то время как в поликлинике оказывается помощь по многим специальностям.

Таким образом, поликлиника отличается от амбулатории объемом и уровнем лечебно-профилактической помощи.

3. Организация работы и структура городской поликлиники

Городская поликлиника для взрослых – многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее амбулаторно-поликлиническую помощь населению в возрасте 18 лет и старше. Поликлиники организуют в составе больничных учреждений (республиканской, областной, краевой, окружной, центральной районной больницы, медико-санитарной части) или могут быть самостоятельными учреждениями.

В зависимости от числа посещений в смену или числа обслуживаемого населения поликлиники делятся на 5 категорий:

I категория – 1200 посещений в смену (обслуживает 100-120 тыс. населения);

II категория – 750-1200 посещений в смену (80-100 тыс. населения);

III категория – 500-750 посещений в смену (50-79 тыс. населения);

IV категория – 250-500 посещений в смену (18-49 тыс. населения);

V категория – до 250 посещений в смену (до 17000 обслуживаемого населения).

Основные задачи поликлиники:

- оказание медицинской помощи населению непосредственно в поликлинике и на дому;
- организация и проведение среди прикрепленного населения комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности;
- диспансеризация населения и, прежде всего, лиц с факторами риска;
- организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, формированию здорового образа жизни.
- сбор информации о состоянии здоровья населения (заболеваемости, инвалидности, смертности);
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности и экспертизы медико-социальных проблем.

Структура городской поликлиники может зависеть от:

- численности и особенностей состава населения (по полу, возрасту, профессиям);
- состояния здоровья обслуживаемого контингента (заболеваемости);
- экономических возможностей территории субъекта РФ (финансирование, материально-технические кадры);
- сложившихся на территории особенностей организации и управления лечебно-профилактической помощью.



Примерная организационная структура городской поликлиники для взрослых

Поликлинику возглавляет **главный врач**, который выполняет следующие обязанности:

- осуществляет руководство деятельностью учреждения;
- несет ответственность за качество и культуру лечебно-профилактической помощи;
- несет ответственность за организационную, административно-хозяйственную и финансовую деятельность учреждения;
- разрабатывает план работы учреждения и организует его выполнение;
- проводит подбор кадров медицинского и административно-хозяйственного персонала;
- выносит поощрения хорошо работающим инициативным сотрудникам и привлекает к дисциплинарной ответственности нарушителей трудовой дисциплины;
- осуществляет расстановку кадров;

- организует повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала;
- готовит резерв руководителей подразделений;
- устанавливает распорядок работы учреждения;
- утверждает графики работы персонала и т.д.

Главный врач назначает своих **заместителей**:

1. *Заместитель по лечебной работе*: отвечает за всю профилактическую и лечебно-диагностическую деятельность учреждения, а в период отсутствия главного врача исполняет его обязанности.

2. *Заместитель по клинико-экспертной работе*: организует работу по контролю качества медицинской деятельности ЛПУ, его подразделений и отдельных специалистов, возглавляет клинико-экспертную комиссию и обеспечивает условия для ее эффективной работы, также осуществляет контроль за выполнением медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи, реализацией моделей конечных результатов, проведением экспертизы временной нетрудоспособности.

3. *Заместитель по административно-хозяйственной части*: осуществляет руководство хозяйственной деятельностью организации здравоохранения и контроль за хозяйственным обслуживанием и надлежащим состоянием ЛПУ.

За качество профилактической и лечебно-диагностической работы в поликлинике ответственность несут и **заведующие отделениями**, в обязанности которых входят:

- осуществление руководства и контроля за профилактической и лечебно-диагностической работой врачей;
- консультация больных со сложными формами заболеваний;
- контроль выдачи врачами листков временной нетрудоспособности;
- организация своевременной госпитализации больных, которым необходимо стационарное лечение;
- обеспечение проведения мероприятий по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала;
- контроль лечения больных, нуждающихся в госпитализации, но оставленных по каким-либо причинам на дому.

В состав лечебно-профилактических подразделений могут быть включены лечебные (клинические) отделения и кабинеты: от 6 до 20 по основным специальностям в зависимости от мощности учреждения.

В последние годы в связи с реализацией реформ первичной медико-социальной помощи в состав поликлиники может входить такое отделение, как «дневной стационар», а при отделении неотложной помощи – кабинет обслуживания по типу «стационар на дому».

Регистратура – основное структурное подразделение по организации приема больных в поликлинике и на дому.

Задачи регистратуры:

1. Запись на прием к врачам при непосредственном обращении и по телефону;
2. Распределение потоков обратившихся для приема в кабинетах поликлиники и для обслуживания на дому;
3. Хранение медицинской документации и медицинской информации об обслуживаемых контингентах;
4. Оформление правовых документов (листок нетрудоспособности и справок);
5. Информирование населения о графике работы врачей, наличии и объеме предоставляемых услуг.

Различают 3 способа организации записи пациентов на прием к врачу:

1. Талонная система: первичные пациенты обращаются в регистратуру и получают талоны с указанием порядкового номера очереди, фамилии врача, номера кабинета и времени явки на прием.

2. Самозапись: посетители сами вписывают в специальные листы свои паспортные данные с указанием удобного для них времени приема. Для этого в холле поликлиники оборудуют столики с папками листов самозаписи на несколько дней вперед. Дежурный регистратор дает необходимые устные справки, в отдельных случаях помогает посетителям записаться на прием к врачу. Заполненные листы самозаписи в конце дня передают работникам картохранилища для подбора «Медицинских карт амбулаторного больного» или их оформления для впервые обратившихся пациентов. Перед приемом медицинская сестра кабинета берет из картохранилища подобранные «Медицинские карты амбулаторного больного» и лист самозаписи.

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

Для получения пациентами необходимой информации в вестибюле поликлиники организуют подробную «немую справку» с расписанием работы врачей всех специальностей, номеров их кабинетов, врачебных участков с входящими в них улицами и домами, правилами подготовки к исследованиям (рентгеноскопии, рентгенографии, анализов крови) и т.д. «Немая справка» должна содержать также информацию о времени и месте приема населения главным врачом и его заместителями; адреса дежурных поликлиник и

стационаров района (города), оказывающих экстренную специализированную помощь на селению в воскресные дни, и др.

Скорость обслуживания больных зависит от рационального размещения в регистратуре «Медицинских карт амбулаторного больного». Оптимальной считается система расстановки карт в барабанах по участкам, а внутри них – по улицам, домам и квартирам. Значительно облегчает работу система маркировки медицинских карт, когда каждый терапевтический участок имеет свою цветовую маркировку. В последнее время распространяется практика хранения медицинских карт амбулаторного больного на руках у пациентов, что облегчает получение пациентом консультаций в других лечебно-профилактических учреждениях, однако в случае утери карты создаются серьезные затруднения.

В непосредственной близости от регистратуры располагается **кабинет доврачебного приема**, где работают наиболее опытные медицинские сестры.

Задачи кабинета доврачебного приема:

1. Распределение пациентов по срочности направления их к врачу;
2. Направление на лабораторные и другие диагностические исследования больных, которые не нуждаются в день обращения во врачебном приеме;
3. Проведение антропометрии, измерение артериального и глазного давления, температуры тела и др.;
4. Заполнение паспортной части «Санаторно-курортной карты» (ф. 072/у-04), «Направления на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь» (ф. 088/у-06), а также внесение в них данных лабораторных и других диагностических исследований, оформление справок, выписок и других медицинских документов;
5. Участие в организации и проведении медицинских осмотров.

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

Задачи участкового терапевта:

1. Своевременная квалифицированная терапевтическая помощь населению своего участка в поликлинике и на дому;
2. Своевременная госпитализация больных с обязательным предварительным обследованием при плановой госпитализации;
3. Использование в своей работе современных методов профилактики, диагностики и лечения;
4. Экспертиза временной нетрудоспособности больных в соответствии с действующим положением;

5. Проведение комплекса мероприятий по диспансеризации взрослого населения участка, анализ эффективности и качества диспансеризации;

6. Раннее выявление, диагностика, лечение инфекционных заболеваний и направление в Центры гигиены и эпидемиологии;

7. Систематическое повышение своей профессиональной квалификации и уровня медицинских знаний участковой медицинской сестры;

8. Пропаганда среди населения участка здорового образа жизни.

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

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

На средний медперсонал могут быть возложены повторные посещения для проверки соблюдения больным постельного режима, выполнения назначенного лечения. Большая роль принадлежит среднему медперсоналу в осуществлении такой активной формы посещений на дому, как *патронаж*, особенно одиноких престарелых граждан, больных со злокачественными новообразованиями. Эффективность профилактической и лечебной работы во многом определяется взаимоотношениями медперсонала и пациента, умением врача и медсестры найти пути воздействия на образ жизни больного или здорового человека. Поэтому следует шире использовать каждое посещение на дому для проведения профилактической работы в семье, бесед с родственниками пациентов, разъяснения им особенностей психологии больных, ухода за ними, обучения проведению реабилитационных мероприятий на дому.

Помощь на дому в вечернее и ночное время жителям микрорайона, обслуживаемого поликлиникой (или несколькими поликлиниками), оказывает отделение неотложной медицинской помощи, организуемое в одной из поликлиник. Решением местного органа здравоохранения оказание неотложной помощи в вечернее и ночное время может быть полностью возложено на централизованную службу скорой медицинской помощи.

Стационар на дому организуют с целью лечения больных, которые страдают хроническими заболеваниями и в силу социально-бытовых причин

отказываются от госпитализации. Лечение проводит врач поликлиники, посещающий больного на дому не реже 3 раз в неделю, его назначения выполняет средний медицинский персонал.

Дневной стационар – прогрессивная и эффективная форма оказания квалифицированной медицинской помощи больным, позволяющая проводить лечение на уровне стационара без госпитализации больного. Дневной стационар может быть организован на 5-25 и более коек, работать как в одну, так и в две-три смены. Он обеспечивает лечение лиц с хронической патологией и некоторыми острыми заболеваниями. В дневных стационарах хирургического профиля могут проводиться операции по поводу удаления доброкачественных опухолей мягких тканей, грыж; ортопедические вмешательства. В условиях дневных стационаров проводят обследование больных: фонокардиография, урография, эндоскопия и т.д. Число работающих врачей, среднего медицинского и другого персонала, перечень необходимого оборудования устанавливает руководитель учреждения. Достаточно эффективно лечение в дневных стационарах больных с заболеваниями сосудов нижних конечностей, хроническими заболеваниями органов дыхания и пищеварения, последствиями перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения и др. Транспортировка больных в дневной стационар может быть организована транспортом поликлиники по медицинским показаниям. Дневными стационарами широко используются физиотерапия, бальнеологическое лечение, грязелечение, массаж, лечебная физкультура и другие виды восстановительного лечения. Средняя длительность пребывания больных в дневном стационаре составляет 10-12 дней.

Учетно-отчетная документация. Анализ деятельности поликлиники

В соответствии с приказом Минздрава №1030 от 4 октября 1980 г., последние изменения в который внесены 31 декабря 2002 года «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения», основными учетными статистическими документами поликлиники являются:

1. Медицинская карта амбулаторного больного (ф. 025/у);
2. Талон амбулаторного пациента (ф. 025-10/у-97);
3. Контрольная карта диспансерного наблюдения (ф. 030/у);
4. Книга записей вызова врача на дом (ф. 031/у);
5. Журнал учета инфекционных заболеваний (ф. 060/у);
6. Талон на прием к врачу (ф. 025-4/у-88);
7. Врачебное свидетельство о смерти (ф. 106/у);
8. Направление на МСЭК (ф. 088/у);
9. Журнал для записей консультаций КЭК (ф. 035/у);
10. Журнал регистрации больных, назначенных на госпитализацию (ф. 036/у).

Основным отчетным документом медицинского учреждения является годовой отчет «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении за _____ год» (ф. 30). Годовой отчет поликлиники и сведения о ЛПУ за год дополняют специальные вкладыши и другие отчеты:

1. «Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» (ф. 12);
2. «Сведения о причинах временной нетрудоспособности» (ф. 16-ВН);
3. «Сведения о медицинских кадрах» (ф. 17).

Структура годового отчета (ф.30.) включает:

Введение.

1. Раздел I. Штаты учреждения на конец года.
2. Раздел II. Деятельность поликлиники (амбулатории, диспансера, консультации).
3. Раздел III. Деятельность стационара.
4. Раздел IV. Работа лечебных вспомогательных отделений (кабинетов).
5. Раздел V. Работа диагностических отделений.
6. Раздел VI. Антибарическая деятельность.
7. Раздел VII. Оснащенность электронно-вычислительной техникой.
8. Раздел VIII. Техническое состояние здания.

«Форма 30» является обязательной формой отчетности для всех типов лечебно-профилактических учреждений независимо от их размещения, специализации и подчиненности.

Оценка и анализ деятельности ЛПУ проводятся для:

1. Разработки мероприятий для текущего, перспективного планирования;
2. Совершенствования управления деятельностью учреждения в целом и его отдельных структурных звеньев;
3. Более углубленного изучения эффективности различных методов диагностики, лечения и профилактики, новых медицинских технологий, различных организационных форм работы;
4. Своевременного внедрения элементов научной организации труда в практику работы учреждения;
5. Осуществления экономико-финансовой деятельности ЛПУ;
6. Оценки всех компонентов структуры, технологии и результатов качества оказания медицинской помощи и совершенствования работы в соответствии со стратегией непрерывного улучшения качества медицинской помощи.

Электронная регистратура

Электронная регистратура – это виртуальное приложение, с помощью которого пациенты могут записаться на прием к врачу в медицинские учреждения через Интернет-портал.

Электронная регистратура позволяет:

- узнать расписание приема врачей;
- получить информацию о медицинских учреждениях;
- записаться на прием к специалисту;
- напечатать талон на прием;
- просмотреть историю своих записей на прием.

Обзор системы «Электронная регистратура».

Авторизация пользователя. Авторизация пользователя в системе может производиться двумя способами:

- если пользователь был в медицинском учреждении, подключенном к системе «Электронная регистратура», он выбирает способ авторизации по паролю и вводит данные, полученные от сотрудников учреждения;
- если пользователь не получил логин и пароль, то он может воспользоваться дополнительным способом авторизации по ФИО. При этом функционал системы будет ограничен.

Запись на прием осуществляется в системе поэтапно. На первом шаге пользователь выбирает медицинское учреждение, в которое он хочет записаться, либо через поиск, либо выбирая из списка ранее посещаемых учреждений.

На втором шаге пользователь выбирает специализацию врача, к которому он хочет записаться, из списка отделений выбранного медицинского учреждения.

На третьем шаге пользователь выбирает врача выбранной специализации (отделения), к которому он хочет записаться.

На четвертом шаге отображается расписание приема выбранного врача. Пользователь выбирает день в расписании, на который он хочет записаться на прием.

На пятом шаге пользователь выбирает временной интервал, на который будет назначен прием, из свободных интервалов в расписании выбранного врача.

На шестом шаге отображается информация о созданной записи на прием, а также имеется возможность отказаться от записи, распечатать талон или отправить его на электронную почту пользователя.

В разделе личного кабинета пользователь может просмотреть список своих текущих, либо прошлых записей на прием. В данном разделе также имеется возможность отказаться от созданной записи на прием, либо распечатать талон.

Также в Личном кабинете реализована возможность обратной связи пользователя с администратором портала. С её помощью пользователь может высказать жалобу, внести какое-либо предложение, запросить интересующую его информацию и т.п.

Что дает «Электронная регистратура» организации:

1. Автоматизация процесса записи на прием уменьшает трудозатраты персонала медицинского учреждения;

- Использование прогрессивных технологий повышает репутацию медицинского учреждения;
- Упрощение процедуры записи на прием увеличивает число клиентов медицинского учреждения;
- Возможность быстро и просто записаться на прием к врачу, используя удобный Интернет-портал;
- Возможность отменить запись на прием, не совершая дополнительных звонков в медицинское учреждение;
- Возможность ознакомиться с историей своих записей на прием, посещений врачей и текущими записями;
- Возможность найти нужного специалиста в интересующем учреждении и ознакомиться с его расписанием;
- Возможность получить актуальную информацию о медицинском учреждении (местоположение, контактная информация и т.п.).

Электронная регистратура
Лечебно-профилактических учреждений Волгоградской области
Региональный портал государственных услуг

Система предназначена для записи пациентов на прием к врачам медицинских учреждений Волгоградской области.

Личный кабинет Просмотр расписания Медицинские учреждения Личный кабинет ЛПУ

Личный кабинет
Пройти процедуру авторизации по

Пароль ФИО

Уникальный идентификатор пользователя
12345678

Пароль

☐ Согласен(на) на [обработку персональных данных](#)

Войти

В настоящее время возможна запись на прием в **135** учреждений

Запись на прием через интернет
Для того, чтобы записаться на прием к врачу, необходимо пройти процедуру авторизации

Если Вы были в медицинском учреждении, подключенном к системе "Электронная регистратура", выберите способ [авторизации по паролю](#) и введите данные, полученные от сотрудников учреждения.

Если Вы не получили логин и пароль, то можете воспользоваться дополнительным способом [авторизации по ФИО](#). При этом функционал системы будет ограничен. Для этого нужно выбрать необходимый способ авторизации и ввести данные.

Запись на прием по телефону
Кроме того, для записи на прием Вы можете воспользоваться Центром Обработки Вызовов по телефону

Контрольные вопросы:

- Перечислите основные принципы организации лечебно-профилактической деятельности в городской поликлинике.
- Каковы обязанности главного врача поликлиники и его заместителей?
- Какие структурные подразделения включает типовая городская поликлиника?
- Каковы задачи и функции регистратуры?
- Перечислите задачи кабинета доврачебного приёма.
- Какие задачи решает участковый врач (врач общей практики)?
- Перечислите основные функции участкового врача-терапевта.
- Дайте определение преемственности в деятельности лечебно-профилактических учреждений.
- Назовите конечную цель преемственности и взаимодействия в организации лечебно-профилактической помощи населению.

10. Какие мероприятия следует осуществлять в работе АПУ и стационаров с целью обеспечения четкой преемственности между ними?

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Основные особенности организации и задачи по совершенствованию сельского здравоохранения

Медицинское обслуживание сельского населения строится на тех же организационных принципах, что и городского населения. Однако существующие различия между городом и селом, которые определяются целым рядом факторов (характер расселения сельских жителей, радиус обслуживания, специфика условий сельскохозяйственного труда и быта на селе и др.), накладывают определенный отпечаток на характер медицинской помощи (ее объем и качество) сельским жителям и требуют от органов здравоохранения применения особых организационных форм и методов работы. Так, например, такой фактор, как характер расселения (малая плотность, разбросанность населенных пунктов и их отдаленность друг от друга), оказывают существенное влияние на доступность медицинской помощи, и является важным условием формирования сети медицинских учреждений на селе. Специфика сельскохозяйственного труда (сезонность работ, отдаленность полевых станов, иная длительность рабочего дня, влияние климатических условий и т. д.) обуславливает необходимость создания передвижных форм медицинской помощи, изменения графика работы сельских учреждений в период проведения полевых работ и т. п.

Основными особенностями организации медицинской помощи сельскому населению России были и являются в настоящее время:

- этапность;
- наличие специальных лечебно-профилактических учреждений в структуре сельского здравоохранения;
- специальные организационные формы и методы работы медицинского персонала и лечебно-профилактических учреждений в целом.

Главной особенностью организации медицинской помощи сельскому населению является этапность ее оказания, которую условно выделяют в три этапа:

- **Первый этап** – сельский комплексный терапевтический участок, где больные получают первичную медико-санитарную помощь (доврачебную) и основные виды врачебной помощи: терапевтическую, педиатрическую, хирургическую, акушерскую, гинекологическую и стоматологическую;
- **Второй этап** – учреждения здравоохранения муниципального района, ведущим учреждением на этом этапе является центральная районная больница, оказывающая специализированную медицинскую помощь по основным ее видам;
- **Третий этап** – учреждения здравоохранения субъекта РФ, в частности, областная больница (краевая, окружная, республиканская), где оказывается

высококвалифицированная специализированная медицинская помощь практически по всем специальностям.

Кроме того, значительная часть сельских жителей получает амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь в городских ЛПУ.

Уровень госпитализации сельских жителей практически сравнялся с уровнем госпитализации городских.

Перед сельским здравоохранением стоят следующие задачи, это:

- опережающее развитие амбулаторно-поликлинических учреждений в сельской местности, которое позволит достичь установленного норматива потребности сельского населения в амбулаторно-поликлинической помощи;
- более интенсивное развитие сети приписных терапевтических и педиатрических участков, систематическое увеличение должностей врачей-специалистов в амбулаториях в соответствии с действующими нормативами;
- расширение передвижных видов врачебной медицинской помощи и использование специальных автомашин и прежде всего передвижных амбулаторий и стоматологических кабинетов;
- полное укомплектование врачами участковых больниц и амбулаторий в сельской местности;
- оснащение больниц, амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов современными средствами;
- совершенствование работы лечебно-профилактических учреждений сельских районов.

Сельский комплексный терапевтический участок (СКТУ)

Сельский врачебный участок (СКТУ) является первым наиболее близким звеном в системе медицинского обслуживания сельского населения.

Его основной задачей является оказание населению участка общедоступной квалифицированной врачебной помощи и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий.

В состав СКТУ входят: участковая больница или самостоятельная врачебная амбулатория, фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), фельдшерские здравпункты при промышленных предприятиях и промыслах.

Средняя численность населения на СКТУ колеблется в пределах 5 – 7 тыс. жителей при оптимальном радиусе участка 7 – 10 км.

Все медицинские учреждения, входящие в состав СКТУ, организационно объединены и работают по единому плану и под руководством главного врача сельской участковой больницы (амбулатории).

Кроме самостоятельных СКТУ, в районе могут организовываться так называемые приписные врачебные участки (терапевтические, педиатрические) жители которых получают специализированную помощь непосредственно в ЦРБ.

В современных условиях СКТУ как комплекс учреждений здравоохранения первичного звена играет важную роль в оказании первичной медико-санитарной помощи, профилактике заболеваний и укреплении здоровья населения. Важной задачей органов здравоохранения является дальнейшее

развитие и совершенствование работы учреждений первичного звена лечебно-профилактической помощи – 1 этапа системы медицинского обслуживания сельских жителей.

Участковая больница (УБ) (или врачебная амбулатория) является основным медицинским учреждением на СКТУ. Мощность УБ зависит от численности населения на участке, радиуса обслуживания, состояния дорог и расстояния до ЦРБ; количества совхозов и колхозов на участке, промышленных предприятий, а также от особенностей местных условий установлены 4 категории.

Типовые категории участковых, центральных районных и областных больниц в зависимости от числа коек

Виды больниц	Категории					
	1	II	III	IV	V	VI
Участковые	75-100	50-75	35-50	25-35	-	-
ЦРБ	350-400	300-350	250-300	200-250	150-200	100-150
Областные	Свыше 800	600-800	500-600	400-500	300-400	-

Характер и объем медицинской помощи в УБ в основном определяется их мощностью, оснащением, наличием врачей-специалистов. Оказание амбулаторной и стационарной помощи терапевтическим и инфекционным больным, помощь в родах, лечебно-профилактическая помощь детям, неотложная хирургическая и травматологическая помощь, входят в круг прямых обязанностей врачей любой УБ независимо от ее мощности.

Из штатных нормативов медицинского персонала участковых больниц (утверждены приказом Министерства здравоохранения СССР от 26.09.78 г. № 900)

Должности врачей для оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению устанавливаются из расчета:

Наименование должности	Число должностей на 10 000 населения	
	взрослого	детского
Врач-терапевт	4,0	-
Врач-педиатр	-	8,0
Акушер-гинеколог	0,6	-
Хирург	0,4	0,3
Стоматолог	2,5	2,5

2. Должности врачей отделений (палат) стационара устанавливаются из расчета 1 должность на следующее число коек:

врач-терапевт	- на 25 коек
врач педиатр	- на 20 коек
врач-хирург	- на 25 коек
акушер-гинеколог	- на 20 коек

Основными задачами участковой больницы являются:

- обеспечение населения прикрепленной территории квалифицированной врачебной помощью (амбулаторной и стационарной);
- планирование и проведение мероприятий по профилактике и снижению заболеваемости различных групп сельского населения;
- проведение лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья матери и ребенка;
- внедрение в практику современных методов профилактики, диагностики и лечения больных, передовых форм и методов организации амбулаторно-поликлинической помощи;
- организационно-методическое руководство и контроль за деятельностью **ФАП** и других учреждений здравоохранения, входящих в состав СКТУ.

Одним из основных разделов деятельности УБ является организация амбулаторно-поликлинической помощи как наиболее массового вида медицинской помощи, которая оказывается амбулаторией УБ или самостоятельной сельской амбулаторией и строится по участково-территориальному принципу.

Основные функции сельской амбулатории:

- широкое проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости;
- раннее выявление больных;
- диспансеризация здоровых и больных;
- оказание квалифицированной медицинской помощи населению;
- проведение мероприятий по приближению внебольничной помощи к работникам сельского хозяйства в период массовых полевых работ;
- проведение комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий (профилактические прививки, текущий санитарный надзор за учреждениями и объектами, водоснабжением, очисткой населенных мест и др.)

Плановые выезды врачей в подчиненные ФАП и детские учреждения для оказания практической помощи и проведение контроля за их работой.

Врачи УБ (амбулатории) ведут прием взрослых и детей, осуществляют вызовы на дом и неотложную помощь. В приеме больных при необходимости принимают участие и фельдшера, однако, амбулаторная помощь УБ оказывается, как правило, врачами. Врач не селе должен быть врачом общей врачебной практики (семейным врачом), он должен быть продолжателем традиций земского врача.

При оказании медицинской помощи обеспечивается преемственность в обследовании и лечении больных со стационаром; проводится экспертиза нетрудоспособности и при необходимости больные направляются на медико-социальную экспертизу.

Врачебный штат УБ для амбулаторно-поликлинической помощи устанавливают по числу должностей на 1000 жителей взрослого и детского

населения, а для стационарной помощи по числу коек соответствующего профиля.

Фельдшерско-акушерские пункты (ФАП).

Фельдшерско-акушерский пункт является структурным подразделением участковой или центральной районной больницы. По существующим нормативам организуются в селениях с числом жителей от 700 и более при расстоянии до ближайшего медицинского учреждения не менее 5 км, а также в населенных пунктах и с меньшим числом жителей, если расстояние до ближайшего медицинского учреждения превышает 7 км, то ФАП можно организовать в населенных пунктах с числом жителей 300-500.

Из штатных нормативов медицинского персонала фельдшерско-акушерских пунктов (утверждено приказом Министерства здравоохранения СССР от 26.09.78 г. № 900)

Наименование должности	Число должностей при обслуживании				
	от 700 до 900 жителей	свыше 900 до 1 300 жителей	свыше 1 300 до 1 800 жителей	свыше 1 800 до 2 400 жителей	свыше 2 400 до 3 000 жителей
Заведующий (фельдшер, акушерка)	1	1	1	1	1
Средний медицинский работник (акушерка, патронажная медсестра)	-	0,5	1	1,5	2
Санитарка	0,5	1	1	1	1

ФАП является амбулаторно-поликлиническим учреждением в сельских населенных пунктах и на объектах строительства вне населенных пунктов.

Основными задачами ФАП являются:

- оказание населению доврачебной медицинской помощи;
- своевременное и в полном объеме выполнение назначений врача;
- организация патронажа детей и беременных женщин, систематическое наблюдение за состоянием здоровья инвалидов Отечественной войны и ведущих специалистов сельского хозяйства (механизаторов, животноводов и др.);
- проведение под руководством врача комплекса профилактических, противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, прежде всего инфекционной и паразитарной, сельскохозяйственного и бытового травматизма;

- диспансеризация населения;
- проведение мероприятий по снижению младенческой и материнской смертности;
- санитарно-гигиеническое обучение и воспитание населения и др.

Осуществляя профилактическую работу, медицинские работники ФАП непосредственно участвуют в текущем санитарном надзоре за учреждениями для детей и подростков, коммунальными, пищевыми, промышленными и другими объектами, водоснабжением и очисткой населенных пунктов в проведении подворных обходов по эпидемиологическим показаниям с целью выявления инфекционных больных, контактных с ними лиц и подозрительных на инфекционные заболевания, извещают территориальный ЦГСЭН об инфекционных, паразитарных и профессиональных заболеваниях, отравлениях населения и выявленных нарушениях санитарно-гигиенических требований.

Фельдшера и акушерки оказывают первую доврачебную помощь при острых заболеваниях и несчастных случаях.

Вся лечебно-профилактическая, санитарно-противоэпидемическая и организационная деятельность ФАП осуществляется по единому комплексному плану УБ (амбулатории) под ее непосредственным руководством и систематическим контролем.

Учреждения здравоохранения муниципального района

Районные медицинские учреждения: центральная районная больница, районные больницы, районная стоматологическая поликлиника, районные диспансеры, территориальные медицинские объединения, отделы и филиалы Роспотребнадзора и др.

Центральная районная больница (ЦРБ) - основное учреждение на II этапе медицинской помощи сельским жителям. Она является также одновременно органом управления и центром организационно-методического, оперативного руководства всеми учреждениями здравоохранения на территории района и ответственная за организацию, постановку и качество медицинской помощи населению.

С целью приближения специализированной медицинской помощи к сельскому населению могут создаваться **межрайонные медицинские центры**. Функции таких центров выполняют крупные ЦРБ (мощностью 500-700 коек), способные обеспечить население данного муниципального района недостающими видами специализированной стационарной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

В состав ЦРБ входят: поликлиника, стационар, вспомогательно-диагностические отделения (кабинеты), отделение скорой и неотложной помощи, организационно-методический кабинет. Конкретная мощность той или иной ЦРБ в основном определяется численность населения района, наличием в районе других больничных учреждений, общим количеством коек развернутых в них.

Примерное распределение стационарной помощи сельскому населению по этапам ее оказания

Этапы оказания стационарной помощи	Количество коек на 1000 жителей	
	районного центра и приписного участка	сельских населенных пунктов
1 этап – участковые больницы	-	4
II этап – ЦРБ	10,9	7,4
III этап – областная больница и специализированные учреждения области	2,0	2,0
И т о г о	12,9	13,4

Штатные нормативы врачебных должностей ЦРБ для амбулаторно-поликлинического обслуживания (утверждены приказом министра здравоохранения СССР от 26.09.78 г. № 900)

Наименование должности врача	Число врачебных должностей на 10 000 населения					
	районного центра		приписного участка		остальной территории района	
	взросло го	детског о	взросло го	детског о	взросло го	детског о
Терапевт участковый	5,0	-	4,0	-	-	-
Врач-терапевт	-	-	-	-	0,3	-
Педиатр участковый	-	12,5	-	8,0	-	-
Врач-педиатр	-	-	-	-	-	0,2
Хирург, уролог (суммарно)	0,35	0,3	0,25	0,2	0,1	0,1
Травматолог-ортопед	0,3	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1
Акушер-гинеколог	1,0	-	0,6	-	0,25	-
Невропатолог	0,5	0,5	0,3	0,3	0,1	0,1
Отоларинголог	0,4	0,5	0,2	0,2	0,1	0,1
Офтальмолог	0,4	0,5	0,2	0,2	0,1	0,1
Кардиоревматолог	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Стоматолог (включая стоматолога-хирурга)	2,7	2,7	2,5	2,5	0,2	0,2

И т о г о	10,8	17,5	8,3	11,7	1,3	1,0
------------------	------	------	-----	------	-----	-----

Основные задачи ЦРБ:

- обеспечение населения района и районного центра в необходимом объеме квалифицированной специализированной поликлинической и стационарной медицинской помощью;
- оперативное и организационно-методическое руководство, а также контроль за деятельностью всех учреждений здравоохранения, находящихся на территории района;
- планирование, финансирование и организация материально-технического снабжения учреждений здравоохранения района;
- разработка и осуществление мероприятий, направленных на повышение качества медицинского обслуживания населения района, снижение заболеваемости, младенческой и общей смертности и укрепление здоровья;
- разработка и осуществление мер по расстановке, рациональному использованию, повышению профессиональной квалификации и воспитанию медицинских кадров учреждений здравоохранения.

Руководство ЦРБ осуществляет главный врач (он же главный врач района). Главный врач руководит организацией здравоохранения района, отвечает за работу всех учреждений здравоохранения и качество медицинской помощи.

Он также непосредственно осуществляет руководство ЦРБ, отвечает за всю профилактическую, лечебно-диагностическую, административно-хозяйственную и финансовую деятельность больницы.

В своей работе по руководству здравоохранением района и ЦРБ главный врач опирается на заместителей: по организации медицинского обслуживания населения (ему непосредственно подчинен организационно-методический кабинет), по организации поликлинической помощи, по медицинской части (который главным образом занимается вопросами работы стационара ЦРБ), по клинко-экспертной работе, по родовспоможению и детству.

Должность заместителя главного врача по детству и родовспоможению устанавливается в ЦРБ сельского района с населением 70 тысяч человек и более, вместо должности районного педиатра, а должность заместителя главного врача по медицинской части – при наличии 100 коек и более.

Для оперативного руководства здравоохранением при главном враче создается медицинский совет.

Для организационно-методического руководства учреждениями здравоохранения района, разработки и осуществления основных мероприятий в области профилактики заболеваний, санитарно-гигиенического воспитания и проведения лечебно-оздоровительных мероприятий среди населения района, анализа состояния здравоохранения района, работы ЛПУ главный врач привлекает сотрудников организационно-методического кабинета и врачей-специалистов ЦРБ.

Главный врач ЦРБ, являясь одновременно главным врачом района, организует и обеспечивает:

- анализ общей заболеваемости и смертности населения, заболеваемости с временной утратой трудоспособности и инвалидности среди работников сельского хозяйства, а также рабочих и служащих промышленных предприятий;
- систематическое изучение причин заболеваемости и смертности детей с последующей разработкой мер по их устранению, улучшению работы по оказанию лечебно-профилактической помощи детям и матерям, повышению эффективности профилактических мероприятий, патронажа детей и беременных, их диспансерного наблюдения;
- преимущественное медицинское обслуживание механизаторов, животноводов, работников полевых бригад и др., а также подростков занятых в сельскохозяйственном производстве и системе профессионально-технического образования;
- квалифицированную доступную для населения района амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь. При необходимости используют передвижные виды врачебной помощи (амбулатории, стоматологические кабинеты, клиничко-диагностические лаборатории, флюорографические установки);
- систематическую организационно-методическую, консультативную и практическую помощь врачам и средним медицинским работникам ЛПУ района;
- повышение профессиональной квалификации врачей, среднего медицинского и другого персонала с использованием существующей системы специализации и усовершенствования;
- своевременное внедрение и широкое применение в практике ЛПУ района современных методов и средств профилактики, диагностики, и лечения больных, в том числе восстановительного лечения, а также передовых методов и средств профилактики, диагностики и лечения больных, в том числе восстановительного лечения, а также передовых методов работы учреждений здравоохранения района;
- расширение объема и повышение эффективности диспансеризации населения в соответствии с действующими положениями и инструкциями;
- проведение плановых (ежемесячных и ежеквартальных) совещаний и практических конференций медицинских работников района по наиболее актуальным вопросам медицинского обслуживания населения.

При ЦРБ организуется больничный совет, совет медицинских сестер, секции научных медицинских обществ.

Организационно-методическое руководство и контроль за деятельностью УБ и других ЛПУ района осуществляет ЦРБ, организуя плановые выезды врачей-специалистов в СУБ для консультаций и оказания практической помощи врачам этих учреждений по вопросам организации лечебно-диагностической и

профилактической работы, а также систематически изучая работниками организационно-методического кабинета (ОМК) основные качественные показатели работы медицинских учреждений района (уровень заболеваемости,

летальности, младенческой и общей смертности, расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов и т. д.).

На основе такого анализа разрабатываются и проводятся необходимые мероприятия по совершенствованию организации, повышению качества медицинской помощи сельскому населению. Большая роль в этом ответственном разделе деятельности ЦРБ принадлежит районным специалистам, которые на основании этого изучения смогут правильно спланировать и организовать специализированную медицинскую помощь. Обязанности районных специалистов, как правило, выполняют заведующие отделениями больницы, являющиеся не только наиболее квалифицированными, но и организаторами соответствующей специализированной помощи в районе.

В круг обязанностей районных специалистов входит наряду с организацией и руководством специализированными видами медицинской помощи в районе повышение квалификации врачей и средних медицинских работников, оказание лечебно-консультативной помощи и организационно-методической помощи врачам УБ и работникам ФАП, организация диспансерного наблюдения за определенными контингентами больных, изучение и распространение передового опыта.

Поликлиника ЦРБ, основные задачи:

- обеспечение квалифицированной амбулаторно-поликлинической помощью прикрепленного населения, района и районного центра;
- организационно-методическое руководство и контроль за деятельностью амбулаторно-поликлинических подразделений района;
- планирование и проведение мероприятий, направленных на профилактику и снижение общей и детской заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности и инвалидности;
- своевременное и широкое внедрение в практику работы всех амбулаторно-поликлинических учреждений района современных методов и средств профилактики и лечения заболеваний, передового опыта оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

Расширению объема специализированной медицинской помощи сельским жителям способствует развитие сети межрайонных специализированных отделений.

Межрайонное специализированное отделение наряду с выполнением функций структурного подразделения ЦРБ осуществляет:

- консультативные приемы в поликлинике больных по направлению врачей ЛПУ прикрепленных районов;

- госпитализацию больных из прикрепленных районов в установленном порядке;
- организационно-методическую и консультативную помощь (включая экспертизу трудоспособности) врачам ЛПУ прикрепленных районов, в том числе плановыми выездами;
- внедрение в практику работы учреждений здравоохранения своего и прикрепленных районов современных средств и методов профилактики, диагностики и лечения, больных по соответствующей специальности.

В составе ЦРБ могут быть выездные врачебные бригады (постоянно действующие функциональные подразделения). В плане приближения специализированной медицинской помощи к населению района важное значение имеют передвижные виды медицинской помощи: врачебные амбулатории, флюорографические кабинеты, клинико-диагностические лаборатории, зубо врачебные и зубопротезные кабинеты. Выездная бригада формируется главным врачом больницы из штатных врачей и средних медицинских работников. В ее состав могут включаться медицинские работники других ЛПУ (городских больниц, родильных домов, диспансеров и др.).

Так, согласно временному положению «О выездных бригадах ЦРБ, ТМО районов», утвержденному Департаментом по охране здоровья населения РСО-Алания от 22/І-97 г., выездные бригады, формируются приказом главного врача ЦРБ, директора ТМО района, с включением в их состав медицинских работников из числа штатных врачей и средних медицинских работников ЦРБ, определением объема проводимой работы на местах.

Выездные бригады работают по плану и графику, разработанным оргметодкабинетом и утвержденным главным врачом ЦРБ, директором ТМО. Графики составляются на год, увязываются с календарными и оперативными планами периодических медицинских осмотров, сетевыми графиками по диспансеризации.

При этом графики выездов ежемесячно конкретизируются и доводятся до сведения медицинских учреждений, где приемы специалистов вносятся в расписание их работы.

Для удобства населения выезды в один и тот же населенный пункт планируются в фиксированные дни и желательно постоянным составом специалистов.

Перед выездом специалисты получают задание в оргметодкабинете ЦРБ, ТМО районов, уточняются различные варианты организации их работы и намечаются пути устранения возможных недостатков.

По окончании работы специалисты выездной бригады на местах отмечают в журнале предложений и замечаний объем выполненной работы, выполнение ранее внесенных рекомендаций и предлагают проведение соответствующих мероприятий по устранению имеющихся недостатков в обслуживании населения.

В оргметодкабинет сдаются путевки «отчет и задание о выезде специалиста» с данными о проведенной работе каждым специалистом и внесенными предложениями по улучшению организации медицинской помощи населению.

В системе специализированной медицинской помощи важна также роль диспансеров. На уровне района, как правило, функционируют противотуберкулезный и дермато венерологический диспансеры (если других диспансеров нет, то соответствующие специалисты работают в поликлинике ЦРБ).

Большое внимание уделяется организации скорой медицинской помощи в сельских районах.

Организация медицинской помощи женщинам и детям на селе

На I этапе (сельский врачебный участок) оказывается в основном профилактическая, противоэпидемическая, в небольшом объеме лечебная помощь детям. В стационар сельской участковой больницы госпитализируются в основном дети с легкими формами заболевания, в тяжелых случаях помощь оказывают в центральной районной больнице, поскольку в маломощных сельских участковых больницах низкая обеспеченность кадрами – врачами-педиатрами и медицинская помощь нередко оказывается терапевтом.

Фельдшерско-акушерские пункты обеспечивают амбулаторно-поликлиническую помощь в основном беременным женщинам и детям первых лет жизни. Работают в этих учреждениях фельдшер или патронажная медицинская сестра.

Основным этапом для оказания медицинской помощи детям всего района служит II этап – центральная районная больница. Руководит всей работой больницы районный педиатр, а в крупных районах вводится должность заместителя главного врача по детству и родовспоможению.

Центральная районная больница – это ведущее учреждение по оказанию стационарной помощи детям. Однако, еще достаточно высока доля детей нуждающихся в лечении в соматических, общехирургических, инфекционных отделениях, но направленных на лечение в областные больницы. Это естественно, приводит к большой загруженности и поэтому невозможности обеспечить безотказную госпитализацию детей, нуждающихся в узкоспециализированной стационарной помощи. На педиатров и акушеров областного центра, кроме обеспечения высококвалифицированной медицинской помощи, возлагаются функции кураторов сельских районов в проведении организационно-методической и лечебно-консультативной помощи.

Для оказания квалифицированной медицинской помощи сельским женщинам и повышения уровня знаний врачей сельских участковых больниц нашла применение и дает хорошие результаты такая форма амбулаторно-поликлинической помощи беременным и гинекологическим больным, как выездные женские консультации.

В соответствии с рекомендациями ВНИИ социальной гигиены, организации и управления здравоохранения имени Н.А. Семашко в ЦРБ целесообразно сосредоточить около 70% всего детского коечного фонда, около 10% - в участковой больнице (сейчас около 50%), а оставшиеся 20% - предусмотреть для госпитализации детей в областном центре.

Роль областных больниц в организации медицинской помощи сельскому населению.

Областная (краевая, республиканская) больница (ОБ) – наиболее крупное многопрофильное ЛПУ, призванное оказывать в полном объеме высококвалифицированную специализированную помощь жителям области. Она является также центром организационно-методического руководства медицинскими учреждениями, размещенными на территории области (края, республики), и базой специализации и повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала. Во многих областных больницах функционируют клиники медицинских институтов, что способствует повышению качества лечебно-диагностической работы.

Мощность ОБ определяется численностью населения в области, включая областной центр.

Основные задачи:

1. Оказание высококвалифицированной специализированной консультативно-диагностической и лечебной помощи населению административной территории в амбулаторных и стационарных условиях с применением высококвалифицированных медицинских технологий.
2. Оказание консультативной и организационно-методической помощи специалистам других ЛПУ административной территории.
3. Организация и оказание квалифицированной экстренной и плановой консультативной медицинской помощи с использованием средств санитарной авиации и наземного транспорта.
4. Осуществление экспертизы качества лечебно-диагностического процесса в медицинских учреждениях административной территории.
5. Внедрение в практику ЛПУ административной территории современных медицинских технологий, экономических методов управления и принципов медицинского страхования.
6. Участие в подготовке, переподготовке и повышении квалификации медицинских работников.

Структура.

Областная больница независимо от численности населения административной территории и коечной мощности, должна иметь следующие структурные подразделения:

- консультативную поликлинику;
- стационар с приемным отделением;
- диагностический отдел;

- отдел клинико-экспертной и организационно-экономической работы;
- отделение экстренной планово-консультативной помощи;
- патологоанатомическое отделение;
- пансионат для пациентов;
- общежитие для медицинских работников.

Организация деятельности.

а) консультативная поликлиника (КП):

- 1) КП осуществляет консультативно-диагностическую и лечебную помощь с применением современных медицинских технологий, привлекает для этих целей (при необходимости) специалистов иных ЛПУ, медицинских и НИИ.
- 2) проводит консультации специалистов других ЛПУ, в том числе заочные, осуществляет выездную консультативную помощь больным.
- 3) обеспечивает ведение больных с тяжелыми формами заболеваний, требующими в процессе динамического наблюдения высокой квалификации специалистов, применения сложных медицинских технологий обследования, коррекции лечения.
- 4) в установленном порядке организует госпитализацию в профильные отделения больницы или другие ЛПУ.
- 5) выдает медицинские заключения по результатам консультаций и рекомендаций по лечению больных.
- 6) осуществляет экспертную оценку тактики и качества ведения пациентов на предыдущих этапах оказания медицинской помощи и, при наличии серьезных дефектов, информирует соответствующие лечебные учреждения, страховые медицинские организации и органы управления здравоохранением.

б) отдел клинико-экспертной и организационно-экономической работы

1) клинико-экспертное отделение:

- по заданию органов управления здравоохранением анализирует деятельность учреждений здравоохранения различных форм собственности, проводит экспертизу организации и плановой и экстренной медицинской помощи населению по различным профилям, готовит соответствующие рекомендации;
- осуществляет клинико-экспертную работу по контролю качества оказания лечебно-диагностической помощи в учреждениях здравоохранения, привлекая для этих целей при необходимости специалистов других ЛПУ, медицинских и НИИ, медицинских ассоциаций и т. д.;
- организует и проводит экспертизу временной нетрудоспособности;
- разрабатывает внутрибольничную систему управления качеством лечебно-диагностического процесса и с привлечением необходимых специалистов организует ее внедрение в структурных подразделениях больниц.

2) организационно-экономическое отделение:

- анализирует медико-демографическую ситуацию на административной территории;

- принимает участие в разработке территориальных программ медицинской помощи населению и контроля за их реализацией;
- разрабатывает территориальные медико-экономические стандарты;
- на основе утверждения единых методик разрабатывает тарифы и цены на медицинские услуги.

3) отделение медицинской статистики и вычислительной техники:

- обеспечивает достоверный статистический отчет и представляет отчетность о деятельности больницы по формам и в сроки, установленные органами статистики и здравоохранения;
- при отсутствии на территории самостоятельного информационно-вычислительного центра способствует внедрению и использованию в ЛПУ единых информационных технологий, в том числе сертифицированных программных средств, определяет единую технологическую политику, осуществляет контроль за использованием средств вычислительной техники в ЛПУ, проводит подготовку персонала учреждений здравоохранения к использованию средствами вычислительной техники.

При отсутствии на административной территории самостоятельного диагностического центра, диагностический отдел больницы выполняют задачи определенные «Положением о медицинском диагностическом центре».

Контрольные вопросы

1. Сельский комплексный терапевтический участок (СКТУ): определение, структура, содержание работы.
2. Фельдшерско-акушерский пункт, организация, содержание работы.
3. Основные задачи фельдшерско-акушерских пунктов.
4. Основные задачи сельской участковой больницы.
5. Объем медицинской помощи, оказываемой в сельской участковой больнице.
6. Охрана материнства и детства на сельском врачебном участке.
7. Санитарно-противоэпидемическая деятельность на сельском врачебном участке.
8. Центральная районная больница: структура, организация работы.
9. Основные задачи центральной районной больницы.
10. Организационно-методический кабинет, содержание работы.
11. Областная больница: структура, организация работы.
12. Основные задачи областной больницы.
13. Консультативная поликлиника, содержание работы.
14. Отделение экстренной и планово-консультативной помощи, содержание работы.
15. Организационно-методический отдел, содержание работы.

СОЦИАЛЬНОЕ И МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ

Государственное социальное страхование (ГСС) - система социальной защиты, основанная на страховых взносах, гарантирующая получение денежного дохода в старости, в случае болезни, инвалидности и в других установленных законом случаях, а также медицинское и другие виды обслуживания. ГСС состоит из четырех видов страхования: пенсионного, медицинского (обязательного и добровольного), социального и занятости (страхования по безработице).

Основная функция страхования в условиях рыночной экономики – это возмещение финансовых и материальных потерь гражданина или юридического лица, наступивших в результате болезней, несчастных случаев, стихийных бедствий, техногенных катастроф, неисполнения обязательств контрагентами (партнерами) и др.

Под социальным страхованием в широком смысле понимают систему, обеспечивающую гражданам право на труд, заработок и справедливое распределение общественного продукта, а также гарантированную законом социальную защиту, возмещение убытков, оказание социальной помощи и услуг. Таким образом, **социальное страхование**, - это система, защищающая граждан от факторов социального риска, к которым относятся: болезнь, несчастный случай, потеря трудоспособности, безработица, старость, потеря кормильца и др. Кроме того, социальное страхование обеспечивает финансирование профилактических и оздоровительных мероприятий, предоставляет социальные гарантии по случаю беременности и родов, рождения ребенка.

ГСС носит обязательный характер, что выражается в обязательности уплаты страховых взносов и предоставления обеспечения, гарантированности реализации прав застрахованных.

Пенсионному страхованию подлежат все работающие граждане.

Взносы на социальное страхование работников вносят работодатели. В пенсионный фонд взносы взимают также с личного заработка работника. Граждане, самостоятельно обеспечивающие себя работой, выплачивают взносы из доходов от своей деятельности. Взносы начисляют на все виды оплаты труда работников независимо от источников финансирования.

Поступление финансовых средств в Пенсионный фонд осуществляется путем налогообложения в сумме 20% налога от фонда оплаты труда.

В порядке государственного пенсионного страхования существуют:

- государственные трудовые пенсии;
- социальное пособие на погребение;
- материальная помощь престарелым и нетрудоспособным гражданам;
- выплата пенсий по старости, инвалидности, случаю потери кормильца;
- выплата пенсий за выслугу лет (ряду категорий работников).

Поступление финансовых средств в фонд социального страхования (ФСС) осуществляют путем налогообложения в сумме 2,9% налога от фонда оплаты труда.

По системе ГСС застрахованных работающих обеспечивают:

- пособиями по временной нетрудоспособности;
- пособиями по беременности и родам;
- единовременным пособием за постановку на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности;
- пособиями по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет;
- пособиями по случаю рождения ребенка;
- социальным пособием на погребение (в случае смерти застрахованного или несовершеннолетнего члена семьи).

Поступление финансовых средств в фонд страхования занятости (биржу труда) происходит из фонда социального страхования.

Право на получение пособий возникает независимо от стажа работы.

В рамках страхования занятости безработным:

- оказывают содействие в поиске подходящей работы, обучении и переобучении новым профессиям;
- выдают пособие по безработице;
- выплачивают стипендию в период профессиональной подготовки, переподготовки, повышения квалификации по направлению органа по вопросам занятости;
- осуществляют доплату к заработку в размере причитающегося им пособия по безработице.

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Медицинское страхование – одна из форм социального страхования. Первым нормативным актом, положившим начало медицинского страхования в современной России, явился Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР», который был принят в 1991 г. Позднее законодатели внесли в него ряд существенных изменений, и в новой редакции (1993) Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» действовал в стране до конца 2010 г.

Согласно закону, **медицинское страхование** – это форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, цель которого – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Таким образом, являясь составной частью государственного социального страхования, ОМС носит выраженный социальный характер. Его основные принципы – это:

- **всеобщий и обязательный характер:** все граждане Российской Федерации независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на бесплатное получение медицинских услуг, включенных в базовую и территориальные программы ОМС;
- **государственный характер обязательного медицинского страхования:** реализацию государственной финансовой политики в области охраны здоровья граждан обеспечивают Федеральный и территориальный фонды ОМС как

самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные организации. Все средства ОМС находятся в государственной собственности;

- **общественная солидарность и социальная справедливость**: страховые взносы и платежи перечисляются за всех граждан, но расходование этих средств осуществляется лишь при обращении за медицинской помощью (принцип «здоровый платит за больного»); граждане с различным уровнем дохода имеют одинаковые права на получение бесплатной медицинской помощи (принцип «богатый платит за бедного»); несмотря на то, что расходы на оказание медицинской помощи гражданам в старшем возрасте больше, чем в молодом, страховые взносы и платежи перечисляются в одинаковом размере за всех граждан, независимо от возраста (принцип «молодой платит за старого»).

Дальнейшее развитие системы ОМС граждан получило в Федеральном законе от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», вступившим в силу в январе 2011 г. (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016). Он содержит 11 глав.

Глава 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Предмет регулирования настоящего Федерального закона

Статья 2. Правовые основы обязательного медицинского страхования

Статья 3. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе

Статья 4. Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования

Глава 2. ПОЛНОМОЧИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО

МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 5. Полномочия Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования

Статья 6. Полномочия Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданные для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации

Статья 7. Права и обязанности уполномоченного федерального органа исполнительной власти и Федерального фонда по осуществлению переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования органами государственной власти субъектов Российской Федерации

Статья 7.1. Порядок изъятия полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданных для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации

Статья 8. Полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования

Глава 3. СУБЪЕКТЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И УЧАСТНИКИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 9. Субъекты обязательного медицинского страхования и участники обязательного медицинского страхования

Статья 10. Застрахованные лица

Статья 11. Страхователи

Статья 12. Страховщик

Статья 13. Территориальные фонды

Статья 14. Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

Статья 15. Медицинские организации в сфере обязательного медицинского страхования

Глава 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ, СТРАХОВАТЕЛЕЙ, СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Статья 16. Права и обязанности застрахованных лиц

Статья 17. Права и обязанности страхователей

Статья 18. Ответственность за нарушение требований регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан

Статья 19. Права и обязанности страховых медицинских организаций

Статья 20. Права и обязанности медицинских организаций

Глава 5. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 21. Средства обязательного медицинского страхования

Статья 22. Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения

Статья 23. Размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения

Статья 24. Период, порядок и сроки уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения

Статья 25. Ответственность за нарушения в части уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения

Статья 26. Состав бюджета Федерального фонда и бюджетов территориальных фондов

Статья 27. Субвенции для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации

Статья 28. Формирование средств страховой медицинской организации и их расходование

Статья 29. Размещение временно свободных средств Федерального фонда и территориальных фондов

Статья 30. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

Статья 31. Возмещение расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью

Статья 32. Оплата расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве

Глава 6. ПРАВОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА И ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА

Статья 33. Правовое положение, полномочия и органы управления Федерального фонда

Статья 34. Правовое положение, полномочия и органы управления территориального фонда

Глава 7. ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 35. Базовая программа обязательного медицинского страхования

Статья 36. Территориальная программа обязательного медицинского страхования

Глава 8. СИСТЕМА ДОГОВОРОВ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 37. Договоры в сфере обязательного медицинского страхования

Статья 38. Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования

Статья 39. Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

Глава 9. КОНТРОЛЬ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

Статья 40. Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

Статья 41. Порядок применения санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

Статья 42. Обжалование заключений страховой медицинской организации по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

Глава 10. ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРСНИФИЦИРОВАННОГО УЧЕТА В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 43. Персонифицированный учет в сфере обязательного медицинского страхования

Статья 44. Персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам

Статья 45. Полис обязательного медицинского страхования

Статья 46. Порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования застрахованному лицу

Статья 47. Взаимодействие медицинской организации с территориальным фондом и страховой медицинской организацией при ведении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам

Статья 48. Взаимодействие страховой медицинской организации и территориального фонда при ведении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам

Статья 49. Информационное взаимодействие при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах

Глава 11. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 50. Программы и мероприятия по модернизации здравоохранения

Статья 50.1. Финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования

Статья 51. Заключительные положения

Статья 52. О признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации

Статья 53. Порядок вступления в силу настоящего Федерального закона

Данный закон существенно:

- расширил права застрахованных лиц;
- упорядочил взаимодействие субъектов и участников системы ОМС, их права и обязанности;
- усилил роль Федерального фонда ОМС (ФФ ОМС);
- увеличил контроль за обеспечением доступности и качества медицинской помощи.

В статье 3 Закона № 326-ФЗ от 29 ноября 2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» закреплены следующие определения и понятия:

- **обязательное медицинское страхование** – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы ОМС;
- **объект обязательного медицинского страхования** – страховой риск, связанный с возникновением страхового случая;
- **страховой риск** – предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи;
- **страховой случай** – совершившееся событие (заболевание, травма, беременность, роды, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по ОМС;
- **страховое обеспечение** – исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате МО;
- **страховые взносы на обязательное медицинское страхование** – обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение на получение страхового обеспечения;
- **застрахованное лицо** – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- **базовая программа обязательного медицинского страхования** – составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств ОМС на всей территории РФ медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам ОМС;
- **территориальная программа обязательного медицинского страхования** – составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта РФ и соответствующая единым требованиям базовой программы ОМС.

В соответствии с законом сформированы *принципы осуществления ОМС*:

- обеспечение за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной и базовой программы ОМС;
- устойчивость финансовой системы ОМС;

- обязательность уплаты страхователями страховых взносов на ОМС в размерах, установленных федеральными законами;
- государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика;
- создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС;
- паритетность представительства субъектов ОМС и участников в органах управления обязательного медицинского страхования.

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУБЪЕКТОВ И УЧАСТНИКОВ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Субъекты ОМС.

1. **Застрахованные лица** – граждане РФ, постоянно или временно проживающие на ее территории, иностранные граждане, лица без гражданства.
2. **Страхователи организации:**
 - индивидуальные предприниматели;
 - физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;
 - для неработающих граждан – органы исполнительной власти субъектов РФ;
 - занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты;
 - лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам.

3. **Федеральный фонд (ФФ) ОМС** – страховщик – некоммерческая организация, созданная РФ для реализации государственной политики в сфере ОМС, базовой программы ОМС.

Организация системы обязательного медицинского страхования.

Система ОМС

Субъекты ОМС	Застрахованные лица
	Страхователи организации
	Федеральный фонд ОМС
Участники ОМС	Территориальные фонды
	Страховые медицинские организации
	Медицинские организации
Программы ОМС	Базовая
	Территориальная

- **Территориальные фонды** – некоммерческие организации, созданные субъектами РФ для реализации государственной политики в сфере ОМС на территориях субъектов РФ, реализации территориальных программ ОМС (дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям).
- **Страховые медицинские организации (СМО)** – страховые учреждения, имеющие соответствующую лицензию на деятельность по ОМС и ДМС. СМО осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с договором о финансовом обеспечении ОМС. В состав учредителей СМО не вправе входить работники федеральных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения.
- **Медицинские организации (МО)** – учреждения любой организационно-правовой формы, имеющие право на осуществление медицинской деятельности.

Взаимодействие участников и субъектов обязательного медицинского страхования.



Права и обязанности субъектов обязательного медицинского страхования

Управление ФФ ОМС осуществляется правлением и председателем, которого назначает и освобождает от должности Правительство РФ.

Важнейшие задачи Федерального фонда.

- Участие в разработке программы государственных гарантий.
- Аккумуляирование и управление финансовыми средствами ОМС, а также формирование и использование резервов для обеспечения финансовой устойчивости ОМС.

ФФ ОМС имеет право получить финансовые средства в виде:

- страховых взносов на ОМС;
- недоимок по взносам, налоговым платежам;
- начисленных пени и штрафов;
- средств федерального бюджета, передаваемых в бюджет ФФ в случаях, установленных федеральными законами;
- доходов от размещения\ временно свободных средств;
- иных источников, предусмотренных законодательством РФ.

Обязанности ФФ ОМС:

- предоставлять субвенции бюджетам ТФ для финансирования страхового обеспечения;
- исполнять расходные обязательства РФ в сфере охраны здоровья граждан;
- выполнять функции органа управления Федерального фонда.

В составе бюджета Федерального фонда формируется нормированный страховой запас.

Застрахованное лицо имеет право:

- на бесплатное оказание ему медицинской помощи МО при наступлении страхового случая на всей территории РФ в объеме, установленном базовой программой ОМС, а на территории субъекта РФ – в объеме, установленном территориальной программой ОМС;
- выбор СМО или замену ее 1 раз в течение календарного года;
- выбор МО из всех участвующих в реализации территориальной программы ОМС;
- выбор врача;
- получение от ТФ ОМС, СМО и МО достоверной информации о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи;
- защиту персональных данных;
- возмещение СМО ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением обязанностей по организации предоставления медицинской помощи;
- возмещение МО ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи;
- защиту прав и законных интересов в сфере ОМС.

Обязанности застрахованного лица:

- предъявлять полис ОМС при обращении за медицинской помощью;
- подавать в СМО лично или через своего представителя заявление о выборе СМО;
- уведомлять СМО об изменении фамилии, имени, отчества места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;

- осуществлять выбор СМО по новому месту жительства в течение одного месяца.

Территориальные фонды ОМС – некоммерческие организации, созданные субъектами РФ для реализации территориальных программ ОМС (дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям) и государственной политики в сфере ОМС на территориях субъектов РФ. Для выполнения этих полномочий территориальные фонды могут создавать филиалы и представительства.

Полномочия страховщика ТФ:

- участие в разработке территориальных программ государственных гарантий и определении тарифов на оплату медицинской помощи на территории субъекта РФ;
- аккумулирование и управление средствами ОМС, осуществление финансирования территориальных программ ОМС;
- формирование и использование резервов для обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС;
- утверждение для СМО дифференцированных подушевых нормативов.

Права и обязанности участников обязательного медицинского страхования

Территориальный фонд имеет право на формирование доходов:

- из субвенций из бюджета ФФ ОМС;
- межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджета ФФ ОМС;
- платежей субъектов РФ на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС в пределах базовой его программы, а также дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС;
- доходов от размещения временно свободных средств;
- межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджета субъекта РФ;
- начисленных пени и штрафов, подлежащих зачислению в бюджеты ТФ ОМС;
- иных источников.

ТФ обязан расходовать финансовые средства:

- для выполнения территориальных программ ОМС;
- исполнения расходных обязательств субъектов РФ в результате принятия федеральных законов и (или) нормативных правовых актов Президента и (или) Правительства РФ в сфере охраны здоровья граждан, а также принятия законов и (или) нормативных правовых актов субъектов РФ;
- ведения дела по ОМС МО;
- предоставления СМО средств целевых и из нормированного страхового запаса ТФ ОМС;
- предоставления СМО средств на расходы по ведению дела по ОМС.

В составе бюджета ТФ ОМС формируют нормированный страховой запас.

Субвенции из бюджета ФФ ОМС предоставляют бюджетам ТФ ОМС и определяют исходя из численности застрахованных лиц, норматива финансового обеспечения базовой программы ОМС.

ТФ ОМС должен выполнять функции органа управления, а также осуществлять контроль деятельности СМО.

Права страховой МО определяют договорами:

- с застрахованным лицом;
- МО;
- ТФ ОМС.

Страховая МО обязана:

- оформлять, переоформлять и выдавать полис ОМС;
- вести учет застрахованных лиц, их полисов ОМС, а также обеспечивать учет и сохранность сведений, поступающих от МО;
- информировать застрахованных лиц о видах, качестве и условиях предоставления им медицинской помощи МО, об обнаруженных нарушениях, о праве на выбор застрахованными лицами МО, необходимости их обращения за получением полиса ОМС, а также об их обязанностях;
- представлять в ТФ ОМС ежедневно (при наличии) новые либо измененные данные о ранее застрахованных лицах;
- осуществлять контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в МО путем проведения медико-экономических экспертизы и контроля, ЭКМП;
- рассматривать обращения и жалобы граждан, осуществлять защиту прав и законных интересов застрахованных лиц;
- нести ответственность за ненадлежащее исполнение условий договора о финансовом обеспечении ОМС.

Право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по ОМС реализуют на основании заключенных в его пользу между участниками ОМС *договора о финансовом обеспечении* на оказание и оплату медицинской помощи.

По договору о финансовом обеспечении ОМС СМО обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной программой ОМС, за счет целевых средств. В договоре СМО обязуется осуществлять:

- представление в ТФ заявки на получение целевых средств на авансирование и оплату счетов за оказанную медицинскую помощь;
- отчет об использовании полученных по договору о финансовом обеспечении ОМС средств по целевому назначению;
- возвращение остатка целевых средств после расчетов за медицинскую помощь в ТФ в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи;
- возвращение ТФ при прекращении договора о финансовом обеспечении ОМС неиспользованных целевых средств в течение 10 рабочих дней с даты прекращения указанного договора;

- получение вознаграждения за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении ОМС.

Программа обязательного медицинского страхования

Права застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи, установленные **базовой программой ОМС**, единые на всей территории РФ.

В рамках базовой программы ОМС оказывают ПМСП (включая профилактическую), скорую за исключением специализированной (санитарно-авиационной) и специализированную медицинскую помощь:

- при инфекционных и паразитарных заболеваниях, за исключением ЗППП, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;
- новообразованиях;
- болезнях эндокринной системы;
- расстройствах питания и нарушениях обмена веществ;
- болезнях нервной системы;
- болезнях крови и кроветворных органов;
- отдельных нарушениях, вовлекающий иммунный механизм;
- болезнях глаза и его придаточного аппарата;
- болезнях уха и сосцевидного отростка;
- болезнях системы кровообращения;
- болезнях органов дыхания;
- болезнях органов пищеварения;
- болезнях мочеполовой системы;
- болезнях кожи и подкожной клетчатки;
- болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин;
- врожденных аномалиях (пороках развития);
- деформациях и хромосомных нарушениях;
- беременности, родах, в послеродовом периоде и при абортах;
- отдельных состояниях, возникающих у детей в перинатальный период.

Правительство РФ вправе при утверждении базовой программы ОМС устанавливать дополнительный перечень заболеваний и состояний, включаемых в нее в качестве случаев оказания медицинской помощи.

Базовая программа устанавливает требования к территориальным программам ОМС.

В субъектах РФ разрабатывают территориальные программы государственных гарантий. В рамках территориальных программ за счет бюджетных ассигнований и средств обязательного медицинского страхования осуществляют финансовое обеспечение медицинской помощи в МО. Бесплатно предоставляют:

- ПМСП;
- скорую, в том числе специализированную, помощь;
- специализированную, в том числе высокотехнологичную, помощь.

Определены средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

Подушевые нормативы финансового обеспечения, предусмотренные Программой государственных гарантий, установлены в расчете на 1 человека в год, за счет средств ОМС и соответствующих бюджетов.

Размер и порядок расчета тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения устанавливают Федеральным законом и должны учитывать более высокий уровень потребления медицинской помощи. Так, коэффициент удорожания медицинской помощи для детей в возрасте от 0 до 4 лет составляет 1,62 по отношению к подушевому нормативу финансового обеспечения, предусмотренному территориальной программой ОМС, а для лиц в возрасте 60 лет и старше – 1,32. В случае неуплаты или неполной уплаты страховых взносов на неработающее население в установленный срок производят взыскание недоимки в виде пеней и штрафов.

ТФ ОМС предоставляет финансовые средства СМО в зависимости от количества застрахованных лиц и в соответствии с договором о финансовом обеспечении. В случае изменений сведений о застрахованных лицах, а также за использование средств не по целевому назначению и (или) невыполнение условий договора в части осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи СМО должны уплатить штрафы.

Обращение СМО за предоставлением целевых средств сверх установленного объема из нормированного страхового запаса ТФ рассматривается последним одновременно с отчетом СМО об использовании целевых средств.

Основания для отказа в предоставлении СМО средств из нормированного страхового запаса ТФ сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи следующие:

- наличие у СМО остатка целевых средств;
- необоснованность объема дополнительно запрашиваемых средств, выявленная ТФ по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, тарифов на оплату медицинской помощи и проведения ЭКМП;
- отсутствие средств в нормированном страховом запасе ТФ.

В случае обнаружения нарушений договорных обязательств ТФ уменьшает платежи на сумму неисполненных договорных обязательств.

Средства ОМС складываются:

- из доходов от уплаты страховых взносов на ОМС, недоимок по взносам и налоговым платежам, начисленных пеней и штрафов;
- средств федерального бюджета, передаваемых в бюджет ФФ в случаях, установленных ФЗ, в части компенсации выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на ОМС;
- средств бюджетов субъектов РФ, передаваемых в бюджеты ТФ в соответствии с законодательством РФ и ее субъектов;
- доходов от размещения временно свободных средств;
- иных источников, предусмотренных законодательством РФ.

За неоплату или несвоевременную оплату медицинской помощи МО СМО за счет собственных средств уплачивает штраф. В свою очередь, МО уплачивает штраф за использование средств не по целевому назначению.

Установлен порядок применения санкций к МО за нарушения, обнаруженные при контроле объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Сумму, не подлежащую оплате по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП, удерживают из объема средств, предусмотренного МО.

Неоплата или неполная оплата медицинской помощи, а также уплата штрафов не освобождает МО от возмещения застрахованному лицу вреда, причиненного по ее вине.

В амбулаторных условиях медицинскую помощь оплачивают в качестве:

- медицинских услуг;
- законченных случаев лечения;
- деятельности МО на основе подушевого принципа финансового обеспечения с учетом коэффициентов удорожания для половозрастных групп населения, уровня и структуры заболеваемости и др.

Для финансового обеспечения медицинской помощи в условиях стационара можно использовать оплату:

- по фактическим затратам на оказанную услугу;
- койко-дням;
- законченному случаю лечения;
- клинико-статистическим группам заболеваний.

Каждый способ оплаты имеет как преимущества, так и недостатки.

Право населения на выбор врача МО реализует с участием своей администрации. Организацию и проведение МЭК и МЭЭ, а также ЭКМП регулирует ТФ ОМС.

При обращении пациентов в амбулаторно-поликлинические или стационарные МО и проведении услуг проводят их кодирование в соответствии с утвержденными перечнем и тарифами. Кодификатор включает более 7 000 услуг и содержит перечень измерений деятельности медицинских работников:

- прием и консультации врачей различных специальностей в поликлинике и на дому (первичный и повторный);
- пациенто-день пребывания в дневном стационаре МО;
- койко-день пребывания в круглосуточном стационаре;
- названия лабораторных и инструментальных исследований, а также оперативных вмешательств и др.

Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитывают в соответствии с методикой их расчета и включают статьи затрат, установленные территориальной программой ОМС. Полный тариф включает расходы:

- на заработную плату;
- начисления на оплату труда;

- приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла, прочих материальных запасов;
- оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях, организации питания (при отсутствии организованного питания в МО), работ и услуг по содержанию имущества;
- социальное обеспечение работников МО.

Врач отвечает за предоставление ежедневной информации по способам оплаты и отражение комплекса лечебно-профилактических мероприятий в учетных медицинских документах (талоне амбулаторного пациента, медицинской карте амбулаторного больного, журнале, медицинской карте стационарного больного, карте выбывшего из стационара и др.). В кабинете медицинской статистики при вводе информации по способам оплаты (услуга, законченный случай, койко-день, пациенто-день) ведут контроль учета при отдельных заболеваниях в соответствии со стандартами. При оказании отдельных услуг ЭКГ, процедурный кабинет, физиотерапевтическое отделение берут информацию из заполненных соответствующих журналов.

МЭК и экспертизу СМО проводят регулярно (плановые и целевые). Существуют специальные компьютерные программы информации по услугам, препятствующие искажениям (или их обнаружению). Однако из-за отсутствия совершенных стандартов медицинской помощи возникают сложные ситуации при проведении диагностических и лечебно-профилактических мероприятий. В конце текущего месяца МО должна подготовить реестр проведенных услуг, который после проверки представляет на оплату СМО.

В большинстве амбулаторно-поликлинических МО основной единицей учета объемов деятельности служит медицинская услуга.

В больничных МО реестр по пролеченным пациентам подают с учетом выполнения медико-экономических стандартов, включающих:

- длительность пребывания пациента;
- перечень выполненных лечебно-диагностических мероприятий;
- непрерывность случая;
- применение новых технологий и другие характеристики.

Разработаны способы оплаты медицинской помощи по прерванным (незаконченным) случаям, а также с учетом применения новых технологий лечения. СМО при проведении МЭК и МЭЭ выявляет отклонения от требований стандарта по срокам пребывания в стационаре, в технологиях. Она требует аргументированного обоснования в медицинских документах (карте стационарного больного, карте амбулаторного больного) и корректирует оплату оказанных медицинских услуг или законченного случая.

Территориальная программа ОМС включает виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, установленных базовой программой ОМС. С учетом структуры заболеваемости в субъекте РФ она определяет нормативы:

- объемов предоставления медицинской помощи;

- финансовых затрат на единицу объема помощи;
- финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо.

В случаях, когда органы исполнительной власти субъекта РФ, устанавливают дополнительные объемы страхового обеспечения (с учетом региональных особенностей заболеваемости населения и системы здравоохранения), нормативы финансового обеспечения территориальной программы могут превышать нормативы финансирования базовой программы ОМС.

Медицинские организации

СМО формируют заказ на общий объем медицинской помощи и заключает договор с МО об оплате выполненных медицинских услуг по полным тарифам, текущим и основной части капитальных расходов.

Медицинские организации имеют право:

- получать средства ОМС за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров в соответствии с установленными тарифами;
- обжаловать заключения СМО и ТФ ОМС по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Медицинские организации обязаны:

- бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ ОМС;
- вести персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
- предоставлять СМО и ТФ ОМС сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- предоставлять застрахованным лицам, СМО ТФ ОМС сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи.

ОРГАНИЗАЦИЯ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС установлены приказом ФФ ОМС от 1 декабря 2010 г. № 230, нормативно-правовыми актами ТФ ОМС и договором между участниками и субъектами системы ОМС. К контролю относят мероприятия по проверке соответствия предоставленной медицинской помощи условиям договора на оказание медицинской помощи и ее оплате. Реализуют это посредством медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и ЭКМП.

Медико-экономический контроль (МЭК) – установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате МО реестров счетов условиям

договоров (оказание, соответствие оплаты территориальной программе, способам оплаты и тарифам, действующей лицензии МО). Обнаруженные нарушения оформляют актом. Они служат основанием для применения мер (уменьшения оплаты медицинской помощи, проведения МЭК и ЭКМП).

Наиболее частые нарушения при МЭК – нарушения порядка и правил оформления счетов пациентов.

Медико-экономическая экспертиза (МЭЭ) – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации МО. МЭЭ бывает целевой и плановой. Установлен объем плановых проверок: по 8% - медицинской помощи стационарной и в дневном стационаре, 0,8% случаев – амбулаторно-поликлинической помощи. Если в 30% и более проверенных случаях обнаружены дефекты, то объем проверок может быть увеличен более чем в 2 раза. По выявленным нарушениям возможны снижение оплаты медицинской помощи и (или) проведение ЭКМП.

Основные типичные нарушения, выявленные по результатам МЭЭ:

- дублирование записей в медицинских документах;
- оформление услуг, не свойственных исполнителю, необоснованное включение услуги в счет;
- запись в первичной медицинской документации неподтвержденной услуги;
- несоответствие диагноза оказанной услуге и др.

Экспертиза качества медицинской помощи – обнаружение нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей обнаруженных дефектов в оказании медицинской помощи. ЭКМП проводит эксперт, включенный в территориальный реестр экспертов КМП. Эксперт – врач специалист, имеющий высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедшей подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС.

МО не вправе препятствовать доступу экспертов к материалам, необходимым для проведения МЭЭ, ЭКМП, и обязана предоставлять запрашиваемую информацию.

При ЭКМП, оказанной пациенту с заболеванием, наиболее часто находят дефекты и ошибки при обследовании, диагностике (неправильный, несвоевременно поставленный диагноз, сочетание диагнозов)) и лекарственном обеспечении.

По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяют меры. ТФ ОМС и (или) СМО информируют застрахованных лиц об обнаруженных нарушениях.

В сфере ОМС ведут персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи.

ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ

- Отсутствие внутренних стимулов (заинтересованности субъектов и участников ОМС).
 - Застрахованные не могут полностью реализовать свое право на выбор СМО и МО из-за отсутствия достоверной и доступной информации о врачах и организациях; большая часть населения воспринимает полис ОМС как пропуск для оказания медицинской помощи.
 - У СМО нет заинтересованности в эффективном управлении средствами Фонда. Фокус интересов СМО сместился от защиты прав застрахованных к победам в тендерах.
 - У МО нет заинтересованности бороться за пациентов, оказывать более качественные медицинские услуги.
- Территориальная раздробленность системы ОМС. Нарушается принцип равноправия и доступности медицинской помощи в субъектах РФ из-за снижения финансовой устойчивости системы ОМС, снижения уровня конкуренции СМО (в 24 субъектах работают только 1-2 СМО, а в 21 субъекте рыночная доля одной СМО превышала 80%).
- Многоканальное финансирование и обратное ценообразование.

Одновременное существование систем платного и бесплатного здравоохранения не обеспечивает обязательной конкуренции между частными и государственными МО. Услуги частных МО (даже входящие в территориальную программу ОМС) оплачиваются пациентом полностью, и стоимость услуг частных МО завышается. Программы обязательного и ДМС частично дублируются, но оплачивают их по отдельности. Новое законодательство об ОМС частично решает проблемы совершенствования системы страхования. Однако следующие функции выполняют не полностью.
- Обеспечение граждан качественными медицинскими услугами во всех субъектах страны.
- Поддержку социально незащищенных слоев населения.
- Стимулирование уровня повышения здоровья.
- Обеспечение эффективного функционирования и развития системы здравоохранения.

Принципы эффективной системы финансирования здравоохранения следующие:

- Унификация (единый набор услуг, покрываемых программой ОМС; единая сетка тарифов оплаты медицинских услуг; общефедеральная лицензия СМО и единые требования к ним; четкие и прозрачные условия аккредитации МО).
- Заинтересованность застрахованного (создание механизмов, сдерживающих необоснованное повышение спроса на медицинские услуги).
- Профессиональное представительство (расширение функций и возможностей СМО как независимого представителя застрахованного).

- Ориентация на высокое качество услуг и повышение уровня здоровья населения (ориентация тарифов не на лечение, а на выздоровление; экономическое стимулирование профилактики; переориентирование системы оплаты труда медицинских работников на оказание качественных и обоснованных услуг пациенту).
- Деньги следуют за пациентом (право застрахованного на выбор СМО, МО и врача из списка, предложенного СМО; определение правил оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным на территориях вне зоны действия их СМО).
- Доступность медицинской помощи на всей территории РФ (право застрахованного на получение всех видов медицинской помощи на всей территории страны).
- Полнота тарифов (тарифы следует определять с учетом стандартов медицинской помощи и показателей здоровья; необходимо разработать и законодательно определить минимальные стандарты; тарифы должны обеспечивать экономическую независимость МО, наделять МО хозяйственной самостоятельностью).
- Одноканальность системы финансирования (финансирование МО только через систему ОМС; в страховой тариф должны быть включены эксплуатационные и капитальные расходы МО).
- Сочетание ОМС и платного медицинского обслуживания (определение правового поля для ДМС и платного здравоохранения, услуг сверх программы ОМС; полис ОМС должны зачитывать в негосударственных МО в качестве соплатежа, стимулировать спрос на ДМС через расширение налоговых льгот).

Анализ внедрения ОМС в отдельных субъектах РФ показывает, что на сегодняшний день можно выделить четыре модели организации ОМС в различных субъектах РФ.

ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

ДМС – часть личного страхования и вид финансово-коммерческой деятельности, которую регулирует Закон РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

ДМС – форма социальной защиты интересов застрахованного в охране здоровья, которая гарантирует при возникновении страхового случая получение медицинской помощи в медицинских учреждениях в соответствии с программой медицинского страхования, определенной договором ДМС. Этот вид страхования осуществляют на основе программ добровольного медицинского страхования. Он обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами ОМС.

Ее реализуют за счет средств собственных, полученных непосредственно от граждан, или работодателя, дополнительно страхующего своих работников.

Размеры страховых взносов по ДМС устанавливают СМО самостоятельно и зависят от вида рисков, правил страхования, принятых конкретным

страховщиком, стоимости медицинских и других услуг, количества застрахованных и т. п.

ДМС осуществляют на основе договора между страхователем (работодателем, гражданином), СМО и страховой компанией.

Развитие медицинского страхования предполагает сотрудничество государственной системы здравоохранения и системы ДМС. Определяющими условиями такого взаимодействия в первую очередь считают:

- расширение рынка платных медицинских услуг;
- активизацию деятельности компаний, работающих по программам ДМС;
- желание страховых компаний участвовать в финансировании региональных целевых медико-социальных программ.

В этом случае реализуют интересы всех участников медицинского страхования (табл. 5-1). Для организаций здравоохранения – это получение дополнительного финансирования по целевым медико-социальным программам, возможность повышения качества медицинской помощи и развития сервисных услуг. Для ТФ ОМС – возможность совместной реализации программ ОМС и ДМС и устранение тем самым практики двойной оплаты одной и той же медицинской услуги в учреждениях здравоохранения. Для страховых компаний – возможность увеличения количества застрахованных. Для предприятий – получение дополнительных медицинских услуг высокого качества, предоставляемых работникам в рамках трудовых коллективных договоров.

Таблица 5-1. Основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования

Обязательное медицинское страхование	Добровольное медицинское страхование
Некоммерческое	Коммерческое
Один из видов социального страхования	Один из видов личного страхования
Всеобщее массовое	Индивидуальное или групповое
Регламентируется ФЗ от 29 ноября 2010 г. № 326 «Об обязательном медицинском страховании в РФ»	Регламентируется Законом РФ «Об организации страхового дела в РФ»
Осуществляют государственные или контролируемые государством организации	Осуществляют страховые организации различных форм собственности
Правила страхования определяет государство	Правила страхования определяют страховые организации

Страхователи – работодатели, органы исполнительной государственной власти и местного самоуправления	Страхователи – юридические и физические лица
Осуществляют за счет взносов работодателей, государственного бюджета	Осуществляют за счет индивидуальных доходов застрахованных граждан, прибыли работодателей
Программу государственных гарантий (гарантированный минимум услуг) утверждают органы государственной власти	Программу (гарантированный минимум услуг) определяют договором страховщика (СМО или СК) и страхователя
Тарифы устанавливают по единой утвержденной методике	Тарифы устанавливают договором между страховщиком и страхователем
Систему контроля за качеством устанавливают государственные органы	Систему контроля за качеством устанавливают договором страхования
Доходы могут быть использованы только для развития основной деятельности – обязательного медицинского страхования	Доходы могут быть использованы в любой коммерческой или некоммерческой деятельности
При наступлении страхового случая – субсидиарная ответственность	При наступлении страхового случая – возмещение суммы застрахованного

По материалам Ю.П. Лисицына, А.И. Вялкова, В.И. Стародубова, Ю.В. Михайловой

