

## 1. Охрана здоровья граждан – понятие. Основные принципы отечественного

Охрана здоровья граждан - система мер, осуществляемых органами государственной власти, местного самоуправления, организациями, должностными лицами, самими гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

*9 основных принципов охраны здоровья граждан:*

- 1) Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами гос. гарантий:
- 2) Приоритет интересов пациента при оказании мед помощи реализуется путём:
- 3) приоритет охраны здоровья детей
- 5) Ответственность органов гос власти за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья:
- 6) Доступность и качество мед помощи обеспечиваются:
  - По принципу приближенности к работе, учёбе, месту жительства
  - Наличием необх. кол-ва мед рботников и уровнем их квалификации
  - Возможностью выбора врача и мед. Организации
  - Применением порядков оказания медпомощи и стандартов медпомощи
  - Предоставлением гарантированного объёма мед помощи в соответствии с госгарантией и бесплатного оказания медпомощи
  - установлением в соответствии с законами РФ требований к размещению мед организаций исходя из потребностей населения
  - транспортной доступностью мед. Организаций
- 7) Недопустимость отказа в оказании медпомощи
- 8) Приоритет профилактики обеспечивается путём:
- 9) Соблюдение врачебной тайны

## 2. Правовые основы охраны здоровья граждан. «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» - базисный документ в области охраны здоровья населения. Его задачи, основные разделы. Права женщин и детей в области охраны здоровья.

Правовыми основами законодательства о здравоохранении являются:

- Конституция Российской Федерации
- Законы РФ
- Указы и другие нормативные акты Президента России
- Постановления Правительства Российской Федерации
- Приказы, Инструкции и Положения МЗ РФ
- Правовые акты субъектов Российской Федерации

Во 2-й 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. 42
- 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 возмещение ущерба, причиненного здоровью человека экологическим правонарушением. ст.42

Ст. 41 Конституции РФ - 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.

Однако основной правовой базой здравоохранения является Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 27.12.2018), в котором на законодательном уровне проблема здоровья населения стала рассматриваться

как общегосударственная, а правовые нормы охватили широкий круг общественных отношений, а не только системы здравоохранения.

Закон N 323-ФЗ состоит из 14 глав, включающих 101 статью: I. Общие положения.

II. Основные принципы охраны здоровья.

III. Полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья.

III. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья. V. Организация охраны здоровья.

VI. Охрана здоровья матери и ребенка, вопросы семьи и репродуктивного здоровья.

VII. Медицинская экспертиза и медицинское освидетельствование

VIII. Медицинские мероприятия, осуществляемые в связи со смертью человека.

IX. Медицинские работники и фармацевтические работники, медицинские организации.

X. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

XI. Финансовое обеспечение в сфере охраны здоровья.

XII. Организация контроля в сфере охраны здоровья.

XIII. Ответственность в сфере охраны здоровья.

XIII. Заключительные положения.

В соответствии с федеральным законом N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждый имеет право на охрану здоровья. Право на охрану здоровья обеспечивается охраной окружающей среды, созданием безопасных условий труда, благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией продуктов питания соответствующего качества, качественных, безопасных и доступных лекарственных препаратов, а также оказанием доступной и качественной медицинской помощи.

Кроме того, к правовым источникам, регулирующим здравоохранение, относятся постановления и распоряжения Правительства РФ, указы Президента РФ, приказы, инструкции, правила и другие документы Министерства здравоохранения РФ, а также нормативные правовые акты субъектов РФ.

Многие вопросы, связанные с медицинской деятельностью, регулируются в рамках различных отраслей права – трудового, гражданского, административного, уголовного.

### **3. Права и обязанности пациентов при получении ими медицинской помощи**

"Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан"

Статья 30. Права пациента

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

1. уважительное и гуманное отношение
2. выбор врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами ОМС И ДМС
3. обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям
4. проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов
5. облегчение боли,
6. охранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, в соответствии со статьей 61 настоящих Основ
7. информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со статьей 32 настоящих Основ
8. отказ от медицинского вмешательства
9. получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья в соответствии со статьей 31 настоящих Основ, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья
10. получение медицинских и иных услуг в рамках программ ДМС
11. возмещение ущерба в соответствии со статьей 68 настоящих Основ в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи
12. допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав
13. допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не

нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

Статья 27. Обязанности граждан в сфере охраны здоровья

1. Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.
2. Граждане в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.
3. Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

В соответствии с законодательством Российской Федерации отдельные категории граждан имеют право на:

- обеспечение лекарственными препаратами (в соответствии с разделом V Программы)
- профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию - определенные группы взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), в том числе работающие и неработающие граждане, обучающиеся в образовательных организациях по очной форме
- медицинские осмотры, в том числе профилактические медицинские осмотры, в связи с занятиями физической культурой и спортом - несовершеннолетние
- диспансеризацию - пребывающие в стационарных учреждениях дети-сироты и дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, а также дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, в том числе усыновленные (удочеренные), принятые под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью
- диспансерное наблюдение - граждане, страдающие социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; а также лица, страдающие хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями

#### 4. Системы здравоохранения, действующие в РФ, их характеристика. Виды медицинской



*Система здравоохранения - совокупность федеральных органов управления здравоохранением, органов исполнительной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления, подведомственных им организаций, а также субъектов частной медицинской практики и частной фармацевтической деятельности, функционирующих в целях сохранения и укрепления здоровья граждан.*

В соответствии с законодательством РФ в Российской Федерации в зависимости от форм собственности и источников финансирования выделяют три системы здравоохранения:

- государственную
- муниципальную
- частную.

**К государственной системе** здравоохранения относятся федеральные органы исполнительной власти в сфере здравоохранения, органы исполнительной власти субъектов РФ, РАМН, а также находящиеся в государственной собственности лечебно-профилактические, научно-исследовательские, образовательные, аптечные, санитарно-профилактические учреждения и некоторые другие предприятия, учреждения, организации.

**К муниципальной системе** здравоохранения относятся органы местного самоуправления, уполномоченные на осуществление управления в сфере здравоохранения, и находящиеся в муниципальной собственности медицинские, фармацевтические и аптечные организации.

**Государственную и муниципальную системы здравоохранения можно объединить общим названием «общественная система здравоохранения».**

**К частной системе** здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

## УРОВНИ

**Первый уровень** включает первичную медико-санитарную помощь

- первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
- первичную врачебную медико-санитарную помощь, которая будет оказываться врачами-терапевтами, участковыми врачами-терапевтами, врачами общей практики поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций, офисов врачей общей практики, центров здоровья и отделений (кабинетов) медицинской профилактики;
- первичную специализированную медико-санитарную помощь, которая будет оказываться врачами-специалистами разного профиля поликлиник, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

**Второй уровень** включает в себя оказание специализированной круглосуточной стационарной медицинской помощи

**Третий уровень** включает в себя оказание медицинской помощи в специализированных центрах (областные взрослая и детская клинические больницы, областной перинатальный центр, психиатрические больницы, диспансеры: онкологический, кожно-венерологический, наркологический, противотуберкулезный) с применением высоких технологий.

## Номенклатура учреждений здравоохранения

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 6 августа 2013 г. N 529н г. Москва "Об утверждении номенклатуры медицинских организаций"

### **I. Номенклатура медицинских организаций\* по виду медицинской деятельности**

#### **1. Лечебно-профилактические медицинские организации:**

- 1.1. Больница
- 1.2. Больница скорой медицинской помощи.
- 1.3. Участковая больница.
- 1.4. Специализированные больницы (в том числе по профилю медицинской помощи), гинекологическая; гериатрическая; инфекционная, медицинской реабилитации, наркологическая; онкологическая; офтальмологическая; психиатрическая; психоневрологическая, туберкулезная,
- 1.5. Родильный дом.
- 1.6. Госпиталь.
- 1.7. Медико-санитарная часть, в том числе центральная.
- 1.8. Дом (больница) сестринского ухода.
- 1.9. Хоспис.
- 1.10. Лепрозорий.
- 1.11. Диспансеры, в том числе диспансеры государственной и муниципальной систем здравоохранения: врачебно-физкультурный; кардиологический; кожно-венерологический; наркологический; онкологический; офтальмологический; противотуберкулезный; психоневрологический; эндокринологический.
- 1.12. Амбулатория, в том числе врачебная.
- 1.13. Поликлиники (в том числе детские), а также поликлиники государственной и муниципальной систем здравоохранения: консультативно-диагностическая, медицинской реабилитации; психотерапевтическая; стоматологическая, физиотерапевтическая.
- 1.14. Женская консультация.
- 1.15. Дом ребенка, в том числе специализированный.
- 1.16. Молочная кухня.
- 1.17. Центры (в том числе детские), а также специализированные центры государственной и муниципальной систем здравоохранения: вспомогательных репродуктивных технологий; высоких медицинских технологий, в том числе по профилю медицинской помощи; гериатрический; диабетологический; диагностический; здоровья; КДЦ; патологии речи

1.18. Медицинские организации скорой медицинской помощи и переливания крови: станция скорой медицинской помощи; станция переливания крови; центр крови.

1.19. Санаторно-курортные организации: бальнеологическая лечебница; грязелечебница; курортная поликлиника; санаторий; санаторий-профилакторий; санаторный оздоровительный

## **2. Медицинские организации особого типа:**

2.1. Центры: медицинской профилактики; медицины катастроф;

2.2. Бюро: медико-социальной экспертизы; медицинской статистики; патологоанатомическое; судебно-медицинской экспертизы.

2.3. Лаборатории: клинико-диагностическая; бактериологическая, в том числе по диагностике туберкулеза.

2.4. Медицинский отряд, в том числе специального назначения (военного округа, флота).

## **3. Медицинские организации по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека:**

3.1. Центры гигиены и эпидемиологии.

3.2. Противочумный центр (станция).

3.3. Дезинфекционный центр (станция).

3.4. Центр гигиенического образования населения.

3.5. Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

## **II. Номенклатура медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения по территориальному признаку**

4.1. Федеральные.

4.2. Краевые, республиканские, областные, окружные.

4.3. Муниципальные.

4.4. Межрайонные.

4.5. Районные.

4.6. Городские.

## **5. Медицинская помощь, медицинская организация (понятия). Показатели кадрового обеспечения медицинских организаций – методика расчета и анализа.**

Медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Медицинская организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

*Бесплатные медицинские услуги* оказываются населению в рамках «Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

*Платная медицинская помощь* оплачивается за счет средств граждан, предприятий и других источников в частной системе здравоохранения, а также в государственных и муниципальных ЛПУ в виде платных медицинских услуг.

Выделяют следующие виды медицинской помощи:

- первичная медико-санитарная помощь
- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- *скорая*, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- паллиативная *медицинская помощь*.

Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

- вне медицинской организации
- амбулаторно
- в дневном стационаре
- стационарно
- 

Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

- экстренная -
- неотложная -
- плановая –

Показатели кадрового обеспечения медицинских организаций – методика расчета и анализа.

$$\text{Обеспеченность врачами (средними медицинскими работниками)} = \frac{\text{Число физических лиц врачей (средних медицинских работников)}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 10\,000.$$

$$\text{Укомплектованность врачебных должностей (средних медицинских работников)} = \frac{\text{Число занятых врачебных должностей (средних медицинских работников)}}{\text{Число штатных врачебных должностей (средних медицинских работников)}} \times 100.$$

|  |   |      |
|--|---|------|
| Укомплектованность городских участков (терапевтических, цеховых, педиатрических, врачей общей (семейной практики)) | $= \frac{\text{Число занятых должностей участковых врачей}}{\text{Число штатных должностей участковых врачей}}$ | ×100 |
|--|---|------|

$$\text{Коэффициент совместительства врачей (средних медицинских работников)} = \frac{\text{Число занятых врачебных должностей (средних медицинских работников)}}{\text{Число физических лиц врачей (средних медицинских работников)}}.$$

$$\text{Удельный вес врачей (средних медицинских работников), имеющих высшую (I, II) квалификационную категорию} = \frac{\text{Число врачей (средних медицинских работников), имеющих высшую (I, II) квалификационную категорию}}{\text{Число физических лиц врачей (средних медицинских работников) на конец отчетного периода}} \times 100.$$

**6. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП): определение, ее основные принципы.**  
 Статистика городской поликлиники для взрослого населения. Основные группы статистических показателей, используемых для анализа деятельности

**Первичная медико-санитарная помощь** — это вид медицинской помощи, который включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения, оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Основные принципы первичной медико-санитарной помощи:

- а) профилактическая направленность
- б) доступность

- в) непрерывность
- г) всеобщность
- е) координация - в необходимых случаях врач принимает решения о направлении пациента к соответствующему специалисту, организует все виды квалифицированной медицинской помощи и имеет право участвовать в консультациях своих пациентов у специалистов различного профиля.
- ж) конфиденциальность

Уровни размещения поликлиник в условиях города

- Общегородской — для оказания узкоспециализированной медицинской помощи населению всего города (консультативные поликлиники медицинских вузов, НИИ, городские диспансеры)
- Межрайонный — для оказания специализированной помощи населению нескольких административных районов (консультативные поликлиники при многопрофильных больницах)
- Районный — для оказания медицинской помощи по основным медицинским специальностям населению одного административного района.
- Зона деятельности базовой поликлиники — базовая поликлиника, где помимо приема по основным специальностям организуются прием и консультации больных по некоторым «узким» специальностям, не представленным в обычных поликлиниках
- Зона деятельности типовой поликлиники — поликлиника, оказывающая медицинскую помощь по основным специальностям (терапии, хирургии, неврологии, офтальмологии, оториноларингологии, кардиологии, ревматологии)

•

Основными формами первичной учетной медицинской документации амбулаторно поликлинических учреждений являются:

- Медицинская карта амбулаторного больного (ф. 025/у-87, 025/у-04)
- Талон на прием к врачу (ф. 025-4/у-88)
- Талон на законченный случай временной нетрудоспособности (ф. 025-9/у-96)
- Единый талон амбулаторного пациента (ф. 025-8/у-95) или Талон амбулаторного пациента (ф. 025-6-7/у-89, 025-10/у-97, 025-11/у-02, 025-12/у)
- Контрольная карта диспансерного наблюдения (ф. 030/у-04)
- Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг (ф. 030-П/у)
- Дневник работы врача общей практики (семейного врача) (ф. 039/у-ВОП)

На основе этих и других форм медицинской документации разрабатывают статистические показатели, которые используются для анализа деятельности отдельных учреждений здравоохранения и амбулаторно-поликлинической помощи в целом и которые можно объединить в следующие 4 группы:

1. обеспеченность кадрами
2. объем амбулаторно-поликлинической помощи
3. нагрузка персонала
4. профилактическая работа

Показатели обеспеченности кадрами. К этой группе показателей относятся:

- обеспеченность врачебными кадрами (средними медицинскими работниками)
- укомплектованность врачебных должностей (средних медицинских работников)
- коэффициент совместительства врачей (средних медицинских работников)
- удельный вес врачей (средних медицинских работников), имеющих высшую (I, II) квалификационную категорию
- удельный вес врачей (средних медицинских работников), имеющих сертификат специалиста

Показатели объема амбулаторно-поликлинической помощи. Объем амбулаторно поликлинической помощи характеризуется следующими показателями:

- средним числом посещений на 1 жителя
- удельным весом профилактических посещений АПУ
- удельным весом посещений АПУ по поводу заболеваний
- удельным весом посещений на дому

Показатели нагрузки персонала. Нагрузка медицинского персонала оценивается по показателям:

- фактической среднечасовой нагрузки врача на приеме в АПУ
- плановой функции врачебной должности (на приеме, на дому)
- фактической функции врачебной должности (на приеме, на дому)
- выполнения функции врачебной должности

Показатели профилактической работы. Для анализа профилактической работы используют показатели:



- полноты охвата населения медицинскими осмотрами
- полноты охвата населения диспансерным наблюдением
- полноты охвата больных диспансерным наблюдением
- своевременности взятия больных под диспансерное наблюдение
- эффективности диспансеризации

## **7. Городская поликлиника: основные задачи, организационная структура, штаты.**

Структура городской поликлиники.

- Регистратура.
- Отделение профилактики (в крупных поликлиниках).
- Отделение восстановительного лечения (в крупных поликлиниках).
- Лечебно-профилактическое отделение: кабинеты участковых терапевтов; специальные кабинеты – неврологический, лор и др. Количество специальностей определяется категорией.
- Вспомогательно-диагностическое отделение: рентген-кабинет, лаборатория, кабинет функциональной диагностики, эндоскопический кабинет.
- Управление поликлиникой: кабинет главного врача, заместителей главного врача, кабинет мед. статистики, АХЧ.

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

Задачи поликлиники:

1. Оказание квалифицированной специализированной помощи населению в поликлинике и на дому.
2. Проведение комплексных профилактических мероприятий на территории обслуживания.
3. Организация диспансерного наблюдения населения
4. Организация санитарно-гигиенического воспитания и обучения населения, пропаганда здорового образа жизни.
5. Изучение причин заболеваемости населения, причин инвалидности, смертности.

Штаты поликлиники планируются в соответствии с приказом МЗ РФ от 11.10.82г. №999 «О штатных нормативах медицинского персонала городских поликлиник, расположенных в городах с населением свыше 25тыс. человек»

На каждые 10.000 взрослого населения предусмотрено 9,3 врачебных должностей, в том числе:

Терапевт участковый 5,9  
 Кардиолог 0,3  
 Отоларинголог 0,5  
 Офтальмолог 0,6  
 Эндокринолог 0,2  
 Хирург 1,0  
 Травматолог 0,4  
 Уролог 0,2  
 Ревматолог 0,1  
 Инфекционист 0,2  
 Аллерголог 0,015

### Основные разделы работы участкового врача-терапевта - он обязан обеспечивать:

- своевременную квалифицированную терапевтическую помощь в поликлинике и на дому
- своевременную госпитализацию терапевтических больных с обязательным обследованием их при плановой госпитализации
- в необходимых случаях консультацию больных заведующим отделением, врачами других специальностей
- экспертизу временной нетрудоспособности
- организацию и проведение комплекса мероприятий по диспансеризации
- выдачу заключений проходящим медосмотр
- организацию и проведение профилактических прививок и дегельминтизации населения
- экстренную медицинскую помощь больным независимо от их места жительства



8. Городская поликлиника: основные задачи, организационная структура, штаты. Организация работы отдельных структурных подразделений (регистратура, кабинет доврачебного приема и т.д.). Электронная регистратура, ее цель, характеристика составляющих ее элементов.

**Регистратура** участвует в организации приема и регулировании потока больных. Кроме того, регистратура выполняет ряд других функций:

заверяет и регистрирует оформленные врачом листки нетрудоспособности

дает необходимую справочную информацию посетителям

проводит финансовые расчеты с пациентами по оплате дополнительных платных услуг

Оптимальной является форма работы регистратуры с использованием электронных (безбумажных) технологий хранения информации.

**Кабинет доврачебного приема** организован в поликлиническом отделении для регулирования потока посетителей поликлиники и выполнения функций, не требующих врачебной компетенции.

Основными задачами кабинета являются:

- прием первичных пациентов длительно (год и более) не посещавших медицинское учреждение для решения вопроса о срочности направления к врачу;
- выписка рецептов гражданам, имеющих право на обеспечение лекарственными препаратами за счет средств федерального и областного бюджета и не требующим динамического наблюдения;
- направление на лабораторные и другие исследования больных, которые в день обращения не нуждаются во врачебном приеме;
- проведение антропометрии, измерение артериального давления, температуры тела и др.;
- участие в организации и проведении профилактических медицинских осмотров;
- участие в организации работы по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, ведение санитарно-просветительской деятельности в поликлиническом отделении

«Электронная регистратура» – это система дистанционной записи на прием к врачу и управления потоками пациентов в режиме реального времени.

Принципы работы

«Электронная регистратура» представляет собой комплекс организационно-технических решений, включающих в себя:

- единую информационную систему с централизованной базой данных,
- специализированный call-центр,
- специализированный портал записи на прием к врачу.

«Электронная регистратура» позволяет управлять потоками пациентов не только в рамках одной медицинской организации, но и в пределах всего региона. Если необходимый специалист недоступен, пациент встает в электронную очередь, либо направляется в другое медицинское учреждение.

Основные функции

- Ведение расписания врача
- Ведение информации в части записи на прием
- Формирование направления для пациента
- Обработка медико-статистических данных

9. Статистика городской поликлиники. Основные формы первичной медицинской документации.

Показатели объемов амбулаторно-поликлинической помощи

Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях измеряется в посещениях. Посещения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, исходя из цели посещения делятся на:

- Посещения с профилактическими и иными целями.
- Посещения по поводу заболевания.

Посещения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, исходя из *места* посещения делятся на:

- Посещения в АПУ (прием непосредственно в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях).

- Посещения на дому.

При формировании территориальной программы государственных гарантий объем медицинской помощи в амбулаторных условиях определяется на 1 застрахованное лицо. В объем входят посещения по поводу заболеваний, посещений в неотложной форме и посещения с профилактическими и иными целями.

Учет *посещений по поводу заболеваний* идет по количеству обращений. Одно обращение по поводу заболевания – это один законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях. Учитывается число (количество раз или кратность) посещений в одном обращении. Число посещений в одном обращении должно составлять не менее двух посещений по поводу одного заболевания. Если по поводу заболевания пациент обратился только один раз (разовое посещение по поводу заболеваний), то такое посещение не является законченным случаем лечения заболевания, поэтому его учитывают в посещения с профилактическими и иными целями.

Медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью (посещение центра здоровья, в связи с диспансеризацией определенных групп населения, профилактическим осмотром, патронажем), посещений с иными целями, посещений в связи с заболеваниями, посещений в неотложной форме, а также обращений в связи с заболеваниями.

|   |   |   |
|---|---|---|
| Среднее число посещений врача на 1 жителя | = | $\frac{\text{Общее число посещений врачей в поликлинике (на дому и на приеме в АПУ) на конец отчетного периода}}{\text{Среднегодовая численность населения}}$ |
|---|---|---|

|   |   |   |
|---|---|---|
| Среднее число посещений хирурга на 1 жителя | = | $\frac{\text{Общее число посещений хирургов в поликлинике (на дому и на приеме в АПУ) на конец отчетного периода}}{\text{Среднегодовая численность населения}}$ |
|---|---|---|

|                    |   |  |
|--------------------|---|--|
| Динамика посещений | = | $\frac{\text{Число врачебных посещений врачей в поликлинике и на дому за отчетный год}}{\text{Число врачебных посещений врачей в поликлинике и на дому за предыдущий год}} \times 100$ |
|--------------------|---|--|

$$\text{Удельный вес профилактических посещений АПУ} = \frac{\text{Число врачебных посещений АПУ с профилактической целью на конец отчетного периода}}{\text{Общее число врачебных посещений АПУ на конец отчетного периода}} \times 100.$$

$$\text{Удельный вес посещений АПУ по поводу заболеваний} = \frac{\text{Число врачебных посещений АПУ по поводу заболеваний на конец отчетного периода}}{\text{Общее число врачебных посещений АПУ на конец отчетного периода}} \times 100.$$

$$\text{Удельный вес посещений на дому} = \frac{\text{Число врачебных посещений на дому на конец отчетного периода}}{\text{Общее число врачебных посещений АПУ и на дому на конец отчетного периода}} \times 100.$$

Чтобы рассчитать плановую функцию врачебной должности для врачей амбулаторно поликлинических учреждений используют формулу:

$$\Phi = A \times B \times \Gamma$$

где  $\Phi$  – плановая функция врачебной должности врача, ведущего только амбулаторный прием в поликлинике

A – нагрузка врача на 1 час работы

B – число часов работы врача в день

$\Gamma$  – число рабочих дней в году

Для врачей, ведущих амбулаторный прием в поликлинике и обслуживающих вызовы на дом, функция врачебной должности рассчитывается по следующей формуле:

$$\Phi = [(A \times B) + (C \times D)] \times \Gamma$$

где A – нагрузка на 1 час приема врача в поликлинике B – число часов работы врача на приеме в поликлинике

C – нагрузка врача на 1 час обслуживания пациентов на дому

D – число часов работы врача по обслуживанию пациентов на дому

$\Gamma$  – число рабочих дней в году

|  |   |  |
|--|---|--|
| Фактическая среднечасовая нагрузка врача на приеме в АПУ | = | $\frac{\text{Число врачебных посещений в АПУ за день}}{\text{Количество отработанных часов на приеме в день}}$ |
|--|---|--|

|   |   |   |
|---|---|---|
| Фактическая функция врачебной должности на приеме (на дому) | = | Фактическая среднечасовая нагрузка врача на приеме (на дому) $\times$ Количество отработанных часов на приеме (на дому) за год (неделю, месяц, квартал) |
|---|---|---|

|   |   |   |
|---|---|---|
| Фактическая функция врачебной должности | = | $\frac{\text{Число фактических врачебных посещений АПУ на конец отчетного периода за год}}{\text{Число занятых ставок врачей}}$ |
|---|---|---|

|                            |   |   |              |
|----------------------------|---|---|--------------|
| Выполнение плана посещений | = | Фактическая функция врачебной должности | $\times 100$ |
|                            |   | Плановая функция врачебной должности    |              |

$$\text{Полнота охвата населения медицинскими осмотрами} = \frac{\text{Число осмотренных лиц}}{\text{Число лиц, подлежащих медицинским осмотрам}} \times 100.$$

|  |   |                                      |       |
|--|---|--------------------------------------|-------|
| Удельный вес лиц, находящихся в I (II, III, IV, V) группе здоровья | = | Число лиц, имеющих I группу здоровья | × 100 |
|  |   | Число осмотренных лиц                |       |

|  |   |  |       |
|--|---|--|-------|
| Охват осмотрами с целью выявления больных туберкулезом | = | Всего осмотрено с целью выявления больных туберкулезом | × 100 |
|  |   | Среднегодовая численность прикрепленного населения     |       |

$$\text{Полнота охвата населения диспансерным наблюдением} = \frac{\text{Число лиц, состоявших под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода}}{\text{Среднегодовая численность прикрепленного населения}} \times 100.$$

|  |   |  |       |
|--|---|--|-------|
| Структура больных, состоящих на диспансерном учете | = | Число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания на конец отчетного года | × 100 |
|  |   | Общее число больных, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года                         |       |

$$\text{Полнота охвата больных диспансерным наблюдением} = \frac{\text{Число больных, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу данного заболевания, на конец отчетного периода}}{\text{Общее число больных, зарегистрированных с данным заболеванием, на конец отчетного периода}} \times 100.$$

$$\text{Своевременность взятия больных под диспансерное наблюдение} = \frac{\text{Число больных, взятых под диспансерное наблюдение в течение года (из числа лиц с впервые установленным диагнозом)}}{\text{Общее число лиц с впервые в данном году установленным диагнозом}} \times 100.$$

|                       |   |   |       |
|-----------------------|---|---|-------|
| Плановость наблюдения | = | Число лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, соблюдавших сроки явки на диспансерное наблюдение на конец отчетного периода | × 100 |
|                       |   | Общее число лиц, состоящих под диспансерным наблюдением в данном году на конец отчетного периода                                |       |

|  |  |      |
|--|--|------|
| Полнота проведения лечебных и оздоровительных мероприятий (противорецидивное лечение, стационарная и санаторно-курортная помощь) | Число больных, состоящих под диспансерным наблюдением, получивших лечебные и оздоровительные мероприятия (противорецидивное лечение, стационарную и санаторно-курортную помощь) на конец отчетного периода                     | ×100 |
|  | Общее число больных, состоящих под диспансерным наблюдением, нуждающихся в проведении лечебных и оздоровительных мероприятий (противорецидивном лечении, стационарной и санаторно-курортной помощи) на конец отчетного периода |      |

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

|   |   |     |
|---|---|-----|
| Удельный вес больных, переведенных из одной группы диспансерного учета в другую | Число больных, переведенных в более «легкую» («тяжелую») группу диспансерного учета | 100 |
|   | Общее число больных, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного периода     |     |

|  |  |     |
|--|--|-----|
| Удельный вес рецидивов в диспансерной группе | Число обострений (рецидивов) в диспансерной группе на конец отчетного периода  | 100 |
|  | Общее число больных, состоящих под диспансерным наблюдением, проходивших курс лечения по поводу данного заболевания на конец отчетного периода |     |

|   |  |     |
|---|--|-----|
| Удельный вес больных, состоящих на диспансерном наблюдении, не имевших в течение года ВУТ | Число больных, состоящих под диспансерным наблюдением, не имевших в течение года ВУТ | 100 |
|   | Число работающих лиц диспансерной группы   |     |

10. Общие принципы организации медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях. Общие принципы организации стационарной помощи. Городская больница. Её функции, организационная структура, порядок работы, штаты.

10. Организация профилактической работы с родителями и детьми, учреждения осуществляющую эту работу. Профилактическая работа детской поликлиники. Виды профилактики. Формирование здорового образа жизни. Факторы риска.

Законодательством РФ закреплен приоритет профилактических мер в укреплении и охране здоровья

населения. Вся эта работа должна проводиться в рамках профилактической медицины - самостоятельного направления медицины, включающего в себя общественное здоровье и здравоохранение, общую гигиену, эпидемиологию.

Медицинская профилактика - комплекс профилактических мер, реализуемый через систему здравоохранения.

- Индивидуальная профилактика - проведение профилактических мероприятий с отдельными лицами
- групповая - с группами лиц со сходными факторами риска
- популяционная охватывает большие группы населения (популяцию) или население в целом.

Медицинская профилактика заболеваний осуществляется с помощью системы социальных, санитарно-противоэпидемических и медико-санитарных мероприятий, проводимых государственными органами власти, органами местного самоуправления и медицинскими организациями в рамках программы госгарантий, включающей базовую программу обязательного медицинского страхования, а также программы иммунопрофилактики инфекционных болезней в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

Организация профилактической работы. Главной целью профилактической работы являются проведение мероприятий, способствующих правильному физическому и нервно-психическому развитию детей, широкое внедрение гигиенических навыков в повседневную жизнь семьи.

#### Профилактика:

Первичная профилактика - комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение появления тех или иных заболеваний и отклонений в состоянии здоровья.

Первичная профилактика включает в себя комплекс мер, предусматривающих:

- снижение влияния вредных факторов окружающей среды на организм человека (улучшение качества атмосферного воздуха, питьевой воды, почвы, структуры и качества питания, условий труда, быта и отдыха, снижение уровня психосоциального стресса и других факторов, влияющих на качество жизни)
- формирование здорового образа жизни
- предупреждение профессионально обусловленных заболеваний и травм, несчастных случаев, а также случаев смерти в трудоспособном возрасте
- проведение иммунопрофилактики среди различных групп населения.

Вторичная профилактика - комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление заболеваний, а также предупреждение их обострений, осложнений и хронизацию.

Вторичная профилактика включает в себя:

- целевое санитарно-гигиеническое обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием (организация школ здоровья для больных, страдающих бронхиальной астмой, сахарным диабетом, гипертонической болезнью и др.)
- проведение медицинских осмотров с целью выявления заболеваний на ранних стадиях развития
- проведение курсов профилактического (противорецидивного) лечения.

Третичная профилактика, или реабилитация - комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных физиологических, социальных функций организма, качества жизни и трудоспособности больных и инвалидов.

Это достигается развитием сети центров восстановительной медицины и реабилитации, а также санаторно-курортных учреждений.

Одним из важнейших компонентов первичной профилактики является формирование здорового образа жизни, который включает в себя благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, позволяющие сохранять и укреплять здоровье.

Формирование здорового образа жизни у граждан начиная с детского возраста обеспечивается государственными органами, органами местного самоуправления и медицинскими организациями путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни.

Важная роль в формировании здорового образа жизни принадлежит его пропаганде, целью которой является формирование гигиенического поведения населения, базирующегося на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на сохранение и укрепление здоровья, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия.

Важнейшими направлениями формирования здорового образа жизни являются:

- пропаганда факторов, способствующих сохранению здоровья:
- личная гигиена, гигиена труда, отдыха, питания
  - физкультура
  - гигиена половой жизни

- медико-социальная активность
- гигиена окружающей среды пропаганда мер по профилактике факторов, пагубно влияющих на здоровье: избыточное потребление пищи при недостаточной физической нагрузке
- злоупотребление спиртными напитками
- употребление наркотиков
- курение
- соблюдение некоторых этнических обрядов и привычек

Основным методом профилактической работы является диспансерный метод — активное динамическое наблюдение не только за больными, но и за здоровыми детьми. Наблюдение за здоровьем беременной осуществляется совместно женской консультацией и детской поликлиникой. С момента взятия беременной на учет поликлиника осуществляет патронаж беременной.

Участковым педиатром и медицинской сестрой должно быть проведено не менее двух дородовых патронажей.

Согласно существующему положению врач-педиатр и медицинская сестра детской поликлиники посещают новорожденного в первые 3 дня после выписки из родильного дома. Если в семье родился первый ребенок, двойня или у матери нет молока, патронаж рекомендуется провести в первый же день после выписки.

В дальнейшем медицинское наблюдение за развитием ребенка осуществляется регулярно по графику.

Для осуществления профилактической работы со здоровыми детьми раннего возраста в составе детской поликлиники организуют кабинет здорового ребенка.

Для него предусмотрена 1 должность м/с если до 10 тыс. детей — 2 должности м/с если обслуживается свыше 10 тыс.

Основными задачами кабинета здорового ребенка являются:

- пропаганда здорового образа жизни в семье
- обучение родителей основным правилам воспитания здорового ребенка
- санитарное просвещение родителей по вопросам гигиенического воспитания детей

Кабинет здорового ребенка должен быть обеспечен методическими материалами и наглядными пособиями по основным вопросам развития и воспитания здорового ребенка, профилактике заболеваний.

**11. Общие принципы организации медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях. Виды детских стационаров, их задачи, организационная структура, особенности организации работы. Городская больница для детей. Её функции, организационная структура, порядок работы.**

Стационарная медицинская помощь (*специализированная, в том числе высокотехнологичная*) предоставляется гражданам в случаях заболеваний, в том числе острых, обострений хронических заболеваний, отравлений, травм, патологий беременности, родов, аборт, а также в период новорожденности, которые требуют круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения и (или) изоляции, в том числе по эпидемическим показаниям или когда требуется применение специальных методов диагностики с использованием сложных, уникальных или ресурсоёмких медицинских технологий.

Больница - МО, ведущее звено в системе организации стационарной медицинской помощи населению, сложная и динамичная медико-социальная система. Больница - комплексное учреждение здравоохранения, оказывающее все виды лечебнодиагностической, высококвалифицированной специализированной стационарной помощи населению при наиболее тяжелых заболеваниях. Проследние требуют комплексного подхода к диагностике и лечению с применением наиболее сложных методик, новейших и, как правило, дорогостоящих медицинских технологий, нередко оперативного вмешательства, постоянного врачебного наблюдения, интенсивных методов лечения и ухода.

В соответствии с Приказом Министерства Здравоохранения РФ от 06.08.2013 г.

№ 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций» в зависимости от административно-территориального положения стационарные учреждения (больницы) делятся на:

- Федеральные
- Краевые, республиканские, областные, окружные
- Муниципальные
- Межрайонные
- Районные
- Городские

Стационарные учреждения также дифференцируются по различным признакам – типам, категоричности и профильности:

- По профилю выделяют *многопрофильные* стационары и *специализированные* больницы и диспансеры (туберкулёзные, онкологические, психоневрологические и др.).
- По порядку госпитализации выделяют *больницы скорой помощи*, больницы для *плановой*



госпитализации и больницы для общей, т.е. смешанной госпитализации.

- По системе организации больницы классифицируются на объединённые и не объединённые с поликлиниками, при этом для областной (краевой, республиканской) больницы, а также для центральной районной больницы (ЦРБ) наличие поликлиники как структурной части является всегда обязательным.

- В зависимости от коечной мощности больницы делятся на категории. Детские больницы по мощности делят на 8 категорий:

I. 300-400 коек

II. 250-300 III. 200-250 IV. 150-200 V. 100-150 VI. 75-100

VII. 50-75

VIII. менее 50 коек

- По ведомственной принадлежности различают больницы Минздрава, железнодорожные больницы, больницы для работников одного транспорта, больницы МВД и ФСБ, лазареты и госпитали Министерства обороны, медико-санитарные части при крупных предприятиях.

К лечебно-профилактическим медицинским организациям, оказывающим стационарную медицинскую помощь, относятся:

1. Больница (в том числе детская)

2. Больница скорой медицинской помощи

3. Участковая больница

4. Специализированные больницы по профилю медицинской помощи:

- гинекологическая

- гериатрическая

- инфекционная, в том числе детская

- медицинской реабилитации, в том числе детская

- наркологическая

- онкологическая

- офтальмологическая

- психиатрическая, в том числе детская

- психиатрическая (стационар) специализированного типа

- психиатрическая (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением

- психоневрологическая, в том числе детская

- туберкулёзная, в том числе детская

5. Родильный дом (медицинское учреждение, обеспечивающее квалифицированную медицинскую помощь женщинам во время беременности, в ходе родов и в послеродовой период).

6. Госпиталь (от лат. «hospitalis» гостеприимный) –

медицинское учреждение вооружённых сил или государственное, предназначенное для оказания медицинской помощи военнослужащим.

7. Медико-санитарная часть, в том числе центральная

(комплекс лечебнопрофилактических учреждений по оказанию

медпомощи рабочим и служащим промышленного предприятия)

8. Дом (больница) сестринского ухода (предназначается для проведения курса поддерживающего лечения больным преимущественно пожилого и старческого возраста, одиноким, страдающим хроническими заболеваниями и нуждающимся в медицинском и социальном уходе)

9. Хостис (лечебное учреждение для оказания паллиативной помощи неизлечимым больным, преимущественно онкологическим в последней стадии заболевания).

10. Лепрозорий (специализированное лечебно-профилактическое учреждение, занимающееся активным выявлением, изоляцией и лечением больных лепрой (проказой)). 11.

Диспансеры (противотуберкулёзный, онкологический, кардиологический, психоневрологический, наркологический, врачебно-физкультурный)

Функции больничных учреждений являются понятиями динамичными и зависят от задач, стоящих на

данном этапе развития здравоохранения.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) предложила систематизировать функции современной больницы на 4 группы:

1. *восстановительные функции* (лечебно-оздоровительная деятельность)
2. *профилактические функции*, особенно для больниц, объединённых с поликлиникой (профилактика заболеваний, осложнений заболеваний, рецидивов хронических заболеваний, инвалидизации)
3. *учебные функции* (предоставление клинической базы для подготовки, последипломной специализации, повышения квалификации врачей, среднего и младшего медицинского персонала)
4. *научно-исследовательские функции* (проведение клинических испытаний в области фармакологии; испытание новых методов лечения, диагностики, профилактики, реабилитации)

Госпитализации пациента в стационар (больницу) осуществляется:

1. *по направлению лечащего врача*, оказывающего первичную врачебную медикосанитарную помощь, а также первичную специализированную медико-санитарную помощь, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, в порядке, установленном уполномоченным органом
2. *бригадами скорой медицинской помощи*
3. переводом из другого стационара
4. при самостоятельном обращении в приемное отделение («самотек»)

Для более рационального использования конечного фонда больничных учреждений в крупных городах при станциях скорой медицинской помощи создаются *центральные бюро госпитализации*, в которые поступают сведения о свободных койках в стационарах больниц города. В таких случаях госпитализация проводится, в том числе, по направлению этих бюро.

Медицинскими показаниями для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях являются: 1. наличие или подозрение на наличие у

пациента заболевания и (или) состояния, требующего оказания

специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в экстренной или неотложной форме в целях диагностики и лечения

2. наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующего оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в плановой форме в целях профилактики, диагностики, лечения, реабилитации

3. наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, представляющего угрозу жизни и здоровью окружающих (изоляция пациента, в том числе по эпидемическим показаниям)

4. риск развития осложнений при проведении пациенту медицинских вмешательств, связанных с диагностикой и лечением

5. отсутствие возможности оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях дневного стационара в связи с возрастом пациента (дети, престарелые граждане) и инвалидностью I группы.

Регистрация и осмотр пациента, доставленного в медицинскую организацию по экстренным медицинским показаниям, проводится медицинским работником незамедлительно, повторный осмотр – не позднее чем через 1 час после перевода на отделение.

Регистрация и осмотр пациента, направленного в медицинскую организацию в плановом порядке, проводится медицинским работником в течение 2-х часов после поступления пациента.

При оказании стационарной медицинской помощи гражданам должны обеспечиваться:

- *лекарственными препаратами* для медицинского применения, включёнными в перечень *жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов* в соответствии с Федеральным законом «Об обращении лекарственных средств»

- *препаратами крови и медицинскими изделиями*, включёнными в утверждённый Правительством РФ перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, по медицинским показаниям

- *лечебным питанием* при оказании медицинской помощи в условиях стационара пациенты, роженицы, родильницы и кормящие матери обеспечиваются бесплатно.

*Предельный срок ожидания специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях в плановой форме*, за исключением хирургического лечения катаракты, медицинской реабилитации, высокотехнологичной медицинской помощи, – не более 30 дней с момента выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию (при условии обращения пациента за госпитализацией в рекомендуемые лечащим врачом сроки).

*Сроки ожидания высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в плановой форме, устанавливаются в соответствии с законодательством РФ.*

Направление на госпитализацию оформляется лечащим врачом амбулаторнополиклинического учреждения на бланке медицинской организации. Оно должно быть написано разборчиво от руки или в печатном виде, заверено личной подписью и печатью лечащего врача и содержать следующие сведения:

- ФИО пациента, дату его рождения, домашний адрес
- номер страхового полиса и название страховой организации (при наличии)
- свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии)
- код основного диагноза по МКБ-10
- результаты лабораторных, инструментальных и других видов диагностики, подтверждающих установленный диагноз и наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи
- профиль показанной пациенту специализированной медицинской помощи и условия её оказания (стационарно, в дневном стационаре)
- наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания специализированной медицинской помощи
- ФИО и должность лечащего врача, контактный телефон (при наличии), электронный адрес (при наличии)

Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

*Обязательным предварительным условием медицинского вмешательства, осуществляемого в стационаре (больнице), является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.*

Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, *имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения*, за исключением случаев, предусмотренных российским законодательством. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, осуществляет указанное право в случае, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства. *При отказе от медицинского вмешательства* гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

*Информированное добровольное согласие* на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и вкладывается в медицинскую документацию пациента.

*Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:*

- если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители
- в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих
- в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами
- в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния или преступления
- при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебнопсихиатрической экспертизы

Таким образом, основными принципами организации медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара, является необходимость обеспечения преемственности, качества, доступности, комплексности, комфортности и профильности медицинских услуг населению. Однако главным принципом организации медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара, является её стандартизация на основе Порядков и Стандартов оказания медицинской помощи, что и должно обеспечивать все необходимые условия и требования.

Стационарное учреждение по функциональному назначению имеет несколько подразделений:

- *административная*
- *лечебно-профилактическая*
- *хозяйственная часть*

Каждая функционально-структурная часть больницы состоит из ряда подразделений.

К административной части больницы относятся:

- главный врач и его заместители (по медицинской части, поликлинике, врачебно-трудоустройственной экспертизе, административно-хозяйственной части)
- канцлѳария
- кабинет медицинской статистики
- медицинский архив
- бухгалтерия
- библиотека

Во главе больницы стоит главный врач, который отвечает за всю лечебнопрофилактическую, административно-хозяйственную и финансовую деятельность учреждения.

Заместитель главного врача по медицинской части отвечает за постановку и качество всей медицинской деятельности больницы. В крупной больнице (на 800 коек и более) с наличием не менее 300 коек хирургического профиля, выделяют должности заместителей главного врача по хирургической и терапевтической помощи. Заместитель главного врача по медицинской части непосредственно организует и руководит всей лечебно-профилактической работой стационара, возглавляет работу врачебной комиссии, организует перевод в другие медицинские организации, обеспечивает консультации ведущих специалистов, осуществляет контроль качества и эффективности лечебнопрофилактических мероприятий населению, систематически анализирует госпитализированную заболеваемость населения, готовит сводные отчетную документацию.

Если больница объединена с поликлиникой, вводят должность заместителя главного врача по поликлинике.

Деятельностью среднего и младшего медицинского персонала руководит главная медицинская сестра.

Основными структурными подразделениями лечебно-профилактической части являются:

- приёмное отделение (централизованное для всей больницы или децентрализованное для отдельных профильных структурных частей)
- профильные лечебные отделения (терапевтическое, хирургическое, кардиологическое, травматологическое, неврологическое и др.)
- вспомогательные лечебные отделения (физиотерапевтическое, реабилитационное и психотерапевтическое отделения, кабинеты лечебной физкультуры и массажа и др.)
- операционный блок

Приёмное отделение осуществляет следующие задачи:

- приём больных, постановка диагноза и решение вопроса о необходимости госпитализации
- регистрация больных и учёт их движения в стационаре
- медицинская сортировка больных
- оказание неотложной медицинской помощи
- санитарная обработка больных (в ряде случаев)
- выполнение функций справочного центра о состоянии больных В приёмном отделении:

ведут «Журнал приема больных и отказов в госпитализации» (форма № 001/у), заводят «Медицинскую карту стационарного больного» (форма № 003/у) со всеми вкладышами: «Температурный лист» (форма 004/у), «Статистическая карта выбывшего из стационара» (форма №066/у-02).

Приёмному отделению обеспечивается возможность выполнить срочные анализы и рентгенологические исследования, привлечь для консультации врачей разных специальностей. Приёмное отделение обязано иметь всё необходимое для оказания экстренной медицинской помощи при шоке, отравлении и других состояниях, а также для лечения в период пребывания в этом отделении. В приёмных отделениях больниц целесообразно организовывать палаты интенсивной терапии и временной изоляции больных. Из приёмного отделения больной поступает в соответствующее стационарное отделение.

Приемное отделение и стационары детской больницы должны быть боксированы. Боксы составляют 3-5% общего числа коечного фонда больницы. В небольших больницах при отсутствии боксов для приема детей должны быть предусмотрены не менее 2-3 изолированных смотровых кабинетов и 1-2 санпропускников. Наиболее удобными для работы являются индивидуальные боксы Мельцера-Соколова, которые включают предбоксы, палату, санитарный узел, шлюз для персонала.

При поступлении детей без ведома родителей последних немедленно извещают об этом работники приемного отделения. При отсутствии такой возможности сведения о ребенке заносятся в специальную книгу и сообщаются в полицию.

Диагностическая служба включает различного профиля отделения и кабинеты (лаборатории, электрокардиографический кабинет, рентгеновский кабинет и др.). В больницах, как структурный элемент, должны быть аптека, патологоанатомическое отделение (морг).

К хозяйственной части относятся

- пищеблок
- склады для хранения пищевых продуктов и лекарственных средств
- прачечная
- технический отдел
- транспортный отдел
- гараж
- дезинфекционная станция (камеру)
- котельная

Заместитель главного врача по административно-хозяйственной части руководит всей административно-хозяйственной деятельностью больницы.

Профиль и мощность отделений стационара определяют с учётом потребности населения в госпитальной помощи и структуры патологии. В настоящее время разработан подушевой норматив на предоставление стационарной медицинской помощи, утверждённый Федеральной Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. В соответствии с Территориальной Программой Санкт-Петербурга этот норматив составлял 2,35 койко-дня на 1 жителя в год. Также существует норматив штатной численности врачей-специалистов в расчёте на 10000 населения (письмо

Министерства Здравоохранения и социального развития РФ от 26 декабря 2011 г. № [161/10/2-13164](#) «Методические рекомендации. Методика расчёта потребности субъектов РФ в медицинских кадрах»). На практике штаты медицинского персонала стационара и его отделений рассчитываются, исходя из нормативов, установленных Порядками оказания медицинской помощи населению. Основными в штатной структуре отделения стационара являются должности заведующего отделением, врача-ординатора, старшей медицинской сестры, медицинской сестры, сестры-хозяйки.

Непосредственное лечение больных в стационаре ведут врачи-ординаторы. Функция врача стационара (число коек на 1 врачебную должность) составляет 6–20 человек. При этом нагрузка на врача зависит от конкретной врачебной специальности и специфики работы.

Отделения (палаты) стационара формируются по возрасту, полу, характеру и тяжести заболеваний, сроку поступления. В зависимости от возраста выделяют отделения (палаты) для недоношенных, новорожденных, детей грудного, младшего, старшего возраста. Палаты целесообразно иметь небольшие, на 2–4 койки, что дает возможность заполнять их с учетом возраста и заболевания. Целесообразно иметь застекленные перегородки между палатами, для того чтобы персонал мог наблюдать за состоянием детей и их поведением. Необходимо предусмотреть возможность пребывания в стационаре матери вместе с ребенком.

Анатомо-физиологические особенности новорожденных, своеобразный характер течения заболевания определяют необходимость создания специальных отделений для новорожденных и недоношенных детей в составе детских больниц. Основной задачей этих отделений являются оказание квалифицированной диагностической и лечебной помощи больным доношенным и недоношенным новорожденным, создание оптимальных условий выхаживания детей.

В работе отделения для новорожденных и недоношенных детей детских больниц осуществляются тесная взаимосвязь и преемственность с родильными домами и детскими поликлиниками.

В больнице строго соблюдают противоэпидемический и лечебноохранительный режим. Противоэпидемический режим должен обеспечиваться всем персоналом больницы, а контроль за ним осуществляет «Центр гигиены и эпидемиологии». В детских больницах в большей степени, чем в больницах для взрослых, следует опасаться внутрибольничных инфекций. При выявлении ребенка с острым инфекционным заболеванием в отделении устанавливают карантин на срок инкубационного периода для данного заболевания. При этом необходимо проводить учет контактировавших с больным ребенком детей, которых в течение инкубационного периода нельзя перемещать в другие палаты. В отдельных случаях в зависимости от выявленного острого инфекционного заболевания проводятся специальные противоэпидемические мероприятия (прививки, исследования на бактерионосительство)

*Лечебно-охранительный режим* - система мер, направленных на создание оптимальных условий пребывания больных в стационаре, способствующих поднятию их общего психоэмоционального тонуса. Основными элементами лечебно-охранительного режима являются:

- рациональная планировка, размещение и оборудование палат и отделений (соответствующий интерьер отделений, изоляция операционных блоков, перевязочных, организация маломестных палат)
- реализация принципа дифференцированного распределения больных по палатам с учетом состояния здоровья, пола, возраста
- устранение или максимальное уменьшение воздействия неблагоприятных факторов внешней среды (неудобные постели, плохое освещение, низкая или излишне высокая температура в палатах, дурные запахи, стоны или крики больных, шум, плохое лечебное питание)
- борьба с болью и страхом боли (психологическая подготовка к операциям, применение

анестезирующих средств при болезненных перевязках, разумное использование болеутоляющих средств, высокое мастерство техники инъекции и других манипуляций, отказ от бесцельных исследований)

- отвлечение больного от ухода в болезнь и преувеличенных представлений о возможных неблагоприятных последствиях (художественная литература, любимая музыка, увлекательные беседы, живопись, телевидение, возможность заняться любимым делом, прогулки по территории больницы для ходячих больных, трудотерапия в отделениях для хронически больных, различные игры, воспитательно-педагогическая работа в детских больницах)

Важной особенностью организации детских отделений является необходимость проведения там воспитательной работы. Для этой цели в детских больницах вводят должности педагогов-воспитателей. С больными детьми, которые длительное время лечатся в стационаре, проводят учебную работу. Очень важным элементом создания лечебно-охранительного режима для детей является организация их досуга, особенно в вечерние часы. Проводимые в конце больничного дня ручной труд, лепка, рисование, чтение вслух улучшают настроение детей и способствуют спокойному сну. Важную роль в правильной организации досуга детей играют палатные (постовые) медицинские сестры;

- организация режима дня больного (удлинение физиологического сна, сочетание покоя с допустимой физической активностью больных, общение с родственниками и близкими больного). В комплексе лечебно-профилактических мероприятий особое значение имеет правильно организованное лечебное питание. Для этого дети, находящиеся на естественном вскармливании, госпитализируются вместе с матерями или обеспечиваются грудным донорским молоком. Все другие продукты лечебного питания дети 1-го года жизни получают с детской молочной кухни. Детям старше 1-го года лечебное питание готовится на пищеблоке больницы;

- разумное использование слова - одного из сильнейших условных раздражителей, способного оказывать значительное воздействие на течение патологического процесса и его исход (недопущение ятрогений);

- соблюдение персоналом медицинской этики (высокая культура медицинского персонала, чуткое, внимательное отношение к больному, его родственникам, соблюдение врачебной тайны и др.).

Выписку пациента из больницы производят при: полном его выздоровлении; необходимости перевода в другие специализированные медицинские учреждения; стойком улучшении состоянии больного, когда дальнейшая госпитализация не нужна; хроническом течении заболевания, не поддающемся лечению в данном учреждении; досрочной выписке по требованию родителей или опекунов недееспособных пациентов.

О выписке пациента, требующего долечивания на дому, сообщается по месту жительства в поликлинику с необходимыми лечебными рекомендациями стационара. В последующие дни в поликлинику направляется эпикриз с подробным описанием проведенного обследования, лечения и необходимых рекомендаций на будущее. Больных, нуждающихся в медицинской реабилитации, направляют в санаторно-курортные учреждения или центры восстановительной медицины.

## **12. Организационная структура больницы для детей. Функции современной больницы. Противоэпидемический и лечебно-охранительный режим.**

Организация работы детской городской больницы имеет много общего с работой стационара для взрослых, однако имеются и отличия.

Больные дети, как и взрослые, поступают в стационар детской больницы по направлению врачей детских поликлиник, при доставке бригадами скорой медицинской помощи, переводом из других медицинских учреждений, самотеком.

Структура детской больницы формируется в зависимости от потребности детского населения в стационарной помощи и включает приемное отделение, профильные стационарные отделения (педиатрическое, хирургическое, инфекционное и др.), лабораторию, отделения рентгенологической, эндоскопической, ультразвуковой, функциональной диагностики и др.

Приемное отделение и стационары детской больницы должны быть боксированы. Боксы составляют 3-5% общего числа коечного фонда больницы. В небольших больницах при отсутствии боксов для приема детей должны быть предусмотрены не менее 2-3 изолированных смотровых кабинетов и 1-2 санпропускников. Наиболее удобными для работы являются индивидуальные боксы Мельцера-Соколова, которые включают предбоксник, палату, санитарный узел, шлюз для персонала.

При поступлении детей без ведома родителей последних немедленно извещают об этом работники приемного отделения. При отсутствии такой возможности сведения о ребенке заносятся в специальную книгу и сообщаются в полицию.

Отделения (палаты) стационара формируются по возрасту, полу, характеру и тяжести заболеваний, сроку поступления. В зависимости от возраста выделяют отделения (палаты) для недоношенных, новорожденных, детей грудного, младшего, старшего возраста. Палаты целесообразно иметь небольшие, на 2-4 койки, что дает возможность заполнять их с учетом возраста и заболевания. Целесообразно иметь застекленные перегородки между палатами, для того чтобы персонал мог наблюдать за состоянием детей и их поведением. Необходимо предусмотреть возможность пребывания

в стационаре матери вместе с ребенком.

Важной особенностью организации детских отделений является необходимость проведения там воспитательной работы. Для этой цели в детских больницах вводят должности педагогов-воспитателей. С больными детьми, которые длительное время лечатся в стационаре, проводят учебную работу. Очень важным элементом создания лечебно-охранительного режима для детей является организация их досуга, особенно в вечерние часы. Проводимые в конце больничного дня ручной труд, лепка, рисование, чтение вслух улучшают настроение детей и способствуют спокойному сну. Важную роль в правильной организации досуга детей играют палатные (постовые) медицинские сестры.

В комплексе лечебно-профилактических мероприятий особое значение имеет правильно организованное лечебное питание. Для этого дети, находящиеся на естественном вскармливании, госпитализируются вместе с матерями или обеспечиваются грудным донорским молоком. Все другие продукты лечебного питания дети 1-го года жизни получают с детской молочной кухни. Детям старше 1-го года лечебное питание готовится на пищеблоке больницы.

В детских больницах в большей степени, чем в больницах для взрослых, следует опасаться внутрибольничных инфекций. При выявлении ребенка с острым инфекционным заболеванием в отделении устанавливают карантин на срок инкубационного периода для данного заболевания. При этом необходимо проводить учет контактировавших с больным ребенком детей, которых в течение инкубационного периода нельзя перемещать в другие палаты. В отдельных случаях в зависимости от выявленного острого инфекционного заболевания проводятся специальные противоэпидемические мероприятия (прививки, исследования на бактерионосительство и др.). Анатомо-физиологические особенности новорожденных, своеобразный характер течения заболевания определяют необходимость создания специальных отделений для новорожденных и недоношенных детей в составе детских больниц. Основной задачей этих отделений являются оказание квалифицированной диагностической и лечебной помощи больным доношенным и недоношенным новорожденным, создание оптимальных условий выхаживания детей.

В работе отделения для новорожденных и недоношенных детей детских больниц осуществляются тесная взаимосвязь и преемственность с родильными домами и детскими поликлиниками.

Основные задачи городской больницы:

- оказание высококвалифицированной специализированной лечебно-профилактической помощи населению (стационарной и амбулаторно-поликлинической)
- обеспечение преимущественного медицинского обслуживания рабочих промышленных предприятий и подростков, занятых в промышленности и системе профессионально-технического образования
- расширение объема и совершенствование диспансерного метода обслуживания населения
- внедрение в практику обслуживания населения современных методов профилактики, диагностики и лечения больных на основе достижений медицинской науки и техники, а также передового опыта работы МО
- развитие и совершенствование организационных форм и методов медицинского обслуживания населения и ухода за больными, повышение качества и культуры работы
- изучение причин общей заболеваемости населения и ЗВУТ рабочих и служащих
- разработка и проведение оздоровительных мероприятий, направленных на снижение и ликвидацию наиболее распространенных заболеваний
- санитарно-гигиеническое воспитание населения
- широкое привлечение общественности к разработке и проведению мероприятий по лечебно-профилактическому обслуживанию населения.

### **13. Статистика городского стационара для детей. Основные формы первичной медицинской документации. Основные группы статистических показателей, используемых для анализа деятельности. Показатели использования коечно-го фонда – методика расчета и анализа. СТАТИСТИКА БОЛЬНИЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

Основными формами первичной учетной медицинской документации больничных учреждений являются:

- Медицинская карта стационарного больного (ф. 003/у)
- Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении (ф. 007/у-02)
- Сводная ведомость движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек стационара круглосуточного пребывания, дневного пребывания при больничном учреждении (ф. 016/у-02)
- Статистическая карта вышедшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому (ф. 066/у02)

На основе этих и других учетных первичных медицинских документов разрабатывают и анализируют показатели медицинской деятельности стационара, которые объединяют в следующие группы:



1. удовлетворенность населения стационарной помощью
2. использование коечного фонда
3. нагрузка персонала
4. качество стационарной помощи
5. преемственность в работе амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений

Показатели удовлетворенности населения стационарной помощью используют для оценки доступности населению больничной помощи, выработки предложений по оптимизации структуры и мощности сети больничных учреждений, расчета необходимых для них финансовых, материально-технических, кадровых и других ресурсов. К этой группе относят следующие показатели:

- обеспеченность населения больничными койками;
- структуру коечного фонда
- частоту (уровень) госпитализации
- обеспеченность населения стационарной помощью

Показатель обеспеченности населения больничными койками является наиболее общим для оценки удовлетворенности населения стационарной помощью. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Обеспеченность населения больничными койками} = \frac{\text{Число больничных коек}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 10\,000.$$

В результате внедрения новых стационарзамещающих технологий (дневные стационары на базе АПУ, дневные стационары на базе больничных учреждений, стационары на дому) этот показатель снизился и составляет в настоящее время 52,2 на 10 тыс. детского населения, что позволило повысить эффективность использования ресурсов здравоохранения, не снижая качества медицинской помощи. Основными показателями *госпитализированной заболеваемости* являются уровень госпитализации населения и структура коечного фонда: Показатель госпитализации детского населения:

$$\text{Частота (уровень) госпитализации*} = \frac{\text{Число поступивших в стационар за отчетный период}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100.$$

Показатель структуры коечного фонда (в %):

$$\text{Структура коечного фонда} = \frac{\text{Число коек терапевтического (хирургического, гинекологического и др.) профиля}}{\text{Общее число больничных коек}} \times 100.$$

Аналогично считается структура лечившихся в больнице пациентов по классам болезней и по нозологическим формам заболеваний.

Показатель обеспеченности населения стационарной помощью используют для анализа выполнения муниципальных заданий в рамках территориальных программ госгарантий

$$\text{Обеспеченность населения стационарной помощью} = \frac{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационарах в течение года}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

Очевидно, что, приводя показатель обеспеченности населения больничными койками в соответствии с реальной потребностью в них, оптимизируя структуру коечного фонда, выполняя муниципальные задания территориальных программ госгарантий по обеспечению населения стационарной помощью, можно реально влиять на повышение экономической эффективности больничных учреждений.

Показатели использования коечного фонда характеризуют эффективность работы больничных коек. К ним относятся:

- среднее число дней занятости койки в году (функция больничной койки, работа койки)
- средняя длительность пребывания больного на койке
- оборот койки

- среднее время простоя койки

Показатель среднего числа дней занятости койки в году (функция больничной койки, работа койки) характеризует эффективность использования финансовых, материальнотехнических, кадровых и других ресурсов больничных учреждений. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Среднее число дней занятости койки в году} = \frac{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационаре, в течение года}}{\text{Среднегодовое число коек (фактически развернутых + свернутых на ремонт)}}$$

Показатель средней длительности пребывания больного на койке является отношением числа койко-дней, проведенных больными в стационаре, к числу пролеченных больных. Для корректности исчисления этого показателя число пролеченных больных рассчитывают как полусумму поступивших, выписанных и умерших пациентов:

$$\text{Средняя длительность пребывания больного на койке} = \frac{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационаре}}{1/2 (\text{поступивших} + \text{выписанных} + \text{умерших}) \text{ больных}} \text{ или}$$

Показатель оборота койки дает представление о среднем числе больных, прошедших лечение в течение года на одной койке и рассчитывается по формуле:

$$\text{Оборот койки} = \frac{\text{Число пролеченных больных}}{\text{Среднегодовое число коек (фактически развернутых + свернутых на ремонт)}}$$

Среднее время простоя койки (простой койки на один оборот) показывает среднее число дней простоя койки от момента выписки предыдущего больного до момента поступления следующего больного и рассчитывается по формуле:

$$\text{Среднее время простоя койки} = \frac{365 (\text{число дней в году}) - \text{Среднее число дней занятости койки в году}}{\text{Оборот койки}}$$

Выполнение плана работы койки в году (в %) =

Показатели нагрузки персонала. Оптимизация структуры и мощности больничных учреждений, внедрение современных технологий диагностики и лечения больных в стационарах, разработка системы дифференцированной оплаты труда должны сопровождаться разработкой и анализом показателей нагрузки персонала, работающего в больницах. К таким показателям относятся:

- среднее число коек на 1 должность врача (среднего медицинского персонала)
- среднее число койко-дней на 1 должность врача (среднего медицинского персонала)

Показатель среднего числа коек на 1 должность врача (среднего медицинского персонала) рассчитывают по формуле:

$$\text{Среднее число коек на 1 должность врача (среднего медицинского персонала)} = \frac{\text{Среднегодовое число коек}}{\text{Общее число занятых врачебных должностей (среднего медицинского персонала) в стационаре}}$$

Рекомендуемые значения показателя среднего числа коек на одну должность врача (среднего медицинского персонала) для основных профилей стационарных отделений

|                            |                                     |   |
|----------------------------|-------------------------------------|---|
| Профиль медицинской помощи | Число коек на 1 врачебную должность | Число коек на 1 пост медицинских сестер |
|----------------------------|-------------------------------------|---|

|  |    |    |
|--|----|----|
| Кардиология  | 15 | 15 |
| Детская кардиология                                      | 15 | 15 |
| Сердечно-сосудистая хирургия (кардиохирургические койки) | 7  | 10 |
| Сердечно-сосудистая хирургия (койки сосудистой хирургии) | 12 | 15 |
| Ревматология   | 15 | 15 |
| Гастроэнтерология  | 15 | 15 |
| Пульмонология  | 15 | 15 |
| Эндокринология   | 15 | 15 |
| Детская эндокринология                                   | 15 | 15 |
| Нефрология   | 12 | 15 |
| Гематология  | 10 | 10 |
| Аллергология и иммунология                               | 20 | 20 |
| Травматология  | 17 | 20 |
| Ортопедия  | 15 | 15 |
| Урология   | 15 | 15 |
| Детская урология-андрология                              | 10 | 15 |
| Нейрохирургия  | 12 | 15 |
| Челюстно-лицевая хирургия                                | 15 | 15 |
| Стоматология детская                                     | 15 | 15 |
| Торакальная хирургия                                     | 12 | 15 |
| Онкология  | 10 | 15 |
| Детская онкология  | 6  | 6  |
| Проктология  | 15 | 15 |
| Хирургия   | 12 | 15 |
| Хирургия(комбустиология)                                 | 12 | 15 |
| Детская хирургия   | 10 | 15 |
| Патология беременности                                   | 12 | 15 |
| Гинекология  | 12 | 15 |
| Оториноларингология                                      | 12 | 15 |
| Офтальмология  | 20 | 20 |
| Офтальмология для детей                                  | 10 | 15 |
| Неврология   | 15 | 20 |
| Терапия  | 15 | 15 |
| Педиатрия  | 15 | 15 |
| Инфекционные болезни                                     | 20 | 10 |
| Инфекционные болезни для детей                           | 15 | 15 |
| Неонатология   | 10 | 5  |
| Акушерство и гинекология                                 | 15 | 10 |
| Акушерское дело (койки патологии беременности)           | 12 | 15 |
|  |    |    |

|                    |    |    |
|--------------------|----|----|
| Дерматовенерология | 15 | 15 |
| Фтизиатрия         | 20 | 20 |

По профилям, не указанным в таблице, рекомендуемый норматив составляет 20 коек на 1 врачебную должность.

Показатель среднего числа койко-дней на 1 должность врача (среднего медицинского персонала) рассчитывают по формуле:

$$\frac{\text{Среднее число койко-дней на 1 должность врача (среднего медицинского персонала)}}{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационаре за год}} = \frac{\text{Общее число занятых врачебных должностей (среднего медицинского персонала) в стационаре}}{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационаре за год}}$$

Эти показатели необходимо рассматривать комплексно, во взаимосвязи с показателями использования коечного фонда.

Показатели качества стационарной помощи - группа показателей, анализ которых дает возможность оценить соответствие оказанной стационарной медицинской помощи действующим медико-экономическим стандартам (протоколам ведения больных). Эти показатели используют для проведения как ведомственной, так и вневедомственной экспертизы качества стационарной медицинской помощи. Ведомственную экспертизу проводят врачи-эксперты органов управления здравоохранением субъекта РФ, государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. Вневедомственную экспертизу осуществляют врачи-эксперты страховых медицинских организаций, территориальных фондов ОМС, управлений Росздравнадзора.

К показателям, характеризующим качество стационарной помощи, относятся:

- частота расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов
- показатели летальности в стационаре

Показатель частоты расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов имеет важнейшее значение для оценки качества лечебно-диагностической помощи и рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Частота расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов}}{\text{Число клинических диагнозов, не подтвержденных при патологоанатомических вскрытиях}} = \frac{\text{Число клинических диагнозов, не подтвержденных при патологоанатомических вскрытиях}}{\text{Общее число патологоанатомических вскрытий}} \times 100.$$

В Российской Федерации средний показатель колеблется в пределах 0,5-1,5%.

Показатели летальности в стационаре позволяют комплексно оценить уровень организации лечебно-диагностической помощи в стационаре, использование современных медицинских технологий. К ним относятся:

- больничная летальность
- досуточная летальность

Показатель больничной летальности рассчитывают по формуле:

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

Данный показатель рассчитывается по отдельным нозологическим формам и возрастно-половым группам больных.

Для углубленного анализа качества стационарной медицинской помощи на отдельных этапах ее оказания рассчитывают специальный показатель летальности по формуле:

Досуточная летальность =

$$\text{Досуточная летальность} = \frac{\text{Число умерших в первые 24 ч пребывания в стационаре}}{\text{Общее число поступивших больных в стационар}} \times 100.$$

$$\text{Послеоперационная летальность} = \frac{\text{Число умерших после оперативных вмешательств}}{\text{Общее число прооперированных больных}} \times 100.$$

Показатели преемственности в работе амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений служат индикатором взаимодействия амбулаторно-поликлинических учреждений, скорой медицинской помощи, приемного покоя и стационарных отделений больниц, а также дают возможность косвенно оценить уровень организации диспансерного наблюдения за больными на догоспитальном этапе. К этим показателям относятся:

- частота отказов в госпитализации
- своевременность госпитализации

Показатель частоты отказов в госпитализации рассчитывают по формуле:

$$\text{Частота отказов в госпитализации} = \frac{\text{Число больных, которым отказано в госпитализации}}{\text{Число выбывших (выписанных + умерших) из стационара больных + число больных, которым отказано в госпитализации}} \times 100.$$

Расчет и анализ этого показателя целесообразно проводить по отдельным заболеваниям, времени суток, дням недели, месяцам года. В оптимальном режиме взаимодействия амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений этот показатель должен приближаться к 0%.

Показатель своевременности госпитализации имеет наибольшую значимость для анализа госпитализации больных, страдающих ургентными заболеваниями (острое нарушение мозгового кровообращения, желудочно-кишечное кровотечение, травмы головного мозга и др.). Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Своевременность госпитализации} = \frac{\text{Число больных, поступивших в сроки, установленные протоколами (стандартами) ведения больных}}{\text{Общее число выбывших (выписанных + умерших) из стационара больных}} \times 100.$$

Оптимальный показатель устанавливается исходя из сроков госпитализации, определенных протоколами (стандартами) ведения больных.

Показатели хирургической помощи в стационаре

Хирургическая активность стационара =

Доля экстренных операций (в %) =

Доля операций на определенных органах (системах) =

Частота послеоперационных осложнений (в %) =

Частота послеоперационных осложнений при операциях на определенных органах (системах) (в %):

Послеоперационная летальность после всех операций (в %):

Послеоперационная летальность после операций на определенных органах (системах) (в %):

$$\text{Досуточная летальность} = \frac{\text{Число умерших в первые 24 ч пребывания в стационаре}}{\text{Общее число поступивших больных в стационар}} \times 100.$$

$$\text{Послеоперационная летальность} = \frac{\text{Число умерших после оперативных вмешательств}}{\text{Общее число прооперированных больных}} \times 100.$$

#### 14. Стационарзамещающие формы организации медицинской помощи населению: их виды, преимущества и организация работы.

С учетом высокой ресурсоемкости стационарной помощи важное значение приобретают стационарзамещающие технологии (СЗТ), позволяющие существенно экономить имеющиеся ресурсы без снижения качества медицинской помощи. К таким организационным формам относятся:

- стационары дневного пребывания в АПУ
- стационары дневного (ночного) пребывания в больничных учреждениях
- стационары на дому

Основными задачами по внедрению СЗТ являются:

- проведение комплексного лечения в объемах, оказываемых в стационарных условиях тем больным, которые по некоторым социально-бытовым причинам не могут быть госпитализированы
- эффективное использование коечного фонда круглосуточных стационаров больниц для лечения прежде всего тяжелобольных
- долечивание и социальная адаптация отдельных контингентов пациентов после лечения в круглосуточном стационаре
- проведение в амбулаторных условиях отдельных сложных диагностических исследований, требующих специальной подготовки и последующего наблюдения медицинским персоналом
- расширение объема и перечня хирургических вмешательств, подлежащих выполнению в амбулаторных условиях
- сокращение сроков временной нетрудоспособности пациентов по поводу отдельных заболеваний.

Стационары дневного пребывания в АПУ организуются для обследования и лечения больных с острыми и обострениями хронических заболеваний, патологией беременности, не требующих круглосуточного стационарного режима, а также для реабилитации больных после стационарного лечения. Опыт организации стационаров дневного пребывания в АПУ городов Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург показал их наибольшую эффективность при лечении следующих заболеваний: гипертонической болезни I-II степени, ишемической болезни сердца со стенокардией без нарушения ритма, обострении хронического бронхита, бронхиальной астмы (без гормональной зависимости), радикулитов, болевых синдромов на почве остеохондроза, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки (неосложненной), хронического гастрита, облитерирующего атеросклероза нижних конечностей, беременных, страдающих экстрагенитальными заболеваниями и др.

Отбор и направление больных на обследование и лечение в стационар дневного пребывания в АПУ проводится участковыми врачамитерапевтами, педиатрами и другими специалистами. При ухудшении течения заболевания больной, находящийся в стационаре дневного пребывания, должен быть незамедлительно переведен в соответствующее специализированное отделение больницы.

Мощность стационаров дневного пребывания и необходимая численность должностей медицинского персонала определяются индивидуально в каждом конкретном случае руководителем АПУ по согласованию с руководителем органа управления здравоохранением. Расходы на приобретение медикаментов и перевязочных средств устанавливаются в соответствии с действующими в данном АПУ расчетными нормативами.

Стационар дневного пребывания пользуется в своей работе лечебнодиагностическими службами, имеющимися в поликлинике, в составе которой он организован.

Питание больных в стационарах дневного пребывания в АПУ организуется применительно к местным условиям и за счет самого больного.

Стационары дневного (ночного) пребывания в больничных учреждениях предназначены для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий у больных, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения. При этом используются современные медицинские технологии, соответствующие стандартам и протоколам ведения больных в дневное и

ночное время.

На практике наибольшее распространение получили стационары дневного пребывания терапевтического, хирургического, акушерскогинекологического, неврологического, дерматологического профиля (рис. 13.4). Стационары ночного пребывания организуются в больницах психиатрического профиля и имеют свои специфические особенности.

Стационар дневного пребывания является структурным подразделением больницы и пользуется всеми имеющимися лечебно-диагностическими и консультативными службами.

Лечебно-диагностическая помощь в стационарах дневного пребывания проводится в следующем объеме:

- внутримышечные, подкожные, внутривенные инъекции и капельные инфузии лекарственных средств
- проведение отдельных лабораторно-диагностических исследований
- долечивание больных, выписанных из стационара в более ранние сроки, для завершения лечения в условиях активного режима
- послеоперационное медицинское наблюдение за больными, оперированными в условиях стационара по поводу несложных хирургических вмешательств (удаление доброкачественных опухолей, вросшего ногтя, флегмон, панарициев и др.).

Дневной стационар может использоваться для проведения сложных диагностических исследований на базе профильных специализированных отделений круглосуточного стационара. Коечная мощность стационара дневного пребывания определяется руководителем медицинского учреждения (в составе которого он организован), исходя из реальной потребности населения, по согласованию с уполномоченным органом здравоохранения. Режим работы стационара дневного пребывания определяется руководителем медицинского учреждения, на базе которого он расположен.

Штатные должности врачей, среднего и младшего медицинского персонала стационаров дневного пребывания устанавливаются главным врачом больничного учреждения, на базе которого они созданы, с учетом его мощности, профиля и режима работы. Если в штате дневного стационара нет врачей узких специальностей, то больные должны своевременно и в полном объеме обеспечиваться консультациями врачей узких специальностей круглосуточного стационара.

Финансовое обеспечение стационара дневного пребывания осуществляется из основных и дополнительных источников финансирования больницы и предусматривается в ее смете. Койки стационара дневного пребывания в больнице включаются в число сметных коек для круглосуточного пребывания больных.

Лечебное питание больных в дневном стационаре организуют исходя из реальной потребности. Обычно, если стационар входит в структуру больничного учреждения, пациенты пользуются двухразовым питанием по действующим нормативам стационара.

Медикаменты в стационаре дневного пребывания приобретаются полностью или частично за счет бюджета больничного учреждения, на базе которого он создан.

Таким образом, особенностями оказания медицинской помощи в условиях стационара дневного пребывания являются:

- максимально гибкий график работы в соответствии с пожеланиями пациентов
- приближение объема и структуры оказываемой медицинской помощи к условиям круглосуточного стационара
- преимущественное использование методов восстановительного лечения и медицинской реабилитации больных.

Следует отметить, что дневные стационары в больничных и амбулаторно-поликлинических учреждениях имеют некоторые отличия. В условиях дневных стационаров на базе больниц, как правило, возможно проведение более сложных лабораторно-диагностических обследований, проще организовать питание. Преимуществом дневных стационаров на базе АПУ является возможность использования широкого комплекса восстановительного лечения.

Стационары на дому организуют в случаях, когда состояние больного и домашние (социальные, материальные) условия позволяют организовать медицинскую помощь и уход на дому.

Целью организации стационаров на дому являются лечение острых форм заболеваний (не требующих интенсивного стационарного наблюдения), долечивание и реабилитация хронически больных, медико-социальная помощь престарелым, наблюдение и лечение в домашних условиях лиц, перенесших несложные оперативные вмешательства, и др.

Стационары на дому могут быть организованы в составе поликлиник, поликлинических отделений больниц, диспансеров. Хорошо зарекомендовали себя стационары на дому в педиатрии и гериатрии.

Организация стационаров на дому предполагает ежедневное наблюдение больного врачом, проведение лабораторно-диагностических обследований, медикаментозной терапии (внутривенные, внутримышечные инъекции), различных процедур (банки, горчичники и др.) При необходимости в комплекс лечения больных включаются также физиотерапевтические процедуры, массаж, ЛФК и др. Более сложные диагностические обследования (фонокардиограмма, эхокардиограмма, рентгеноскопия и др.) производятся при наличии клинических показаний в поликлинике, куда больные доставляются



санитарным транспортом. При необходимости больным в стационаре на дому оказывается консультативная помощь врачами узких специальностей.

Руководство стационаром на дому осуществляется заведующим соответствующим отделением, который в своей деятельности подчиняется главному врачу больницы и его заместителю по поликлинике. Отбор больных на лечение в стационаре на дому проводится заведующим отделением совместно с врачом стационара на дому по представлению участковых врачей или врачей других специальностей.

Стационары на дому могут быть организованы в централизованной и децентрализованной форме. Централизованная форма работы предусматривает выделение отдельного врачатерапевта и 1-2 медсестер. При этом нужно отметить, что медсестрой стационара на дому проводятся забор биологических материалов для анализов, процедуры и инъекции 1-2 раза в день. Дополнительные инъекции больным в стационаре на дому осуществляются участковой медсестрой поликлиники. При такой форме в стационаре на дому обслуживается в день 12-14 больных. При централизованной форме организации стационара на дому обеспечивается транспортом.

Наиболее целесообразной является организация работы стационара на дому в децентрализованной форме с участием участкового врача и участковой медсестры поликлиники. При этом в помощь участковым медсестрам выделяются 1-2 выездные процедурные медсестры для проведения больным в стационарах на дому процедур: инъекций, забора биологических сред для анализов. Участковыми врачом и медсестрой обслуживаются сразу 2-3 больных на близлежащих участках. Участок обслуживания выездной процедурной медсестры может включать до 20 тыс. населения, для чего она обеспечивается автотранспортом.

Таким образом, организация стационаров на дому максимально учитывает специфику обслуживаемых пациентов (дети, лица пожилого возраста, хронические больные). Кроме достижения конкретного медицинского и экономического эффекта лечение в стационарах на дому имеет важное социально-психологическое значение, так как позволяет осуществлять медицинскую помощь в привычных условиях семьи и не связано с нарушением микросоциальной среды больного. Это лечение по показателям медицинской и социальной эффективности в ряде случаев не уступает лечению в стационаре круглосуточного пребывания, но в то же время в 3-5 раз дешевле.

Основные задачи стационарозамещающих отделений:

- оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи
- обеспечение медицинской помощью больных, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения в стационаре
- проведение комплекса лечебно-профилактических мероприятий диспансерным больным, лицам с факторами риска, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения
- разгрузка общей стационарной сети за счет больных с острыми заболеваниями, не требующих экстренной и неотложной стационарной помощи, а также хроническими заболеваниями и беременных с неосложненным течением, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения
- своевременное комплексное лечение больных с острой патологией, не требующих экстренной и неотложной стационарной помощи
- своевременное комплексное лечение больных с хронической патологией, прикрепленных к МО, в целях предотвращения госпитализации в стационар круглосуточного пребывания и достижения стабильных конечных результатов
- осуществление реабилитационного и оздоровительного комплексного лечения
- подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим больным при изменении степени тяжести заболевания

Преимущества стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи:

- снижение затрат на оказание медицинской помощи
- рациональное использование коечного фонда
- высокий уровень медицинских услуг
- возможность оказания медико-социальной помощи
- усиление деятельности консультативно-диагностической службы

Противопоказания к госпитализации в дневной стационар:

- тяжелое состояние больных, нуждающихся в круглосуточном врачебном наблюдении и уходе, т.е. требующих полной госпитализации
- потребность в круглосуточном парентеральном введении препаратов
- резко ограниченная возможность пациентов к самостоятельному передвижению
- необходимость соблюдения обязательного круглосуточного постельного режима
- потребность соблюдения диетического режима, выполнение которого невозможно в домашних условиях

- статус больных, когда их самочувствие и состояние могут ухудшиться при нахождении на холодном воздухе, жаре и так далее по дороге в дневной стационар, домой и др.

Стационары на дому. В условиях реструктуризации лечебно-профилактической помощи получит свое дальнейшее развитие такая неординарная организационная форма оказания медицинской помощи, как стационары на дому при амбулаторно-поликлинических учреждениях.

В конце XX в. в России в условиях старения населения на фоне сложной социальноэкономической ситуации в стране растет уровень заболеваемости населения, происходит накопление количества хронических заболеваний и сопутствующей патологии. Такие больные требуют систематического наблюдения, комплексного обследования и лечения, подчас достаточно интенсивного, которое не всегда возможно в амбулаторных условиях. Однако не во всех случаях круглосуточная госпитализация, необходимая больному, по мнению врача, желанна и столь же осознанно необходима, по мнению самого больного.

Как правило, стационар на дому - структурное подразделение отделения неотложной помощи поликлиники. Стационары на дому могут создавать также на базе МСЧ, поликлинических отделений больниц, диспансеров, женских консультаций и даже больниц.

Направляют больных на данное лечение участковые врачи-терапевты, узкие специалисты и врачи неотложной помощи.

Отбор больных для лечения в стационаре на дому проводит заведующий отделением по представлению лечащего врача. Все записи выполняют в амбулаторной карте. Руководство стационаром на дому осуществляет заведующий отделением неотложной помощи или заведующий терапевтическим (педиатрическим) отделением.

Организация стационара на дому при поликлиниках может быть построена по принципу централизации, децентрализации и смешанному типу.

Централизованная форма работы предусматривает специальное выделение штатов (врача и медицинской сестры). Медицинская сестра делает все необходимые заборы анализов, процедуры и инъекции 1-2 раза в сутки. Дополнительные инъекции больным делает участковая медицинская сестра. При такой форме врач и медицинская сестра стационара на дому обслуживают в день 12-14 больных. Стационар на дому обеспечивают транспортом.

Децентрализованная форма предполагает обслуживание участковым врачом и медицинской сестрой 2-3 больных своего участка. Эти формы работы требуют четкого определения показаний к лечению больных в стационаре на дому, чтобы не заменять посещения участкового врача стационаром на дому.

Обслуживание больных можно осуществлять по децентрализованному типу. Однако при этом также выделяют 1-2 выездные процедурные медицинские сестры для проведения больным процедур: инъекций (1-2 раза), заборов крови, мочи и др. Выездная процедурная медицинская сестра обслуживает 12-14 больных близлежащих участков, при этом ее обеспечивают автотранспортом. Участок работы может включать около 20 тыс. населения.

Штаты стационара на дому устанавливают в соответствии со штатными нормативами, предусмотренными для амбулаторно-поликлинических учреждений. При этом главным врачам МО дано право использовать штатную численность в зависимости от производственной необходимости.

При использовании стационара на дому для лиц старшего возраста, инвалидов, особенно в целях реабилитации, следует помнить и о возможных негативных сторонах этой формы организации медицинской помощи. В частности, дома пациент остается один на один со своей болезнью, что значительно затрудняет его социальную адаптацию. Вместе с тем от медицинских работников требуется работа не только с пациентом, но и с членами его семьи, которые должны быть обучены правилам ухода и нуждаются в психологической поддержке.

В перспективе развития стационаров на дому можно предвидеть их трансформацию с приходом в поликлиники врача общей практики. Это уже сейчас можно реализовывать в сельской местности в первую очередь и в городах, где внедрена общеврачебная (семейная) практика.

В другом варианте стационары на дому могут перерасти в центры амбулаторной помощи, полностью укомплектованные кадрами и оснащенные современной техникой, где будут оказывать не только специализированную, но и социальную помощь. Деятельность этих центров не исключает в определенных случаях (по желанию больного) лечения дома, при установлении на дому индивидуального круглосуточного поста медицинской сестры и т.д., оказание платных услуг.

К числу других, более редких стационарозамещающих форм относят:

- вечерние и ночные стационары
- стационары выходного дня
- комплексы «дневной стационар-пансионат» и др.

Ночным стационарам в отечественной литературе уделяют недостаточное внимание, хотя определенный опыт все же имеется. Например, в психиатрии ночные стационары создают благоприятные условия для решения таких задач, как лечение больных, у которых работоспособность не страдает и сохраняется установка на продолжение работы или учебы, изъятие больного из патогенной семьи, лечение нервно-

психических расстройств, проявляющихся в ночное время (например, нарушение сна).

Иногда ночные и дневные стационары целесообразно размещать на базе одного помещения. В некоторых промышленных предприятиях функционируют ночные профилактории. В них проводят плановое обследование в целях динамического наблюдения и профилактическое лечение работников предприятия.

Вечерние стационары (программы) разворачивают как самостоятельно, так и в комплексе с дневными стационарами в одном с ними помещении.

Анализ деятельности вечерней программы показал достоверное снижение дней нетрудоспособности пациентов.

Стационары выходного дня широко практиковали при профилакториях. Однако с переходом на новые условия хозяйствования манифестирует рыночный аспект этой медикоорганизационной формы, когда совершенно очевидна экономическая выгода от создания на платной основе в помещении дневного стационара, работающего по пятидневке, стационара выходного дня для желающих.

За рубежом широко используют опыт коммерческих учреждений выходного дня, где клиент может получить комплекс профилактического лечения (массаж, водные процедуры, физиотерапию, ЛФК и др.).

Необходимо отметить и развитие альтернативных видов стационарозамещающих технологий. Исходя из структуры общей заболеваемости, по данным обращаемости и госпитализации в дневные стационары в перспективе следует развивать больницы сестринского и длительного ухода, гериатрические больницы.

### 15. Общие принципы организации акушерско-гинекологической помощи населению. Основные типы акушерско-гинекологических организаций. Ста-ционар родильного дома: задачи, организационная структур

### 16. Родильный дом: задачи, штаты, организационная структура. Организация противоэпидемического режима в стационаре родильного дома.

Основным учреждением, оказывающим стационарную акушерско-гинекологическую помощь, является *родильный дом (отделение)*, деятельность которого организуется в соответствии с приказом МЗ РФ № 572н от 01.11.12 г.

Родильный дом (отделение) создается как самостоятельная медицинская организация или как структурное подразделение в составе медицинских организаций с целью оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовой период, а также медицинской помощи новорожденным.

Родильный дом (отделение) осуществляет следующие функции:

- оказание акушерско-гинекологической помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, медицинской помощи новорожденным, а также женщинам с заболеваниями репродуктивной системы в стационарных условиях
- внедрение современных перинатальных семейно-ориентированных технологий (демедицинализация родов, партнерские роды, совместное пребывание матери и ребенка, раннее прикладывание к груди, приоритет грудного вскармливания, профилактика гипотермии новорожденных)
- профилактика, диагностика и лечение заболеваний репродуктивной системы
- оказание медицинской помощи в связи с искусственным прерыванием беременности
- санитарно-гигиеническое обучение женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, аборт и инфекций, передаваемых половым путем
- установление медицинских показаний и направление женщин и новорожденных в медицинские организации для оказания им специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности, выдачу листов нетрудоспособности женщинам по беременности и родам
- участие в направлении женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности на медико-социальную экспертизу
- организация и обеспечение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в целях предупреждения и снижения заболеваемости внутрибольничными инфекциями женщин, новорожденных и медицинских работников
- проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам и новорожденным
- проведение анализа причин гинекологических заболеваний, акушерских и экстрагенитальных осложнений у женщин, заболеваемости новорожденных

- осуществление статистического мониторинга и анализа причин материнской и перинатальной смертности
- обеспечение вакцинопрофилактики новорожденным, проведение неонатального и аудиологического скрининга
- организация питания женщин и новорожденных в период их пребывания в родильном доме
- взаимодействие с женской консультацией, не входящей в его состав, станцией (отделением) скорой медицинской помощи, поликлиникой, детской поликлиникой, а также с другими медицинскими организациями (противотуберкулезным, кожно-венерологическим, онкологическим диспансерами, Центрами профилактики и борьбы со СПИД)
- обеспечение проведения антиретровирусной профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции ВИЧ-инфицированным роженицам и их новорожденным
- организация повышения профессиональной квалификации врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством

Руководство родильным домом, созданным как самостоятельная медицинская организация, осуществляет главный врач. Руководство родильным домом (отделением), созданным в структуре медицинской организации, осуществляет заведующий (заместитель главного врача по родовспоможению).

Работу среднего и младшего медицинского персонала организует *главная медицинская сестра (акушерка)*.

В структуру родильного дома (отделения) входят:

Акушерский стационар со своим приемным отделением, которое называется приемно-смотровой блок родильного дома (отделения) и три акушерских отделения: физиологическое родовое отделение, наблюдательное родовое отделение и отделение патологии беременности.

- В составе физиологического родового отделения выделяются: смотровая; предродовые палаты; 2 родовых зала (индивидуальный родовый зал); операционный блок; послеродовое отделение с палатами для родильниц и палатами для совместного пребывания матери и ребенка; манипуляционная; процедурный кабинет.

Физиологическое отделение новорожденных с палатами для новорожденных, палатой (постом) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, кабинетом вакцинопрофилактики новорожденных, молочной комнатой, процедурным кабинетом, выписной комнатой, вспомогательными помещениями.

- В составе наблюдательного родового отделения выделяются: смотровая; палаты патологии беременности; предродовые палаты; 2 родовых зала (индивидуальный родовый зал); операционный блок; палаты для родильниц; палаты для совместного пребывания матери и ребенка; манипуляционная; процедурный кабинет; изолятор (мельтцеровский бокс).

*Допускается отсутствие наблюдательного отделения при наличии палат на 1 - 2 места и возможности планировочной изоляции одной из палатных секций в случае необходимости организации ее работы по типу наблюдательного отделения.*

Отделение новорожденных при наблюдательном отделении с палатами для новорожденных, процедурным кабинетом, палатой (постом) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, кабинетом вакцинопрофилактики новорожденных, молочной комнатой, процедурным кабинетом, выписной комнатой, вспомогательными помещениями.

В отделение патологии беременности выделяются палаты для беременных женщин; манипуляционная; процедурный кабинет; вспомогательные помещения.

Кроме того в акушерском стационаре должно быть отделение анестезиологии и реаниматологии (палаты интенсивной терапии) с палатами (постом) интенсивной терапии для женщин; акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи;

Гинекологический стационар (со своим приемным отделением) состоит из трех гинекологических отделений: для консервативного лечения, для оперативного лечения и для прерывания беременности (абортов).

В родильном доме должны быть клинично-диагностическая лаборатория; кабинет функциональной диагностики; физиотерапевтический кабинет; рентгеновский кабинет; централизованное стерилизационное отделение; административно-хозяйственное подразделение со вспомогательными службами: администрация; пищеблок; бухгалтерия; отдел кадров; отдел снабжения; аптека; техническая служба.

В структуру родильного дома может входить *женская консультация*.

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ РОДИЛЬНОГО ДОМА (ОТДЕЛЕНИЯ)

| № п/п | Наименование должностей                                  | Количество должностей                           |
|-------|--|---|
| 1.    | Главный врач   | 1 должность                                     |
| 2.    | Заместитель главного врача (по медицинской части)        | 1 должность в родильном доме на 80 коек и более |
| 3.    | Заместитель главного врача (по клиникоэкспертной работе) | 1 должность в родильном доме на 80 коек и более |
| 4.    | Заместитель главного врача (по экономике)                | 1 должность в родильном доме на 80 коек и более |

1. Акушерский стационар

| № п/п | Наименование должностей  | Количество должностей  |
|-------|--|--|
| 1.    | Заведующий отделением - врачакушер-гинеколог   | 1 должность: в отделении патологии беременности на 25 коек; в физиологическом родовом отделении на 25 коек; в наблюдательном родовом отделении на 25 коек;<br><br>в отделении для беременных, рожениц и родильниц, больных туберкулезом, на 25 коек (при наличии специализированного отделения); в родовом отделении в родильном доме на 80 коек и более |
| 2.    | Заведующий отделением анестезиологии-реаниматологии - врач-анестезиолог-реаниматолог | 1 должность  |
| 3.    | Врач-акушер-гинеколог  | 1 должность: на 10 коек в отделении патологии беременности; на 10 коек в физиологическом родовом отделении; на 10 коек в наблюдательном родовом отделении; 4,75 должности: на 3 индивидуальные родовые; на 1 предродовую и родовую; в приемном отделении; в акушерском дистанционном консультативном центре; в выездной анестезиолого-реанимационной     |

|    |                                |  |
|----|--------------------------------|--|
|    |                                | акушерской бригаде для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи   |
| 4. | Врач-анестезиолог-реаниматолог | 4,75 должности: на 6 индивидуальных родовых; на 2 операционных и дополнительно 1 должность для проведения плановых оперативных вмешательств; на 6 коек в отделении анестезиологииреаниматологии (палате интенсивной терапии) для женщин; в акушерском дистанционном консультативном центре; в выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригаде для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи; 1 должность для проведения плановых оперативных вмешательств |
| 5. | Врач-трансфузиолог             | 1 должность при выполнении 200 трансфузий в  |

|     |  |   |
|-----|--|---|
|     |  | год;<br>0,5 должности при выполнении менее 200 процедур в год   |
| 6.  | Врач ультразвуковой диагностики                                    | Из расчета норм времени на ультразвуковые исследования  |
| 7.  | Врач функциональной диагностики (в том числе для кардиотокографии) | 1 должность в родильном доме на 100 коек и дополнительно 0,25 должности на родильный дом, имеющий 40 и более коек для беременных с экстрагенитальными заболеваниями   |
| 8.  | Врач-терапевт  | 1 должность в стационаре на 100 коек и дополнительно 0,25 должности на родильный дом, имеющий 40 и более коек для беременных с экстрагенитальными заболеваниями   |
| 9.  | Врач-фтизиатр  | 1 должность на 50 коек для беременных, рожениц и родильниц, больных туберкулезом (при наличии специализированного отделения)  |
| 10. | Старшая акушерка   | В акушерских отделениях всех профилей соответственно количеству должностей заведующих отделениями   |
| 11. | Старшая операционная медицинская сестра                            | 1 должность при наличии не менее 3-х должностей операционных медицинских сестер и медицинских сестер перевязочных   |
| 12. | Старшая медицинская сестра   | 1 должность в отделении анестезиологии и реаниматологии для женщин  |
| 13. | Акушерка   | 4,75 должности:   |
|     |  | на 2 индивидуальные родовые; на 1 предродовую и 1 родовую; на 20 коек в отделении патологии беременности; на 25 коек в послеродовом палатном отделении физиологического родового отделения; на 15 коек в наблюдательном родовом отделении; в приемном отделении; в отделениях (палатах) для беременных, рожениц и родильниц, больных туберкулезом (при наличии специализированного отделения) |
| 14. | Медицинская сестра процедурной                                     | 1 должность на 25 коек  |
| 15. | Медицинская сестра   | 1 должность: для работы в перевязочной; соответственно количеству должностей врачей трансфузиологов   |
| 16. | Медицинская сестра палатная (постовая)                             | 4,75 должности на 2 койки в отделении анестезиологии-реаниматологии (палате интенсивной терапии) для женщин   |

## 2. Отделения неонатологического профиля

### 2.1. Отделение новорожденных физиологическое и отделение новорожденных при наблюдательном отделении

| № п/п | Наименование должностей | Количество должностей   |
|-------|-------------------------|---|
| 1.    | Заведующий отделением   | 1 должность   |
| 2.    | Врач-неонатолог         | 1 должность: на 25 коек для новорожденных детей физиологического; на 15 коек для новорожденных детей отделения новорожденных при наблюдательном отделении и детей от матерей, больных туберкулезом или септическими послеродовыми заболеваниями; на 10 коек недоношенных новорожденных детей (палату (пост) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных).<br>Дополнительно 4,75 должности (для обеспечения |

|     |   |   |
|-----|---|---|
|     |   | круглосуточной работы в родильном блоке и палате интенсивной терапии)   |
| 3.  | Старшая медицинская сестра  | 1 должность   |
| 4.  | Медицинская сестра палатная (постовая)                              | 4,75 должности (для обеспечения круглосуточной работы):<br>на 15 коек для новорожденных детей отделения новорожденных физиологического; на 10 коек для новорожденных детей отделения новорожденных при обсервационном отделении   |
|     |   | (палат), но не менее 4,75 должностей; на 15 коек для новорожденных от матерей, больных туберкулезом (при наличии специализированного отделения);<br>на 5 коек недоношенных новорожденных детей, не нуждающихся в реанимации; на 4 койки палаты (поста) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных; на 10 коек "мать и дитя" |
| 5.  | Медицинская сестра процедурной                                      | 1 должность на 15 коек  |
| 6.  | Медицинская сестра (для поддержки грудного вскармливания)           | 1 должность на 30 коек и дополнительно по 0,5 должности на каждые последующие 15 (сверх 30 коек) коек   |
| 7.  | Медицинская сестра (для неонатального и аудиологического скрининга) | 2,5 должности (в родильных домах на 80 коек и более)  |
| 8.  | Медицинская сестра (для обслуживания молочной комнаты)              | 2,5 должности   |
| 9.  | Сестра-хозяйка  | 1 должность   |
| 10. | Младшая медицинская сестра по уходу за больными                     | 4,75 должности на 15 коек (для обеспечения круглосуточной работы)   |
| 11. | Санитар (уборщица)  | 4,75 должности на 15 коек (для обеспечения круглосуточной работы)   |

### 2.2. Палата (пост) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных

| № п/п | Наименование должностей   | Количество должностей   |
|-------|---|---|
| 1.    | Врач-анестезиолог-реаниматолог  | 4,75 должности на 3 койки (для обеспечения круглосуточной работы) |
| 2.    | Врач-невролог   | 0,25 должности на 6 коек  |
| 3.    | Врач ультразвуковой диагностики   | 0,5 должности на 6 коек   |
| 4.    | Врач клинической лабораторной диагностики (для работы в экспресслаборатории)  | 1 должность   |
| 5.    | Медицинская сестра палатная (постовая)  | 4,75 должности на 2 койки (для обеспечения круглосуточной работы) |
| 6.    | Медицинская сестра процедурной  | 4,75 должности на 6 коек (для обеспечения круглосуточной работы)  |
| 7.    | Медицинский технолог, фельдшерлаборант (медицинский лабораторный техник), лаборант (для работы в экспресслаборатории) | 4,75 должности на 6 коек (для обеспечения круглосуточной работы)  |
| 8.    | Сестра-хозяйка  | 1 должность   |
| 9.    | Младшая медицинская сестра по уходу за больными   | 4,75 должности на 6 коек (для обеспечения круглосуточной работы)  |
| 10.   | Санитар (уборщица)  | 4,75 должности на 6 коек (для обеспечения круглосуточной работы)  |

### 3. Гинекологическое отделение

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

| № п/п | Наименование должностей                         | Количество должностей   |
|-------|---|---|
| 1.    | Заведующий отделением - врач-акушергинеколог    | 1 должность   |
| 2.    | Врач-акушер-гинеколог                           | 1 должность на 10 коек 4,75 должности при оказании экстренной помощи  |
| 3.    | Старшая медицинская сестра                      | 1 должность   |
| 4.    | Медицинская сестра палатная (постовая)          | 4,75 должности на 10 коек   |
| 5.    | Медицинская сестра процедурной                  | 1 должность на 25 коек  |
| 6.    | Медицинская сестра перевязочной                 | 1 должность при наличии в родильном доме не менее 10 коек для гинекологических больных, нуждающихся в хирургическом вмешательстве (кроме коек для искусственного прерывания беременности) |
| 7.    | Операционная медицинская сестра                 | 1 должность и дополнительно 4,75 должности на операционную  |
| 8.    | Медицинская сестра-анестезист                   | 1,5 должности на каждую должность врача-анестезиолога-реаниматолога   |
| 9.    | Сестра-хозяйка                                  | 1 должность   |
| 10.   | Младшая медицинская сестра по уходу за больными | В соответствии с количеством круглосуточных постов медицинских сестер палатных  |
| 11.   | Санитар   | Соответственно количеству должностей операционных медицинских сестер, медицинских сестер перевязочной и процедурной   |
| 12.   | Санитар (уборщица)                              | 1 должность;<br>2 должности при наличии в отделении более 60 коек   |
| 13.   | Санитар (буфетчица)                             | 1 должность;<br>2 должности при наличии в отделении более 60 коек   |

4. Другие структурные подразделения (за исключением акушерского дистанционного консультативного центра с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи)

| № п/п | Наименование должностей   | Количество должностей  |
|-------|---|--|
| 1.    | Врач-физиотерапевт  | 0,5 должности в родильном доме на 80 коек  |
| 2.    | Врач-офтальмолог  | 1 должность  |
| 3.    | Заведующий лабораторией - врач клинической лабораторной диагностики | Устанавливается в случаях, когда в родильном доме не менее двух должностей врачей клинической лабораторной диагностики |
| 4.    | Врач клинической лабораторной диагностики                           | 1 должность в родильном доме на 80 коек и более  |
| 5.    | Врач-рентгенолог  | 0,75 должности в родильном доме на 80 коек и более   |
| 6.    | Врач - клинический фармаколог                                       | 1 должность в родильном доме на 80 коек и более  |
| 7.    | Врач-диетолог   | 1 должность в родильном доме на 80 коек и более  |
| 8.    | Врач-эпидемиолог  | 1 должность в родильном доме на 80 коек и более  |
| 9.    | Врач-статистик  | 1 должность  |
| 10.   | Главная акушерка (медицинская сестра)                               | 1 должность  |
| 11.   | Рентгенолаборант  | 1 должность  |



|     |  |   |
|-----|--|---|
| 12. | Медицинский технолог, фельдшерлаборант (медицинский лабораторный техник), лаборант | Из расчета норм времени на проведение лабораторных исследований |
| 13. | Медицинская сестра по физиотерапии   | В зависимости от объема работы                                  |
| 14. | Медицинская сестра диетическая   | 1 должность   |
| 15. | Помощник врача-эпидемиолога  | 1 должность в родильном доме на 80 коек и более                 |
| 16. | Медицинский дезинфектор  | 1 должность на смену работы стационарной установки              |
| 17. | Медицинский психолог (психолог)  | 1 должность в родильном доме на 80 коек и более                 |
| 18. | Медицинский статистик  | 1 должность в родильном доме на 80 коек и более                 |
| 19. | Медицинский регистратор  | 2 должности в родильном доме на 80 коек и более                 |
| 20. | Инструктор по лечебной физкультуре   | 1 должность на 200 коек в родильных домах от 120 коек           |
| 21. | Программист  | 1 должность в родильном доме на 80 коек и более                 |
| 22. | Специалист по социальной работе  | 1 должность в родильном доме на 80 коек и более                 |
| 23. | Юрист  | 1 должность в родильном доме на 80 коек и более                 |

В родильный дом подлежат госпитализации беременные (при наличии медицинских показаний), роженицы, а также родильницы в раннем послеродовом периоде (в течение 24 ч после родов) в случае родов вне лечебного учреждения. При поступлении в родильный дом роженица или родильница направляются в приемно-смотровой блок, где предъявляют паспорт и «Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы» (ф. 113/у). Прием женщин в приемно-смотровом блоке проводит врач (в дневные часы - врачи отделений, затем - дежурные врачи) или акушерка, которая при необходимости вызывает врача. В приемно-смотровом блоке целесообразно иметь 1 комнату-фильтр и 2 смотровые комнаты. Одна смотровая комната предусмотрена для приема женщин в физиологическое родовое отделение, другая - в обсервационное.

Врач (или акушерка) оценивает общее состояние поступающей, знакомится с «Обменной картой...», выясняет, переносила ли женщина инфекционные, воспалительные заболевания до и во время беременности, обращая особое внимание на заболевания, перенесенные непосредственно перед поступлением в родильный дом, устанавливает наличие хронических воспалительных заболеваний, наличие и длительность безводного периода.

В результате сбора анамнеза, осмотра, знакомства с документами в комнате-фильтре женщин разделяют на два потока: с нормальным течением беременности, которых направляют в *физиологическое родовое отделение*, и представляющих эпидемиологическую опасность для окружающих, которых направляют в *обсервационное родовое отделение*.

Кроме того, в обсервационное отделение направляют женщин при отсутствии «Обменной карты...», а также родильниц в раннем послеродовом периоде в случае родов вне лечебного учреждения.

В смотровых физиологического и обсервационного родовых отделений проводят объективное обследование женщины, ее санитарную обработку, выдают комплект стерильного белья, берут на анализы кровь и мочу. Из смотровой в сопровождении среднего медицинского персонала женщина переходит (при наличии показаний перевозится на каталке) в родовую блок или отделение патологии беременности.

Центральным подразделением родильного дома является *родовой блок*, который включает: предродовые палаты, родовой зал, палату интенсивной терапии, детскую комнату, операционные, санитарные помещения. В предродовой палате женщина проводит весь первый период родов. Дежурная акушерка или врач постоянно наблюдают за состоянием роженицы. В конце первого периода родов женщина переводится в родовой зал.

При наличии двух родильных залов прием родов в них осуществляется поочередно. Каждый родовой зал работает в течение 1-2 суток, затем в нем проводят генеральную уборку. При наличии одного родового зала прием родов осуществляют поочередно на различных рахмановских кроватях. Два раза в неделю проводится генеральная уборка родового зала. Нормально протекающие роды принимает акушерка.

После рождения ребенка акушерка показывает его матери, обращая внимание на пол и наличие врожденных аномалий развития (если таковые имеются). Далее ребенка переносят в детскую комнату.

Родильница должна находиться в родовом зале под наблюдением не менее 2 ч.

Акушерка после мытья рук под проточной водой и их обработки проводит вторичную обработку пуповины, первичную обработку кожных покровов, взвешивание ребенка, измерение длины тела, окружностей груди и головы. К рукам ребенка привязывают браслетки, а после пеленания поверх одеяла - медальон. На них указывают фамилию, имя, отчество, номер истории родов матери, пол ребенка, массу, рост, час и дату его рождения. После окончания обработки новорожденного акушерка (врач) заполняет необходимые графы в «Истории родов» (ф. 096/у) и «Истории развития новорожденного» (ф. 097/у).

При нормальном течении послеродового периода спустя 2 ч после родов женщина переводится на каталке вместе с ребенком в *послеродовую палату*, которая находится в составе физиологического родового отделения.

При заполнении послеродовых палат необходимо соблюдать строгую цикличность - одну палату разрешается заполнять в течение не более 3 суток. При появлении у рожениц или новорожденных первых признаков заболеваний их переводят в наблюдательное родовое отделение или в другое специализированное учреждение.

В наблюдательное родовое отделение помещают больных женщин, имеющих здорового ребенка, здоровых женщин, имеющих больного ребенка, а также больных женщин, имеющих больного ребенка.

Палаты для беременных и родильниц в наблюдательном родовом отделении должны быть по возможности профилированы. Недопустимо размещение беременных и родильниц в одной палате.

В палатах для новорожденных наблюдательного родового отделения находятся дети, рожденные в этом отделении, родившиеся вне родильного дома, переведенные из физиологического родового отделения, родившиеся с тяжелыми врожденными аномалиями, с проявлениями внутриутробной инфекции, с массой тела менее 1000 г. Для больных детей в наблюдательном родовом отделении выделяется изолятор на 1-3 койки. При наличии показаний дети могут быть переведены в отделение новорожденных детской больницы.

В течение 1-х суток после рождения каждый ребенок находится под интенсивным наблюдением медицинского персонала. Врачи-педиатры проводят ежедневный осмотр детей. Если в родильном доме работает один педиатр, то во время его отсутствия осмотр детей осуществляет дежурный акушер-гинеколог. В необходимых случаях, требующих экстренного вмешательства, акушер-гинеколог вызывает педиатра. По окончании осмотра новорожденных педиатр (акушер-гинеколог) сообщает матерям о состоянии детей и проводит с ними санитарно-просветительную работу.

В современном родильном доме не менее 70% коек физиологического родового отделения должны быть выделены для *совместного пребывания матери и ребенка*. Такое совместное пребывание значительно снижает частоту заболеваний родильниц в послеродовом периоде и частоту заболеваний новорожденных. Основной особенностью таких родильных домов или акушерских отделений является активное участие матери в уходе за новорожденным. Совместное пребывание матери и ребенка ограничивает контакт новорожденного с медицинским персоналом, снижает возможность его инфицирования. При таком режиме обеспечивается раннее прикладывание новорожденного к груди, происходит активное обучение матери навыкам практического ухода и ухода за новорожденным.

При совместном пребывании матери и ребенка они размещаются в боксах или полубоксах (на 1-2 кровати)

Противопоказаниями к совместному пребыванию матери и ребенка со стороны родильницы являются:

- тяжелые гестозы беременных
- экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации
- повышенная температура
- разрыв или разрезы промежности II степени со стороны новорожденного:
- недоношенность, незрелость
- длительно перенесенная внутриутробная гипоксия плода
- внутриутробная гипотрофия II-III степени
- родовая травма, асфиксия при рождении
- аномалия развития
- гемолитическая болезнь

Совместное пребывание матери и ребенка в родильном доме требует строжайшего соблюдения санитарно-эпидемиологического режима.

С целью снижения перинатальной смертности, организации постоянного наблюдения за состоянием жизненно важных функций новорожденных, своевременного проведения корректирующих и диагностических мероприятий в родовспомогательных учреждениях создаются специальные *палаты интенсивной терапии и реанимации новорожденных*. Создание таких палат в родильных домах мощностью 80 коек и более для новорожденных является обязательным. При меньшей мощности

родильного дома организуются посты интенсивной терапии.

Основными критериями для выписки женщины из родильного дома являются: удовлетворительное общее состояние, нормальные температура, частота пульса, артериальное давление, состояние грудных желез, инволюция матки, нормальные результаты лабораторных исследований.

При обострении экстрагенитальных заболеваний родильницы могут быть переведены в соответствующий стационар, а при возникновении осложнений послеродового периода - в наблюдательное родовое отделение.

При неосложненном течении послеродового периода у родильницы и раннего неонатального периода у новорожденного, при отпавшей пуповине и хорошем состоянии пупочной ранки, положительной динамике массы тела мать с ребенком могут быть выписаны на 5-6-е сутки после родов.

Выписка осуществляется через специальные выписные комнаты, которые должны быть отдельные для родильниц из физиологического и наблюдательного отделений. Выписные комнаты должны иметь 2 двери: из послеродового отделения и из помещения для посетителей. Нельзя использовать для выписки родильниц приемные помещения.

Перед выпиской педиатр еще в палате проводит беседу с родильницами об уходе и вскармливании ребенка в домашних условиях. Медицинская сестра (в палате) должна дополнительно обработать и перепеленать ребенка. В выписной комнате медицинская сестра отделения новорожденных пеленает ребенка в принесенное домашнее белье, обучает мать пеленанию, обращает ее внимание на запись фамилии, имени и отчества на браслетках и медальоне, состояние кожных покровов и слизистых оболочек ребенка, еще раз рассказывает об особенностях ухода в домашних условиях.

В «Истории развития новорожденного» медицинская сестра отмечает время его выписки из родильного дома и состояние кожных покровов, слизистых оболочек, знакомит мать с записью, которая удостоверяется подписями медицинской сестры и матери. Медицинская сестра выдает матери «Медицинское свидетельство о рождении» (ф. 103/у98) и «Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы» (ф. 113/у).

В день выписки ребенка старшая сестра отделения новорожденных сообщает по телефону в детскую поликлинику по месту проживания основные сведения о выписанном ребенке.

*Отделение патологии беременности* организуют в крупных родильных домах с мощностью 100 коек и более. В отделение патологии беременности госпитализируют женщин с экстрагенитальными заболеваниями, осложнениями беременности (гестозы, угроза прерывания и др.), неправильным положением плода, отягощенным акушерским анамнезом. В отделении работают акушеры-гинекологи, терапевты родильного дома, акушерки и другой медицинский персонал.

Планировка отделения патологии беременности должна предусматривать полную изоляцию его от других отделений, возможность транспортировки беременных в физиологическое и наблюдательное отделения (минуя другие отделения), а также выход для беременных из отделения на улицу. В структуре отделения предусмотрены кабинет функциональной диагностики с современным оборудованием (в основном кардиологическим), смотровая, малая операционная, кабинет физиопсихопрофилактической подготовки к родам, крытые веранды или залы для прогулок беременных.

Из отделения патологии беременности женщин могут перевести в связи с улучшением состояния под наблюдение женской консультации, а также для родоразрешения - в физиологическое или наблюдательное отделение. Перевод женщин в одно из этих отделений осуществляется обязательно через приемно-смотровой блок, где им проводят полную санитарную обработку.

*Гинекологические отделения* родильных домов бывают трех профилей:

- для госпитализации больных, нуждающихся в оперативном лечении
- для больных, нуждающихся в консервативном лечении
- для искусственного прерывания беременности

В структуру отделения должны входить свое приемное отделение, перевязочная, манипуляционная, малая и большая операционные, физиотерапевтический кабинет, палата интенсивной терапии, комната для выписки. Кроме того, для диагностики и лечения больных с гинекологическими заболеваниями используют другие лечебно-

диагностические подразделения родильного дома: лабораторию, кабинет функциональной диагностики, рентгеновский кабинет и др.

В целом работа гинекологического отделения во многом схожа с деятельностью обычного отделения многопрофильной больницы.

В последние годы отделения для искусственного прерывания беременности стараются выводить из акушерских стационаров, организуя их в структуре гинекологических отделений на базе многопрофильных больниц или дневных стационаров.

**17. Статистика родильного дома. Основные формы первичной медицинской документации. Основные группы статистических показателей, используемых для анализа деятельности. Методика расчета и анализа специальных статистических показателей деятельности родильного дома.**

## Особенности статистического анализа деятельности родильных домов

Помимо общих для всех больничных учреждений, формами первичной учетной медицинской документации, которые ведутся в родильных домах, являются:

- Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц (ф. 002/у)
- Медицинская карта прерывания беременности (ф. 003-1/у)
- История родов (ф. 096/у)
- История развития новорожденного (ф. 097/у)
- Медицинское свидетельство о рождении (ф. 103/у-98)
- Медицинское свидетельство о перинатальной смерти (ф. 106-2/ у-98)

Для анализа деятельности родильных домов используют показатели, приведенные ранее и характеризующие работу всех больничных учреждений (показатели использования коечного фонда, качества стационарной помощи и др.). В то же время с учетом особенностей работы родильных домов применяют целый ряд специальных статистических показателей, характеризующих течение родов и послеродового периода и состояние здоровья новорожденных.

К показателям, характеризующим течение родов и послеродового периода, относятся:

- охват стационарным родовспоможением
- частота внебольничных родов
- удельный вес физиологических родов
- частота применения кесарева сечения в родах
- частота оперативных пособий при родах
- частота осложнений в родах
- частота применения обезболивания при родах
- частота осложнений в послеродовом периоде

К показателям, характеризующим состояние здоровья новорожденных, относятся:

- коэффициент перинатальной смертности
- коэффициент мертворождаемости
- частота недоношенности
- заболеваемость новорожденных
- охват новорожденных противотуберкулезными прививками
- охват новорожденных неонатальным скринингом

Показатели, характеризующие течение родов и послеродового периода. Одной из характеристик уровня организации работы родильного дома является показатель охвата стационарным родовспоможением, который рассчитывают по формуле:

$$\text{Охват стационарным родовспоможением} = \frac{\text{Число родов, принятых в стационаре}}{\text{Общее число родов (число родов, принятых в стационаре + поступивших родивших вне родильного учреждения)}} \times 100.$$

Только стационарные условия позволяют оказывать квалифицированную медицинскую помощь, как женщине, так и ребенку, особенно в случаях возникновения каких-либо осложнений при родах. С учетом этого показатель охвата стационарным родовспоможением должен стремиться к 100%.

Показатель охвата стационарным родовспоможением целесообразно оценивать в комплексе с показателем частоты внебольничных родов, который рассчитывают по формуле:

$$\text{Частота внебольничных родов} = \frac{\text{Число родов, произошедших вне стационара}}{\text{Общее число родов (число родов, принятых в стационаре, + поступивших родивших вне родильного учреждения + родивших на дому без последующей госпитализации)}} \times 100.$$

Показатель удельного веса физиологических родов характеризует социальноэкономические условия, образ жизни, состояние здоровья женщин, уровень диспансерного наблюдения беременных и рассчитывается по формуле:

$$\text{Удельный вес физиологических родов} = \frac{\text{Число физиологических родов}}{\text{Общее число родов (число родов, принятых в стационаре + поступивших родивших вне родильного учреждения)}} \times 100.$$

Этот показатель в 2016 г. в Российской Федерации составил 38,4%. При этом наблюдаются существенные региональные различия по отдельным субъектам РФ - от 17 до 68%. Соответственно, доля патологических родов в среднем по Российской Федерации составляет 61,6%. Показатели частоты физиологических и патологических родов свидетельствуют о состоянии здоровья беременных, качестве оказываемой им акушерской помощи, а также уровне квалификации медицинского персонала, участвующего в ведении родов.

Показатель частоты применения кесарева сечения в родах рассчитывают по формуле (в %):

$$\text{Частота применения кесарева сечения в родах} = \frac{\text{Число родов, завершенных операций кесарева сечения}}{\text{Общее число родов в стационаре}} \times 1000.$$

В 2016 г. в Российской Федерации данный показатель составил 279,9‰. Для снижения этого показателя до оптимальных значений необходимо шире использовать современные перинатальные технологии подготовки и ведения родов.

Показатели частоты оперативных пособий при родах характеризуют качественную сторону деятельности акушерско-гинекологической службы и рассчитывают по формуле (в %):

$$\text{Частота оперативных пособий при родах*} = \frac{\text{Число оперативных пособий при родах (наложение щипцов, применение вакуум-экстрактора, ручного отделения последа и др.)}}{\text{Общее число родов в стационаре}} \times 1000.$$

\* Показатель рассчитывается по отдельным видам оперативных пособий при родах.

В 2016 г. в Российской Федерации показатели частоты наложения щипцов при родах, применения вакуум-экстрактора составили соответственно 0,62 и 10,21 на 1000 родов. Однако с расширением практики обезболивания родов показатели объективно могут увеличиться. Оперативные пособия при родах имеют определенные показания со стороны, как матери, так и плода. Поэтому определяющими при выборе тех или иных оперативных пособий при родах являются состояние здоровья беременной, своевременность и точность диагностики.

Показатель частоты осложнений в родах характеризует особенности течения беременности, размеры плода, уровень квалификации акушеров-гинекологов (акушерок) и др. Показатель рассчитывают по формуле (в %):

$$\text{Частота осложнений в родах*} = \frac{\text{Число родильниц, имевших осложнения в родах (разрывы промежности, кровотечение, нарушения родовой деятельности, сепсис и др.)}}{\text{Число женщин, родивших в стационаре} + \text{Число женщин, родивших вне стационара}} \times 1000.$$

\* Показатель рассчитывается по отдельным видам осложнений при родах.

Этот показатель в Российской Федерации в 2016 г. при разрывах промежности составил 0,15‰, при

сепсисе – 0,17%, при нарушениях родовой деятельности – 83,3%.

В соответствии с законодательством РФ пациенты при получении медицинской помощи имеют право на облегчение боли, связанной с заболеванием и/или медицинским вмешательством, доступными способами и средствами. Роды часто сопровождаются болезненными ощущениями, поэтому с согласия женщины можно применять полное или частичное обезболивание родов. Для обезболивания используют различные методы, при этом учитывают цель обезболивания, выраженность боли, состояние роженицы, плода, этапа родов и др.

Для анализа частоты применения анальгезии используют специальный показатель частоты применения обезболивания при родах, который рассчитывают по формуле:

$$\text{Частота применения обезболивания при родах} = \frac{\text{Число родов с применением обезболивания}}{\text{Общее число родов в стационаре}} \times 1000.$$

Целесообразно анализировать не только частоту применения обезболивания в целом, но и структуру видов обезболивания, применяемых при родах.

Показатель частоты осложнений в послеродовом периоде характеризует состояние здоровья женщин, особенности течения родов, санитарно-эпидемиологическое состояние родильных домов и др. Показатель рассчитывают по формуле (в %):

$$\text{Частота осложнений в послеродовом периоде*} = \frac{\text{Число родильниц, имевших осложнения в послеродовом периоде (кровотечение, эндометрит, расхождения швов промежности и др.)}}{\text{Общее число родов в стационаре}} \times 1000.$$

\* Показатель рассчитывается по отдельным видам осложнений.

С целью разработки конкретных мер по снижению числа осложнений в послеродовом периоде целесообразно анализировать частоту осложнений по отдельным видам. Этот показатель в Российской Федерации в 2016 г. составил, например, при кровотечении в последовом и послеродовом периоде 10,9 на 1000 родов.

Показатели, характеризующие состояние здоровья новорожденных. Методика расчета и анализа показателей перинатальной смертности, мертворождаемости, заболеваемости новорожденных (общей и по отдельным нозологическим формам) рассматривались в предыдущих главах.

Помимо перечисленных выше, к показателям, характеризующим состояние здоровья новорожденных, относится показатель частоты недоношенности. Недоношенностью считается рождение ребенка до окончания полного срока беременности, при этом ребенок имеет определенные клинические признаки недоношенности. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Частота недоношенности} = \frac{\text{Число детей, родившихся недоношенными}}{\text{Общее число детей, родившихся живыми}} \times 1000.$$

В последние годы отмечают рост числа рождений недоношенных, что оказывает отрицательное воздействие на физическое здоровье детей в последующие периоды их жизни, способствует увеличению заболеваемости, смертности, ведет к росту инвалидности. В настоящее время показатель частоты недоношенности колеблется в пределах 5-10%.

Среди показателей, позволяющих оценить деятельность родильного дома, немаловажное значение имеют те, которые характеризуют профилактическую работу учреждения. К ним относят показатель охвата новорожденных противотуберкулезными прививками и показатель охвата новорожденных неонатальным скринингом.

Показатель охвата новорожденных противотуберкулезными прививками рассчитывают по формуле:

$$\text{Охват новорожденных противотуберкулезными прививками} = \frac{\text{Число сделанных противотуберкулезных прививок новорожденным}}{\text{Общее число детей родившихся живыми}} \times 100.$$

Показатель охвата новорожденных противотуберкулезными прививками должен стремиться к 100%. Согласно Национальному календарю профилактических прививок, всем новорожденным должны быть сделаны противотуберкулезные прививки. Однако есть определенные противопоказания, которыми нельзя пренебрегать, поэтому показатель ниже 100% не обязательно свидетельствует о плохо поставленной прививочной работе в родильном доме.

В настоящее время в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения (родильных домах) с целью раннего выявления наследственных заболеваний, их своевременного лечения, профилактики инвалидности и развития тяжелых клинических проявлений, а также снижения летальности от наследственных заболеваний предусмотрено проведение массовых обследований новорожденных (неонатальный скрининг). Для анализа этой работы рассчитывают показатель охвата новорожденных неонатальным скринингом по формуле:

$$\text{Охват новорожденных неонатальным скринингом} = \frac{\text{Число проведенных обследований новорожденных}}{\text{Общее число детей родившихся живыми}} \times 100.$$

Этот показатель должен приближаться к 100%.

#### 18. Основные типы акушерско-гинекологических организаций. Женская кон-сультация: организационная структура, штаты, задачи, особенности органи-зации работы. Основные разделы работы акушера-гинеколога женской кон-сультации.

*Женская консультация* является лечебно-профилактическим учреждением, либо самостоятельным, либо структурным подразделением медицинской организации, для оказания первичной медико-санитарной акушерско-гинекологической помощи женщинам в амбулаторных условиях, а также планирование семьи и охраны репродуктивного здоровья с использованием современных медицинских технологий. Основные направления деятельности, организационно-функциональная структура, штатные нормативы, стандарты оснащения женской консультации устанавливаются в соответствии с приказом МЗ РФ от 01.11.12 г. № 572н.

Руководство женской консультацией, организованной как самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение, осуществляет *главный врач*, который назначается на должность и освобождается руководителем органа управления здравоохранением муниципального образования. Руководство женской консультацией, созданной в структуре лечебно-профилактического учреждения, осуществляет *заведующий консультацией*, которого назначает на должность руководитель лечебно-профилактического учреждения. Рекомендованная организационная структура женской консультации включает в себя:

- регистратуру
- кабинеты врачей-акушеров-гинекологов
- кабинеты специализированных приемов: невынашивания беременности; гинекологической эндокринологии; патологии шейки матки; сохранения и восстановления репродуктивной функции; врача-гинеколога детского и подросткового возраста; функциональной диагностики; ультразвуковой диагностики
- кабинеты специалистов: врача-терапевта; врача-стоматолога; врача-офтальмолога; врача-психотерапевта (медицинского психолога или психолога); юриста; специалиста по социальной работе; лечебной физкультуры; психопрофилактической подготовки беременных к родам; по раннему выявлению заболеваний молочных желез
- другие подразделения: малая операционная;клинико-диагностическая лаборатория;дневной стационар;стационар на дому;процедурный кабинет;физиотерапевтический кабинет;рентгеновский (маммографический) кабинет;стерилизационная

*Штатные нормативы медицинского персонала женских консультаций* устанавливаются в соответствии с вышеупомянутым приказом МЗ РФ, согласно которому 1 должность врача акушера-гинеколога выделяется на 2200 женщин. На 40 тыс. взрослого населения, проживающего на обслуживаемой

территории, выделяется по 1-й должности врача-терапевта, врача-стоматолога и врача-офтальмолога, на 10 тыс. детского населения - 1,25 должности врача акушера-гинеколога. На каждые 10 должностей врачей-специалистов предусмотрено по 1 ставке врача клинической лабораторной диагностики, врача функциональной диагностики, врача-психотерапевта (медицинского психолога), врача-специалиста по выявлению заболеваний молочных желез; на 15 должностей - врача физиотерапевта, на 20 должностей - врача лечебной физкультуры. В женской консультации с более чем 8 должностями врачей акушеров-гинекологов организуется специализированный прием, для проведения которого выделяется по 1 должности врача соответствующего профиля (гинеколог-эндокринолог, по невынашиванию беременности, патологии шейки матки, бесплодию). Из расчета норм времени на ультразвуковые исследования выделяется должность врача ультразвуковой диагностики.

На каждую должность врача акушера-гинеколога в женской консультации должна быть выделена должность акушерки, а на каждую должность врача-специалиста - должность медицинской сестры, на 7 должностей врачей-специалистов - должность процедурной сестры. Кроме того, в женской консультации должны быть предусмотрены должности операционной медицинской сестры, медицинских сестер кабинета функциональной диагностики, инструкторов по лечебной физкультуре, медицинского статистика и других средних и младших медицинских работников.

При наличии в женской консультации дневного стационара в нем на каждые 15 коек выделяется должность врача акушера-гинеколога, на 10 коек - медицинской сестры и санитарки, кроме того, в дневном стационаре должна быть предусмотрена 1 должность врача анестезиолога-реаниматолога.

Для руководства деятельностью самостоятельной женской консультации предусматриваются должности *главного врача и главной акушерки*. Руководство деятельностью женской консультации, входящей в состав лечебно-профилактического учреждения, осуществляют *заведующий консультацией и старшая акушерка*.

Кроме того, в штатном расписании женской консультации следует предусмотреть должности юриста, социального работника, медицинского психолога, программиста.

Основными функциями женской консультации являются:

- диспансерное наблюдение беременных женщин, в том числе выделение женщин "групп риска" в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода
- направление беременных женщин в медицинские организации, осуществляющие пренатальную диагностику, в целях обследования на наличие хромосомных нарушений и врожденных аномалий (пороков развития) у плода
- выявление, установление медицинских показаний и направление беременных женщин, родильниц, женщин с гинекологическими заболеваниями для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи
- проведение физической и психопрофилактической подготовки беременных женщин к родам, в том числе подготовка семьи к рождению ребенка
- проведение патронажа беременных женщин и родильниц
- консультирование и оказание услуг по вопросам охраны и укрепления репродуктивного здоровья, применение современных методов профилактики абортот и подготовки к беременности и родам
- организация и проведение профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний, патологии молочных желез
- обследование и лечение беременных женщин и гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий, в том числе в условиях дневного стационара и в амбулаторных условиях
- диспансерное наблюдение гинекологических больных, в том числе девочек
- установление медицинских показаний и направление на санаторнокурортное лечение беременных женщин и женщин, в том числе девочек, с гинекологическими заболеваниями
- осуществление прерывания беременности в ранние сроки, а также выполнение малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий (гистероскопия, лазеро-, криохирургия)
- обеспечение взаимодействия в обследовании и лечении беременных женщин, родильниц, гинекологических больных между женской консультацией и другими медицинскими организациями (медикогенетическими центрами (консультациями), кожно-венерологическим, онкологическим, психоневрологическим, наркологическим, противотуберкулезным диспансерами), территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми компаниями, территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации
- проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам вне-, в период беременности, послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий



- проведение экспертизы временной нетрудоспособности по беременности, родам в связи с гинекологическими заболеваниями, выдачу листков нетрудоспособности женщинам по беременности, родам в связи с гинекологическими заболеваниями в установленном порядке, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, направление в установленном порядке на медико-социальную экспертизу женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности
- оказание правовой, психологической и медико-социальной помощи женщинам и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности
- проведение консультаций по вопросам психологической, социальной поддержки женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности
- социально-психологическая помощь несовершеннолетним, направленная на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовка к семейной жизни, ориентация на здоровую семью
- медико-психологическая и социальная помощь женщинам-инвалидам, в том числе в части формирования репродуктивного поведения
- повышение квалификации врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием
- внедрение в практику современных диагностических и лечебных технологий, новых организационных форм работы, средств профилактики и реабилитации больных

•  
 выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий для обеспечения безопасности пациентов и медицинских работников, предотвращения распространения инфекций

- проведение мероприятий в части информирования и повышения санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни, позитивного родительства, сохранения и укрепления репродуктивного здоровья женщин, профилактики врожденной и наследственной патологии у будущего ребенка, профилактики аборт, а также инфекций, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ-инфекции
- проведение анализа показателей работы женской консультации, эффективности и качества медицинской помощи, разработка предложений по улучшению качества акушерско-гинекологической помощи.

Режим работы женской консультации организуют с учетом обеспечения максимальной доступности акушерско-гинекологической помощи женскому населению. Время работы рекомендуется устанавливать с 8 до 20 ч; в субботу, предпраздничные и праздничные дни - с 8 до 18 ч. Расписание работы женской консультации, приема врачей всех специальностей, врачей лечебных и диагностических кабинетов, работы школы материнства размещается у регистратуры. Неотложная акушерско-гинекологическая помощь обеспечивается специализированными отделениями больниц или родильных домов. Помощь на дому беременным, родильницам и женщинам с гинекологическими заболеваниями оказывает в день вызова лечащий или дежурный врач женской консультации. Лечебные и диагностические манипуляции на дому выполняет средний медицинский персонал (по назначению врача).

Женщине предоставляют право выбора *акушера-гинеколога* по ее желанию. В целях оптимизации преемственности рекомендуется наблюдение женщины вне беременности, в период беременности и после родов одним и тем же врачом.

Норма нагрузки консультативно-амбулаторного приема врача-акушера-гинеколога: первичный прием беременной женщины - 30 минут, повторный прием беременной женщины - 20 минут, прием женщины с гинекологическим заболеванием - 25 минут, профилактический осмотр женщины - 15 минут, первичный прием девочки - 30 минут, повторный прием девочки - 20 минут.

Врач акушер-гинеколог осуществляет следующие функции:

- диспансерное наблюдение за беременными женщинами (в том числе патронаж беременных женщин и родильниц), формирует группы высокого акушерского и перинатального риска в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода направление на пренатальный скрининг для формирования групп риска по хромосомным нарушениям и врожденным аномалиям (порокам развития) у плода
- осуществление контроля за результатами пренатального скрининга на хромосомные нарушения и врожденные аномалии (пороки развития) плода и направление беременных женщин группы высокого риска, сформированной по результатам пренатального скрининга, в медикогенетические центры (консультации)
- участие в организации и проведении перинатального консилиума по формированию дальнейшей тактики ведения беременности в случае пренатально установленного диагноза врожденных аномалий (пороков развития) у плода и хромосомных нарушений

- проведение физической и психопрофилактической подготовки беременных женщин к родам, в том числе подготовки семьи к рождению ребенка
- организация и проведение профилактических мероприятий по выявлению, предупреждению и снижению гинекологических и онкологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, в том числе передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку
- проведение комплекса мероприятий по диспансеризации женского населения участка в соответствии с перечнем нозологических форм, подлежащих диспансерному наблюдению, анализа эффективности и качества диспансеризации
- организация экстренной и неотложной медицинской помощи беременным женщинам, родильницам и гинекологическим больным независимо от их места жительства в случае их непосредственного обращения в женскую консультацию при возникновении острых состояний
- организация в случаях необходимости консультирования беременных женщин и гинекологических больных главным врачом (заведующим) женской консультации, врачами других специальностей женской консультации и других организаций
- определение медицинских показаний и направление беременных женщин, родильниц и гинекологических больных для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях
- осуществление направления беременных женщин в отделения сестринского ухода
- осуществление наблюдения за пациентками на всех этапах оказания медицинской помощи
- подготовка заключений по медицинским показаниям о необходимости направления беременных женщин, женщин с гинекологическими заболеваниями на санаторно-курортное лечение
- проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам вне-, в период беременности, в послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий
- осуществление санитарно-гигиенического образования среди прикрепленного женского населения по вопросам охраны и укрепления репродуктивного здоровья, профилактики абортов
- способствование формированию у женщин установки на материнство, сознанию необходимости вынашивания беременности и рождения ребенка
- организация и проведение мероприятий по соблюдению санитарнопротивоэпидемического режима
- взаимодействие с медицинскими организациями, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями и территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации
- содействие обеспечению правовой помощи беременным женщинам, родильницам и гинекологическим больным
- организация совместно с органами социальной защиты медико-социальной помощи для социально незащищенных групп населения из числа беременных женщин и кормящих матерей
- организация деятельности медицинских работников женской консультации
- организация ведения учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

Во время приема больных основную помощь врачу акушеру-гинекологу оказывает акушерка, которая готовит инструменты, медицинскую документацию, взвешивает беременных, измеряет артериальное давление, оформляет выдачу направлений на анализы и консультации, проводит лечебные процедуры, патронаж на дому.

В работе женской консультации выделяют несколько основных разделов: организация медицинской помощи беременным, организация медицинской помощи родильницам, оказание амбулаторной помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями, оказание амбулаторной специализированной акушерскогинекологической помощи, обеспечение консультирования и оказание услуг по планированию семьи, социально-правовая помощь.

Организация медицинской помощи беременным. Проводимые женской консультацией мероприятия по охране здоровья беременной и антенатальной охране плода могут быть эффективны лишь при условии регулярного наблюдения женщины в период беременности. Для этого необходимо, чтобы женщина встала на учет в консультации на ранних сроках беременности. Своевременная постановка беременной на учет позволяет снизить число ошибок в определении срока родов, своевременно провести оздоровление женщины, в случае необходимости - госпитализацию. Важно, чтобы все беременные вставали на учет до 12 недель беременности. Поздняя (после 28 недель беременности) постановка женщин на учет может неблагоприятно сказаться на течении родов, здоровье ребенка.

При первом обращении женщины в консультацию по поводу беременности врач знакомится с общим и

акушерско-гинекологическим анамнезом, обращая особое внимание на семейный анамнез, перенесенные в детстве и зрелом возрасте соматические и гинекологические заболевания, особенности менструального цикла и репродуктивной функции. Выясняет возраст и состояние здоровья мужа, группу его крови и резуспринадлежность, а также наличие профессиональных вредностей, вредных привычек и других социальных факторов риска. Осмотр беременной проводится в соответствии с действующими стандартами, уточняется срок беременности и предполагаемых родов.

Частота посещений врача акушера-гинеколога и других специалистов женщинами с нормально протекающей и осложненной беременностью, частота лабораторных и других исследований, лечебно-оздоровительных мероприятий, показания к госпитализации содержатся в соответствующих стандартах, утвержденных приказами МЗ РФ. Периодичность посещений и объем обследований, необходимость их выполнения врач акушер-гинеколог должен обсудить с беременной и получить ее согласие. При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся: врачом-акушером-гинекологом - не менее семи раз; врачом-терапевтом - не менее двух раз; врачом-стоматологом - не менее двух раз; врачом-оториноларингологом и врачом-офтальмологом - не менее одного раза (не позднее 7 - 10 дней после первичного обращения в женскую консультацию); другими врачами-специалистами - по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.

Изменение числа посещений беременными врача акушера-гинеколога может быть введено регламентирующим документом местного органа управления здравоохранением при наличии условий и подготовленных специалистов.

Особого наблюдения требуют курящие беременные, употребляющие алкоголь или наркотики. В целях убеждения в необходимости полного отказа от курения в течение всей беременности и кормления грудью с курящими женщинами проводится разъяснительная работа. При выявлении употребления алкоголя или наркотиков беременную следует убедить обратиться к врачу психиатру-наркологу по месту жительства в интересах сохранения своего здоровья и здоровья будущего ребенка. Дальнейшее наблюдение за течением беременности, а также после родов осуществляется врачом акушером-гинекологом с выполнением рекомендаций врача психиатра-нарколога.

Наблюдение беременной женщины с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции осуществляется совместно врачом-инфекционистом Центра профилактики и борьбы со СПИД субъекта Российской Федерации и врачом-акушером-гинекологом женской консультации по месту жительства.

После первого осмотра врачом акушером-гинекологом беременная направляется на обследование к терапевту, который осматривает ее в течение физиологически протекающей беременности дважды (после первого осмотра врачом акушером-гинекологом и в сроке 30 нед беременности). При наличии экстрагенитальных заболеваний врач-терапевт совместно с врачом акушером-гинекологом решает вопрос о возможности пролонгирования беременности. Сведения об экстрагенитальных заболеваниях, впервые выявленных во время беременности или в послеродовом периоде, передаются в общелечебную сеть. Динамическое наблюдение за беременными с экстрагенитальными заболеваниями врач акушер-гинеколог осуществляет совместно с терапевтом и другими специалистами.

В целях повышения эффективности дородовой диагностики и предупреждения рождения детей с врожденной и наследственной патологией всем беременным проводится пренатальная диагностика, сроки и кратность которой определены соответствующими приказами МЗ РФ. Скрининговое ультразвуковое исследование (УЗИ) проводится трехкратно: при сроках беременности 11 - 14 недель, 18 - 21 неделя и 30 - 34 недели.

Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных.

При постановке беременной женщины на учет в соответствии с заключениями профильных врачей-специалистов врачом-акушером-гинекологом до 11 - 12 недель беременности делается заключение о возможности вынашивания беременности.

Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода делается врачом-акушером-гинекологом до 22 недель беременности.

На основании данных обследования и лабораторных анализов определяются факторы риска неблагоприятного исхода беременности (социально-биологические, акушерско-гинекологический анамнез, экстрагенитальные заболевания, осложнения беременности). К социально-биологическим факторам относят возраст матери (до 18 лет и старше 35 лет), возраст отца (старше 40 лет), профессиональные вредности у родителей, курение, алкоголизм, наркомания, токсикомания, массовые показатели матери (рост 150 см и менее, масса тела на 25% выше или ниже нормы).

Все беременные группы риска осматриваются главным врачом (заведующим) женской консультации, а по показаниям направляются на консультацию к соответствующим специалистам для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности.

Все данные обследования, результаты клинко-лабораторных исследований, заключения других специалистов, советы и назначения, а также индивидуальный план наблюдения за течением беременности, который согласуется с главным врачом (заведующим) женской консультации, заносятся в

«Индивидуальную карту беременной и родильницы» (ф. 111 /у) при каждом посещении с указанием диагнозов и даты последующей явки на прием и подтверждаются подписью врача.

«Индивидуальные карты беременной и родильницы» хранятся в кабинете врача акушера-гинеколога в картотеке по датам очередного посещения. В картотеке должны быть выделены также карты родивших, женщин, подлежащих патронажу, и беременных, госпитализированных в стационар. Для патронажа отбираются карты женщин, не явившихся в назначенный срок. Патронаж на дому проводится акушеркой по назначению врача. Для проведения осмотра на дому акушерка должна иметь тонометр, фонендоскоп, сантиметровую ленту, акушерский стетоскоп или портативный ультразвуковой аппарат. Записи о результатах патронажного посещения акушеркой заносятся в «Индивидуальную карту беременной и родильницы» и фиксируются в «Тетради учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки)». В наиболее сложных случаях патронаж на дому проводится врачом акушером-гинекологом.

При установлении у беременной женщины высокого риска по хромосомным нарушениям у плода в I триместре беременности и (или) выявлении врожденных аномалий (пороков развития) у плода в I, II и III триместрах беременности врач-акушергинеколог направляет ее в медико-генетическую консультацию (центр) для медикогенетического консультирования и установления или подтверждения пренатального диагноза с использованием инвазивных методов обследования. В случае установления в медико-генетической консультации (центре) пренатального диагноза врожденных аномалий (пороков развития) у плода определение дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется перинатальным консилиумом врачей. В случае постановки диагноза хромосомных нарушений и врожденных аномалий (пороков развития) у плода с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья ребенка после рождения прерывание беременности по медицинским показаниям проводится независимо от срока беременности по решению перинатального консилиума врачей после получения информированного добровольного согласия беременной женщины. С целью искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременная женщина направляется в гинекологическое отделение. Прерывание беременности (родоразрешение) в 22 недели и более проводится в условиях наблюдательного отделения акушерского стационара.

При экстрагенитальных заболеваниях, требующих стационарного лечения, беременная женщина направляется в профильное отделение медицинских организаций вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом-акушером-гинекологом.

При наличии акушерских осложнений беременная женщина направляется в акушерский стационар.

При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии беременная женщина направляется в стационар медицинской организации по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

Беременные с тяжелой акушерской или экстрагенитальной патологией могут быть госпитализированы в специализированный родильный дом или перинатальный центр.

Для госпитализации беременных, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, в составе женских консультаций рекомендуется развертывание стационаров дневного пребывания. В дневные стационары направляются женщины в период беременности и в послеродовой период, нуждающиеся в проведении инвазивных манипуляций, ежедневном наблюдении и (или) выполнении медицинских процедур, но не требующие круглосуточного наблюдения и лечения, а также для продолжения наблюдения и лечения после пребывания в круглосуточном стационаре. Рекомендуемая длительность пребывания в дневном стационаре составляет 4 - 6 часов в сутки.

При сроке беременности 35 - 36 недель с учетом течения беременности по триместрам, оценки риска осложнений дальнейшего течения беременности и родов на основании результатов всех проведенных исследований, в том числе консультаций врачей-специалистов, врачом-акушером-гинекологом формулируется полный клинический диагноз и определяется место планового родоразрешения.

Беременная женщина и члены ее семьи заблаговременно информируются врачом-акушером-гинекологом о медицинской организации, в которой планируется родоразрешение. Вопрос о необходимости направления в стационар до родов решается индивидуально.

В случаях преждевременных родов в 22 недели беременности и более направление женщины осуществляется в акушерский стационар, имеющий отделение (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

При наличии вредных и опасных условий труда беременным с момента первой явки выдается «Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу» (ф. 084/у) с сохранением среднего заработка по прежней работе.

Врач женской консультации выдает на руки беременной в сроки 22-23 недели «Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы» (ф. 113/у).

Листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается врачом акушером-гинекологом, а при его отсутствии - врачом, ведущим общий прием. При оформлении отпуска по беременности и родам женщинам разъясняется необходимость регулярного посещения консультации и предоставляется

подробная информация по уходу за будущим ребенком.

В совместной Декларации ВОЗ и ЮНИСЕФ (1989 г.) подчеркивается особая роль акушерско-гинекологической службы в охране, поддержке и поощрении грудного вскармливания. Врач женской консультации должен наблюдать за состоянием молочных желез беременной, контролировать деятельность акушерки женской консультации, обучающей беременную технике и практике грудного вскармливания, давать индивидуальные рекомендации по питанию беременной с учетом ее особенностей, привычек, рекомендаций терапевта, добиваться выработки доминанты лактации путем проведения индивидуальных бесед о пользе грудного вскармливания и его неоспоримых преимуществах перед искусственным, условиях становления и сохранения полноценной лактации. Акушерка женской консультации должна обучать беременных технике и практике грудного вскармливания, гигиеническим правилам ухода за грудными железами, контролировать выполнение режима питания и отдыха беременной.

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

Наряду с семейной формой подготовки к деторождению используют традиционные методы психофизической подготовки беременных к родам, а также обучают их правилам личной гигиены, подготовки к будущим родам и уходу за ребенком в школах материнства, организуемых в женских консультациях. При этом используют демонстрационные материалы, наглядные пособия, технические средства и предметы ухода за ребенком.

С 2006 г. на женские консультации возложена обязанность выдачи *родовых сертификатов*. Введение родовых сертификатов имеет своей целью повышение материальной заинтересованности медицинских учреждений в предоставлении качественной медицинской помощи беременным.

Сертификат выдают в женской консультации по месту жительства при сроке беременности начиная с 30 недель и более (в случае многоплодной беременности - с 28 недели). Обязательными условиями выдачи сертификата являются постановка на учет и непрерывное наблюдение в этой женской консультации не менее 12 недель. Сертификат выдают на женщину, а не на ребенка, поэтому даже в случае многоплодной беременности сертификат всего один. Женщине, которая во время беременности наблюдалась в женской консультации на платной основе или заключила договор с родильным домом об оказании платных услуг, родовый сертификат не может быть выдан.

При отсутствии регистрации по месту жительства (прописки) женщина может встать на учет в женской консультации того населенного пункта, где фактически проживает. При выдаче сертификата в нем делается отметка о причине отсутствия регистрации. Женщина имеет также возможность выбрать роддом в любом городе по своему желанию. Сертификат выдается независимо от того, совершеннолетняя женщина или нет, работает она или нет.

Родовой сертификат состоит из 6 частей: регистрационной (корешок), четырех талонов и собственно сертификата.

Корешок родового сертификата предназначен для подтверждения его выдачи, остается в лечебно-профилактическом учреждении, выдавшем сертификат. Талон № 1 предназначен для оплаты медицинских услуг, оказанных женской консультацией в период беременности. Передается из консультации в региональное отделение Фонда социального страхования для оплаты. Талон № 2 используется для оплаты медицинской помощи, оказанной женщине во время родов в учреждениях родовспоможения. Передается из родильного дома или родильного отделения в региональное отделение Фонда социального страхования для оплаты. Талон № 3 состоит из двух частей. Талон № 3-1 родового сертификата предназначен для оплаты учреждениям здравоохранения услуг за первые 6 месяцев диспансерного наблюдения ребенка. Талон № 3-2 родового сертификата предназначен для оплаты учреждениям здравоохранения услуг за вторые 6 месяцев диспансерного наблюдения ребенка. Талоны № 3 передаются из детских поликлиник в региональное отделение Фонда социального страхования для оплаты. Родовой сертификат служит подтверждением оказания медицинской помощи женщине в период беременности и родов, а также ребенку в 1-й год жизни учреждениями здравоохранения. Родовой сертификат (без талонов), где записываются дата рождения, масса, рост младенца, выдается женщине при выписке из родильного дома. К родовому сертификату прилагается памятка, содержащая информацию о правах и обязанностях женщины в рамках реализации программы «Родовой сертификат».

Организация медицинской помощи родильницам. Информация о родильнице передается в виде телефонограммы в женскую консультацию из родильного дома (отделения), где произошли роды. Акушерка женской консультации осуществляет активный патронаж родильниц на дому на 2-3-и сутки после выписки с последующим патронажем врача акушера-гинеколога по показаниям, в том числе после оперативного родоразрешения.

При первом посещении родильницы врач акушер-гинеколог знакомится с выпиской из стационара о

течении и исходе родов, выявляет жалобы, характер лактации и обращает внимание на состояние молочных желез, брюшной стенки и характер лохий. Влагалищное исследование (с тщательным соблюдением правил асептики и антисептики) производится по показаниям.

У всех родильниц выясняется вопрос об особенностях лактации. Следует убеждать женщину в необходимости исключительно грудного вскармливания в первые 4-6 месяцев жизни младенца, учитывая важную роль материнского молока в формировании здоровья ребенка. В послеродовом периоде осуществляется подбор метода контрацепции. При этом необходимо разъяснить достоинства и недостатки выбранного метода с учетом грудного вскармливания.

Родильницы с осложненным течением послеродового периода, не явившиеся в установленные врачом сроки в женскую консультацию, подлежат патронажу на дому.

Сведения о родах, данные осмотра и проведенных исследованиях родильницы, назначения и сведения о методе контрацепции заносятся в «Индивидуальную карту беременной и родильницы». В карту вкладывается вся медицинская документация родильницы: «Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы», выписной эпикриз из родильного дома (отделения) и др. Медицинская документация в течение послеродового периода хранится в специальной ячейке картотеки.

Оказание амбулаторной помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями.

Основной задачей первичной медико-санитарной помощи гинекологическим больным является профилактика, раннее выявление и лечение наиболее распространенных гинекологических заболеваний, а также оказание медицинской помощи при неотложных состояниях, санитарно-гигиеническое образование, направленное на предупреждение аборт, охрану репродуктивного здоровья, формирование стереотипа здорового образа жизни, с использованием эффективных информационно-

просветительских моделей (школы пациентов, круглые столы с участием пациентов, дни здоровья).

На этапе первичной медико-санитарной помощи врач-акушер-гинеколог взаимодействует со специалистом по социальной работе в части осуществления мероприятий по предупреждению абортов, проведения консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности, формирования у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшей поддержки в период беременности и после родов.

В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляются профилактические медицинские осмотры женщин, направленные на раннее выявление гинекологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, подбор методов контрацепции, прегравидарную подготовку. При проведении профилактических осмотров женщин осуществляются цитологический скрининг на наличие атипичных клеток шейки матки, маммография, УЗИ органов малого таза.

По результатам профилактических осмотров женщин формируются группы состояния здоровья:

I группа - практически здоровые женщины, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении;

II группа - женщины с риском возникновения патологии репродуктивной системы; III группа - женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании в амбулаторных условиях для уточнения (установления) диагноза при впервые установленном хроническом заболевании или при наличии уже имеющегося хронического заболевания, а также нуждающиеся в лечении в амбулаторных условиях;

III группа - женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в условиях стационара;

V группа - женщины с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Женщинам, отнесенным к I и II группам состояния здоровья, рекомендуются профилактические осмотры не реже 1 раза в год.

При наличии риска возникновения патологии репродуктивной системы в детородном возрасте женщины ориентируются врачом-акушером-гинекологом на деторождение с последующим подбором методов контрацепции.

Женщинам, отнесенным к III, IV, V группам состояния здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения, при необходимости за ними устанавливается диспансерное наблюдение врачом-акушером-гинекологом по месту жительства.

Выделяются три группы диспансерного наблюдения:

1 диспансерная группа - женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы, фоновыми заболеваниями шейки матки;

2 диспансерная группа - женщины с врожденными аномалиями развития и положения гениталий;

3 диспансерная группа - женщины с нарушениями функции репродуктивной системы (невынашивание, бесплодие).

Женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими

процессами репродуктивной системы обследуются на предмет исключения злокачественных новообразований.

Медицинская помощь женщинам с целью выявления заболеваний молочных желез оказывается врачом-акушером-гинекологом, прошедшим тематическое усовершенствование по патологии молочной железы. Женщины с выявленными кистозными и узловыми изменениями молочных желез направляются в онкологический диспансер для верификации диагноза. После исключения злокачественных новообразований женщины с доброкачественными заболеваниями молочных желез находятся под диспансерным наблюдением врача-акушера-гинеколога, который оказывает медицинскую помощь по диагностике доброкачественной патологии молочных желез и лечению доброкачественных диффузных изменений с учетом сопутствующей гинекологической патологии.

Выявление гинекологических заболеваний осуществляется в женской консультации при самообращении, при осмотре женщин на дому (по вызову), при проведении профилактических осмотров. На каждую женщину, обратившуюся или направленную в женскую консультацию, заводится «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь амбулаторных условиях» (ф. 025/у). Лечение женщин с гинекологическими заболеваниями проводится в основном в женских консультациях или специализированных лечебно-профилактических учреждениях при выявлении соответствующих заболеваний (онкологический, противотуберкулезный, кожно-венерологический диспансеры и др.). Лечебные процедуры выполняются акушеркой (процедурной медицинской сестрой) в процедурном кабинете и регистрируются в «Журнале учета процедур».

Для проведения малых гинекологических операций и манипуляций в женской консультации рекомендуется иметь малую операционную и комнату временного пребывания больных (стационар дневного пребывания). Операции и манипуляции регистрируются в «Журнале записи амбулаторных операций».

В необходимых случаях медицинская помощь больным с гинекологическими заболеваниями может быть оказана на дому (осмотр, анализы, инъекции, консультации).

При наличии показаний к стационарному лечению женщинам выдают направление на госпитализацию с указанием диагноза и результатов проведенного обследования. После выписки больной из стационара врач женской консультации решает вопрос о методах и сроках реабилитации с учетом рекомендаций, указанных в выписном эпикризе. Излечение женщины подтверждается данными проведенного обследования, после чего она снимается с учета.

Значительная часть женщин с гинекологическими заболеваниями нуждается в динамическом наблюдении и контроле. Динамическому наблюдению подлежат больные с хроническим течением заболевания, относящегося к группе риска по возникновению онкологической патологии или нарушения репродуктивного здоровья. На каждую женщину заполняется «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (ф. 030/у), где указываются диагноз заболевания, по которому она поставлена на учет, частота осмотров, проводимые методы обследования и лечения. После излечения, подтвержденного контрольными обследованиями, женщина может быть снята с учета в женской консультации.

В целях раннего выявления злокачественных новообразований рекомендуется проводить ежегодные профилактические осмотры женщин. Ежегодному осмотру подлежат все женщины в возрасте старше 30 лет. Особого внимания требуют женщины в возрасте 40 лет и старше, а также относящиеся к группе риска по развитию рака молочной железы. Результаты профилактического осмотра заносятся в «Медицинскую карту амбулаторного больного». Кроме того, рекомендуется проводить осмотр и пальпацию молочных желез у всех пациенток при обращении в женскую консультацию. Доступным методом раннего выявления патологии молочных желез является самообследование. Этой методике рекомендуется обучить каждую женщину. Это может осуществлять средний медицинский работник, прошедший специальную подготовку.

Контроль за качеством медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями осуществляет главный врач (заведующий) женской консультации. С этой целью в течение месяца просматривается медицинская документация около 50% пациенток, принятых врачом акушером-гинекологом, проводится экспертиза ведения «Контрольных карт диспансерного наблюдения» и «Медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь амбулаторных условиях». При этом оценивается соблюдение регулярности осмотров, объема проведенных профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, наличие эпикризов, а также эффективность проведенного лечения.

Оказание амбулаторной специализированной акушерско-гинекологической помощи.

При наличии показаний для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи женщины с гинекологической патологией направляются в медицинские организации, имеющие лицензии и врачей-специалистов соответствующего профиля.

Специализированная акушерско-гинекологическая помощь организуется в крупных женских консультациях (при наличии 8 и более акушерско-гинекологических участков). Вопрос о видах специализированной помощи, месте ее размещения определяют местные органы управления

здравоохранением, исходя из наличия контингента беременных или больных с гинекологическими заболеваниями, соответствующих специалистов с необходимым уровнем подготовки, состояния материально-технической базы акушерскогинекологических учреждений. Рекомендуется организовывать специализированную помощь при следующих заболеваниях и состояниях: невынашивании беременности, экстрагенитальных заболеваниях у беременных, гинекологических заболеваний у девочек до 18 лет, бесплодии, патологии шейки матки, женщинам старше 40 лет. Для работы в специализированных отделениях (кабинетах) должны привлекаться опытные (стаж работы не менее 5 лет) врачи акушеры-гинекологи, прошедшие специальную подготовку.

Консультирование и оказание услуг по планированию семьи.

Предоставление женщинам права на охрану репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, является основополагающим условием их полноценной жизни и осуществления равенства полов. Реализации этого права способствуют развитие службы планирования семьи, расширение и внедрение специальных программ («Безопасное материнство» и др.), улучшение системы полового и гигиенического воспитания, обеспечение контрацептивами населения и в первую очередь молодежи и др.

Женская консультация наряду с центром планирования семьи и репродукции является важным звеном в работе по планированию семьи.

Регулирование деторождения осуществляется тремя способами: контрацепцией, производством медицинского аборта, стерилизацией. В соответствии с рекомендациями ВОЗ одними из компонентов репродуктивного здоровья являются наличие у женщины и мужчины права на получение необходимой информации и доступ к безопасным, эффективным и приемлемым методам регулирования рождаемости по собственному выбору.

*Контрацепция.* Работу по вопросам планирования семьи осуществляют врачи акушеры-гинекологи и акушерки, имеющие специальную подготовку. Прием проводится по графику, причем время на этот вид приема пациенток не ограничивается и определяется индивидуально в каждом конкретном случае.

Специализированный кабинет по планированию семьи оснащается аудио- и видеотехникой с демонстрацией средств контрацепции, наглядными пособиями, печатными информационными материалами для населения по планированию семьи и профилактике абортов. В программу занятий с беременными по подготовке к родам необходимо включать беседы о методах контрацепции с целью выработки у женщин мотивации к использованию их после родов.

При выборе того или иного контрацептива следует учитывать следующие положения:

Основными требованиями к способам предохранения от беременности являются:

- надежность
- доступность
- гигиеничность
- минимальное воздействие на полового партнера
- простота применения
- безопасность
- быстрое восстановление фертильности

При первоначальном консультировании особое внимание уделяется общему и репродуктивному анамнезу, выявляется наличие экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, особенно ИППП, число беременностей, родов, абортов, а также степень осведомленности пациентки о методах контрацепции. Выясняются также сведения о состоянии здоровья мужа (партнера). Врач информирует пациентку о всех методах контрацепции (механизм действия, эффективность, возможные побочные эффекты и т.д.), помогает выбрать наиболее приемлемый метод контрацепции с учетом состояния ее здоровья, желания и планов на деторождение. Сведения о назначенном методе контрацепции заносятся в «Медицинскую карту амбулаторного больного». На женщин, использующих внутриматочные и гормональные (оральные, инъекционные, импланты) средства, врач оформляет «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (ф. 030/у-04) и осуществляет динамическое наблюдение за этими пациентками.

Консультирование по конкретно выбранному методу включает подробный инструктаж по его использованию, возможным побочным эффектам и осложнениям, рекомендации по наблюдению у врача и сроках его посещения. На повторных приемах выясняется степень удовлетворенности пациентки используемым методом, оценивается правильность его применения и эффективность, наличие побочных явлений. При наличии осложнений или по желанию женщины подбирается другой метод контрацепции.

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

Консультирование пациенток, подбор методов контрацепции, отбор женщин на консультацию к врачу



акушеру-гинекологу, наблюдение за женщинами после родов и прерывания беременности возлагается на акушеров (фельдшеров, медицинских сестер), прошедших специальную подготовку. Они ведут учет работы и распространяют контрацептивы.

Врач акушер-гинеколог проводит образовательные программы с населением по планированию семьи и профилактике аборт, в том числе через средства массовой информации.

*Аборт.* К сожалению, до сих пор в России аборт остается одним из основных способов регулирования рождаемости. В 2016 г. было произведено 688117 тыс. абортов, что составляет 19,4 на 1000 женщин фертильного возраста. Если в конце 80-х годов XX в. в СССР делалась примерно 1/3 всех абортов в мире, то с начала 90-х годов благодаря развитию службы планирования семьи частота абортов постепенно снижается.

В соответствии с законодательством Российской Федерации каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Аборт может проводиться по желанию женщины (при сроке беременности до 12 недель), по социальным показаниям (при сроке беременности до 22 недель), по медицинским показаниям (независимо от срока беременности). Аборт должен проводиться только в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, врачами, имеющими специальную подготовку.

Искусственное прерывание беременности проводится при наличии информированного добровольного согласия женщины.

Искусственное прерывание беременности у несовершеннолетних младше 15 лет, а также несовершеннолетних, больных наркоманией младше 16 лет, проводится на основе добровольного информированного согласия одного из родителей или иного законного представителя.

Искусственное прерывание беременности в зависимости от срока беременности, показаний и противопоказаний может быть проведено с использованием медикаментозного или хирургического метода на основании информированного добровольного согласия женщины.

При наличии медицинских показаний для прерывания беременности и согласия женщины ей выдается комиссионное заключение с полным клиническим диагнозом, подписанное специалистами (в зависимости от профиля заболевания), врачом акушером-гинекологом, главным врачом (заведующим) женской консультации и заверенное печатью учреждения. Женщинам, получающим направление на прерывание беременности, рекомендуется обязательное посещение врача акушера-гинеколога после прерывания беременности для подбора метода контрацепции и проведения необходимых реабилитационных мероприятий.

Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности проводится в условиях гинекологического отделения многопрофильной больницы, имеющей возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) помощи женщине (при обязательном наличии врачей-специалистов соответствующего профиля, по которому определены показания для искусственного прерывания беременности).

Прерывание беременности (родоразрешение) по медицинским показаниям с 22 недель беременности проводится только в условиях акушерского стационара, имеющего возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) помощи женщине с учетом основного заболевания и новорожденному, в том числе с низкой и экстремально низкой массой тела.

Вопрос о прерывании беременности по социальным показаниям решает комиссия в составе врача акушера-гинеколога, руководителя учреждения (отделения), юриста при наличии заключения о сроке беременности, установленном врачом акушером-гинекологом, и соответствующих юридических документов (свидетельство о смерти мужа, о разводе, письменное заявление женщины). При наличии социальных показаний беременной выдают заключение, заверенное подписями членов комиссии и печатью учреждения.

После искусственного прерывания беременности с каждой женщиной проводится консультирование, в процессе которого обсуждаются признаки осложнений, при которых женщина обязана незамедлительно обратиться к врачу; предоставляются рекомендации о режиме, гигиенических мероприятиях, а также по предупреждению абортов и необходимости сохранения и вынашивания следующей беременности.

После искусственного прерывания беременности контрольный осмотр врача-акушера-гинеколога при отсутствии жалоб проводится через 9 - 15 дней.

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

Социально-правовая помощь. Оказание социально-правовой помощи в женской консультации является одним из звеньев в системе мер по охране материнства и детства. Эта работа осуществляется юристом, который непосредственно подчиняется руководителю учреждения.

Работа юриста чаще носит индивидуальный, реже - групповой характер. Женщины могут направляться

на прием к юристу врачами акушерами-гинекологами и другими специалистами, а также обращаться самостоятельно. Сведения о пациентках и принятых решениях заносятся в «Книгу записей работы старшего юриста, юриста учреждения здравоохранения».

В женской консультации могут быть созданы специальные информационные стенды или организованы групповые беседы по правовым вопросам.

**19. Статистика женской консультации. Основные формы первичной медицинской документации.**

**Основные группы статистических показателей, используемых для анализа деятельности. Показатели работы с беременными - методика расчета и анализа.**

**Особенности статистического анализа женских консультаций**

Помимо форм первичной учетной медицинской документации, которые ведут во всех АПУ, в женских консультациях заполняют:

- Индивидуальную карту беременной и роженицы (ф. 111/у)
- Медицинскую карту прерывания беременности (ф. 003-1/у)
- Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы (ф. 113/у)
- Журнал записи родовспоможений на дому (ф. 032/у)
- Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу (ф. 084/у)

Наряду с общими для всех АПУ показателями для анализа деятельности женских консультаций по оказанию женщинам квалифицированной амбулаторной акушерско-гинекологической помощи вне беременности, в период беременности и в послеродовом периоде на основе этих и других форм первичной учетной медицинской документации рассчитывают показатели:

- раннего охвата беременных диспансерным наблюдением
- удельного веса беременных, осмотренных терапевтом
- удельного веса беременных, осмотренных терапевтом до 12 нед беременности
- охвата беременных диагностическими исследованиями
- охвата женщин различными видами контрацепции
- распространенности и структуры абортот
- исходов беременности
- соотношения абортов и родов

Показатель раннего охвата беременных диспансерным наблюдением характеризует медицинскую активность женщин и рассчитывается по формуле:

$$\text{Ранний охват беременных диспансерным наблюдением} = \frac{\text{Число беременных, поступивших под диспансерное наблюдение со сроком до 12 нед}}{\text{Общее число беременных, поступивших под диспансерное наблюдение в женскую консультацию}} \times 100.$$

Оптимальный показатель должен приближаться к 100%. На 2016 год в РФ он составил 86,8%.

Показатели удельного веса беременных, осмотренных терапевтом, и удельного веса беременных, осмотренных терапевтом до 12 нед беременности, относятся к показателям, характеризующим уровень диспансерной работы с беременными, и рассчитываются по формулам:

$$\text{Удельный вес беременных, осмотренных терапевтом} = \frac{\text{Число беременных, осмотренных терапевтом}}{\text{Общее число беременных, закончивших беременность родами и абортами}} \times 100.$$

$$\text{Удельный вес беременных, осмотренных терапевтом до 12 нед беременности} = \frac{\text{Число беременных, осмотренных терапевтом до 12 нед беременности}}{\text{Общее число беременных, закончивших беременность родами и абортами}} \times 100.$$

Показатель удельного веса беременных, осмотренных терапевтом, должен приближаться к 100%, однако на практике часть беременных встает на учет и не наблюдается, а часть вообще не встает на учет. Показатель удельного веса беременных, осмотренных терапевтом до 12 недель беременности, зависит не только от работы терапевта, но и от активности самих женщин, обратившихся в женскую консультацию до 12 недель беременности. В Российской Федерации эти показатели в 2016г. составили соответственно 97,9% и 86,1%.

К группе показателей, характеризующих охват беременных диагностическими исследованиями, относятся:

- удельный вес беременных, обследованных на реакцию Вассермана
- удельный вес беременных, обследованных на резус-принадлежность
- удельный вес беременных, охваченных УЗИ не менее 3 раз
- удельный вес беременных, обследованных на альфа-фетопротеин (аФП) и хорионический гонадотропин человека (ХГЧ)
- удельный вес беременных, обследованных на ИПППП

Эти показатели рассчитывают по формулам:

$$\text{Удельный вес беременных, обследованных на реакцию Вассермана} = \frac{\text{Число беременных, обследованных на реакцию Вассермана}}{\text{Общее число беременных, закончивших беременность родами и абортами}} \times 100.$$

$$\text{Удельный вес беременных, обследованных на резус-принадлежность} = \frac{\text{Число беременных, обследованных на резус-принадлежность}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами и абортами}} \times 100.$$

$$\text{Удельный вес беременных, охваченных УЗИ не менее 3 раз} = \frac{\text{Число беременных, охваченных УЗИ не менее 3 раз за беременность}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами}} \times 100.$$

$$\text{Удельный вес беременных, обследованных на аФП и ХГЧ} = \frac{\text{Число беременных, обследованных на аФП и ХГЧ}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами}} \times 100.$$

Удельный вес беременных, обследованных на реакцию Вассермана, рассчитывают отдельно по первой и второй половине беременности. Оптимальные показатели должны приближаться к 90-95%. По РФ на 2016 год охват УЗИ составляет 97,7%, реакция Вассермана - 85-95%.

К группе показателей охвата женщин различными видами контрацепции относятся:

- охват женщин гормональной контрацепцией
- охват женщин внутриматочными спиралями (ВМС)

Эти показатели характеризуют работу по охране репродуктивного здоровья женщин, реализацию мер по планированию семьи и рассчитываются по формулам:

$$\text{Охват женщин гормональной контрацепцией} = \frac{\text{Число женщин, использующих гормональную контрацепцию}}{\text{Число женщин фертильного возраста}} \times 1000.$$

$$\text{Охват женщин ВМС} = \frac{\text{Число женщин, использующих ВМС}}{\text{Число женщин фертильного возраста}} \times 1000.$$

Эти показатели имеют обратную связь с показателем частоты абортсв. Показатели распространенности и структуры абортсв. К этой группе относятся:

- частота абортсв у женщин фертильного возраста
- частота абортсв у женщин в разных возрастных группах
- структура абортсв по возрастным группам
- структура абортсв по видам абортсв (спонтанные, медицинские легальные, по медицинским показаниям, криминальные, мини-абортсв)
- структура абортсв по срокам прерывания беременности (до 12 нед., 22-27 нед.)
- частота абортсв у первобеременных
- удельный вес абортсв у первобеременных

Показатель частоты абортсв у женщин фертильного возраста характеризует работу женских консультаций по планированию семьи и предупреждению нежелательных беременностей. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Частота абортсв у женщин фертильного возраста} = \frac{\text{Число абортсв у женщин фертильного возраста}}{\text{Число женщин фертильного возраста}} \times 1000.$$

В России на 2016 год этот показатель составил 19,4%.

Помимо показателя частоты абортсв у женщин фертильного возраста рассчитывают показатели частоты и структуры абортсв в различных возрастных группах, структуру абортсв по видам абортсв, структуру абортсв по срокам прерывания беременности. Например:

$$\text{Частота абортoв у женщин в возрасте 20–24 года} = \frac{\text{Число абортoв у женщин в возрасте 20–24 года}}{\text{Число женщин в возрасте 20–24 года}} \times 1000.$$

$$\text{Удельный вес абортoв у женщин в возрасте 15–19 лет} = \frac{\text{Число абортoв у женщин в возрасте 15–19 лет}}{\text{Общее число абортoв}} \times 100.$$

$$\text{Удельный вес самопроизвольных (спонтанных) абортoв} = \frac{\text{Число самопроизвольных (спонтанных) абортoв}}{\text{Общее число абортoв}} \times 100.$$

$$\text{Удельный вес поздних абортoв} = \frac{\text{Число абортoв со сроком прерывания беременности 22–27 нед}}{\text{Общее число абортoв}} \times 100.$$

Важно иметь представление о прерывании беременности у первобеременных, в связи с чем рассчитывают частоту абортoв у первобеременных и удельный вес абортoв у первобеременных по формулам:

$$\text{Частота абортoв у первобеременных} = \frac{\text{Число абортoв у первобеременных}}{\text{Число первобеременных}} \times 1000.$$

$$\text{Удельный вес абортoв у первобеременных} = \frac{\text{Число абортoв у первобеременных}}{\text{Общее число абортoв}} \times 100.$$

Кроме того, рассчитывают смертность и летальность женщин после абортoв (на число женщин или число абортoв).

С учетом сохраняющейся высокой распространенности абортoв одной из основных задач женской консультации остаются консультирование и оказание услуг по вопросам охраны репродуктивного здоровья, применение современных методов профилактики абортoв.

К показателям исходов беременности относятся:

- удельный вес родов в срок
- удельный вес преждевременных родов
- удельный вес женщин, закончивших беременность абортoв

Эти показатели рассчитывают по формулам:

$$\text{Удельный вес родов в срок} = \frac{\text{Число женщин, закончивших беременность родами} - \text{Число женщин, закончивших беременность преждевременными родами}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами и абортми}} \times 100.$$

$$\text{Удельный вес преждевременных родов} = \frac{\text{Число женщин, закончивших беременность преждевременными родами}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами и абортми}} \times 100.$$

$$\text{Удельный вес женщин, закончивших беременность абортми} = \frac{\text{Число женщин, закончивших беременность абортми}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами и абортми}} \times 100.$$

В Российской Федерации удельный вес преждевременных родов составляет 3,9%.

В общем плане работу женской консультации по планированию семьи можно оценить по показателю соотношения абортов и родов, который рассчитывают по формуле:

$$\text{Соотношение абортов и родов} = \frac{\text{Общее число абортов}}{\text{Общее число родов}}.$$

В настоящее время в Российской Федерации на 100 родов приходится 57 абортов, что свидетельствует о недостаточной работе по профилактике нежелательной беременности.

20. Особенности организация лечебно-профилактической помощи жителям сельской местности. Этапы сельского здравоохранения. Основные организа-ции, оказывающие лечебнопрофилактическую помощь детям, входящие в каждый этап.

21. Первый этап сельского здравоохранения. Медицинские организации на уровне сельского поселения. Виды медицинской помощи, оказываемой на сельском врачебном участке. Организация лечебно-профилактической по-мощи детскому населению на первом этапе.

В Российской Федерации медицинская помощь жителям сельской местности оказывается в сети учреждений здравоохранения, в которой функционируют около 1750 центральных районных больниц, 480 участковых больниц, 39 тыс. фельдшерско-акушерских пунктов. В этих учреждениях работает более 46 тыс. врачей и 208 тыс. среднего медицинского персонала.

В основе организации медицинской помощи жителям села лежат те же принципы, что и городскому населению. Однако сельская местность имеет свои особенности:

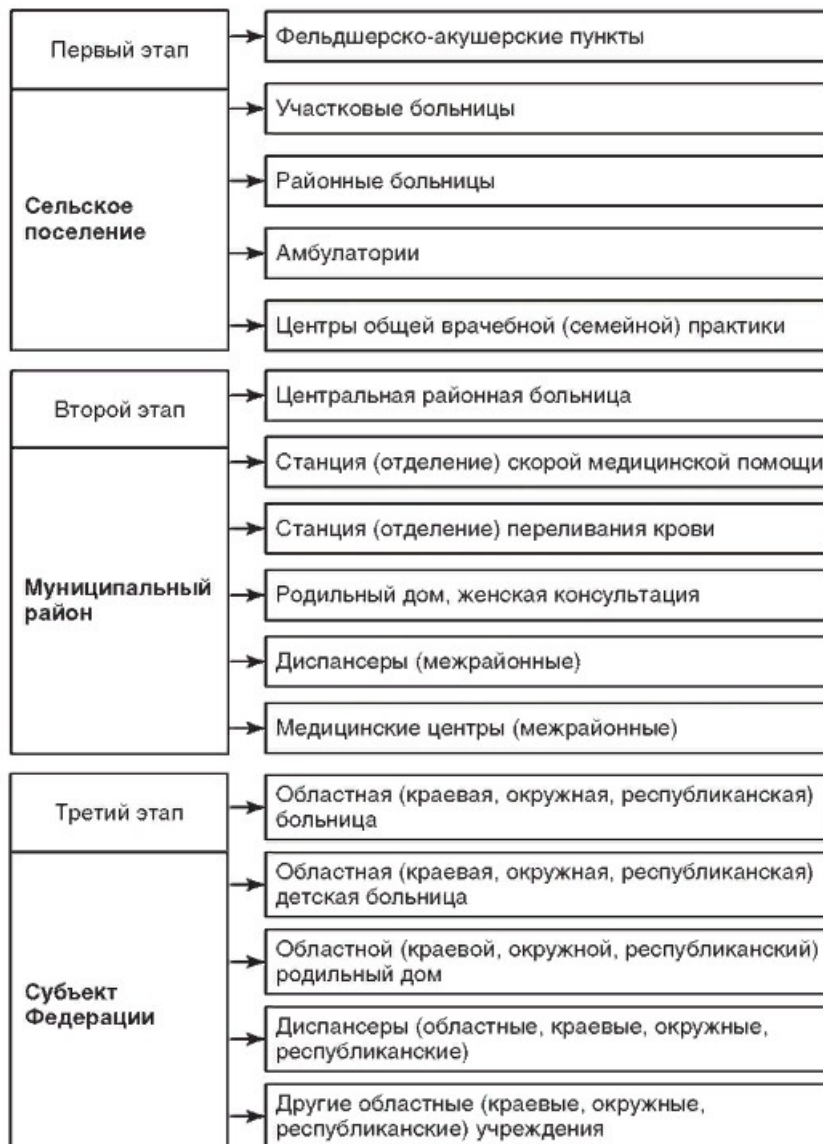
- низкую (по сравнению с городом) плотность населения, разбросанность населенных пунктов и их отдаленность
- плохое качество, а порой и отсутствие дорог
- специфику сельскохозяйственного труда (сезонность полевых работ, зависимость от погодных условий)
- отличные от городских условия и образ жизни населения.

Данные особенности накладывают отпечаток на систему организации медицинской помощи сельским жителям. Это касается типа, мощности, дислокации учреждений здравоохранения, обеспеченности их квалифицированными медицинскими кадрами, возможности получения специализированной медицинской помощи. Эти особенности также диктуют необходимость разработки и введения дифференцированных нормативов по отдельным видам ресурсов. Например, для сельских районов, расположенных на больших территориях с низкой плотностью населения (Крайний Север, Сибирь, Дальний Восток), норматив численности населения для организации фельдшерско-акушерского пункта или центра общей врачебной (семейной) практики значительно ниже такового на юге страны, где плотность населения выше и населенные пункты расположены близко друг от друга, имеется хорошее

транспортное сообщение.

## ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКИМ ЖИТЕЛЯМ

Главной особенностью оказания медицинской помощи жителям села является ее этапность. Условно выделяют три этапа в организации медицинской помощи сельскому населению.



Первый этап - учреждения здравоохранения сельского поселения, которые входят в состав комплексного терапевтического участка. На этом этапе сельские жители получают доврачебную, а также основные виды врачебной медицинской помощи: терапевтическую, педиатрическую, хирургическую, акушерскую, гинекологическую, стоматологическую.

Первым медицинским учреждением, в которое, как правило, обращается сельский житель, является фельдшерско-акушерский пункт (ФАП). Он функционирует как структурное подразделение участковой или центральной районной больницы. ФАП целесообразно организовывать в населенных пунктах с числом жителей от 700 и более при расстоянии до ближайшего медицинского учреждения свыше 2 км, а если расстояние превышает 7 км, то и в населенных пунктах с числом жителей до 700 человек.

На ФАП возлагается решение большого комплекса медико-санитарных задач:

- проведение мероприятий, направленных на профилактику и снижение заболеваемости, травматизма и отравлений среди сельского населения;
- снижение смертности, прежде всего младенческой, материнской, в трудоспособном возрасте
- оказание населению доврачебной медицинской помощи
- участие в текущем санитарном надзоре за детскими дошкольными и школьными образовательными учреждениями, коммунальными, пищевыми, промышленными и другими объектами, водоснабжением и очисткой населенных мест
- проведение подворных обходов по эпидемиологическим показаниям с целью выявления



инфекционных больных, контактных с ними лиц и подозрительных на инфекционные заболевания

- повышение санитарно-гигиенической культуры населения

Амбулаторно-поликлиническая помощь населению - важнейший раздел работы участковой больницы. Она может оказываться амбулаторией, входящей в структуру больницы, или самостоятельной амбулаторией. Основной задачей амбулатории является проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, инвалидности, смертности среди населения, раннему выявлению заболеваний, диспансеризации больных. Врачи амбулатории ведут прием взрослых и детей, осуществляют вызовы на дом и неотложную помощь. В приеме больных могут принимать участие и фельдшера, однако медицинская помощь в амбулатории преимущественно должна оказываться врачами. В участковой больнице проводится экспертиза временной нетрудоспособности, а в случае необходимости больные направляются на МСЭ.

С целью приближения специализированной медицинской помощи жителям села врачи центральной районной больницы по определенному графику выезжают в амбулаторию для приема больных и отбора их в случае необходимости на госпитализацию в специализированные учреждения. В последнее время во многих субъектах РФ происходит реорганизация участковых больниц и амбулаторий в центры общей врачебной (семейной) практики.

## 22. Второй этап сельского здравоохранения. Медицинские организации муниципального района. Центральная районная больница, ее задачи, структура, функции. Роль районного педиатра (заместителя главного врача по детству и родовспоможению)

Вторым этапом обеспечения медицинской помощью сельского населения являются учреждения здравоохранения муниципального района, а среди них ведущее место занимает центральная районная больница (ЦРБ). Центральная районная больница осуществляет основные виды специализированной медицинской помощи и одновременно выполняет функции органа управления здравоохранением на территории муниципального района.

Мощность ЦРБ, профиль специализированных отделений в ее составе зависят от численности населения, структуры и уровня заболеваемости, иных медико-организационных факторов и определяются администрациями муниципальных образований. Как правило, ЦРБ бывают мощностью от 100 до 500 коек, а число специализированных отделений в ней - не менее пяти: терапевтическое, хирургическое с травматологией, педиатрическое, инфекционное и акушерскогинекологическое (если в районе нет родильного дома).

Главный врач ЦРБ является руководителем здравоохранения муниципального района, назначается и освобождается от должности администрацией муниципального района.



Методическую, организационную и консультативную помощь врачам комплексных терапевтических участков, фельдшерам ФАП осуществляют специалисты ЦРБ. Каждый из них согласно утвержденному графику выезжает на комплексный терапевтический участок для проведения медицинских осмотров, анализа диспансерной работы, отбора больных на госпитализацию.

С целью приближения специализированной медицинской помощи к сельскому населению создаются межрайонные медицинские центры. Функции таких центров выполняют крупные ЦРБ (мощностью 500-700 коек), способные обеспечить население ближайших муниципальных районов недостающими видами специализированной стационарной и амбулаторнополиклинической медицинской помощи.

В структуре ЦРБ имеется поликлиника, которая оказывает первичную медико-санитарную помощь сельскому населению по направлениям фельдшеров ФАП, врачей амбулаторий, центров общей врачебной (семейной) практики.

Оказание внебольничной и стационарной лечебно-профилактической помощи детям в муниципальном



районе возлагается на детские консультации (поликлиники) и детские отделения ЦРБ. Профилактическая и лечебная работа детских поликлиник и детских отделений ЦРБ осуществляется на тех же принципах, что и в городских детских поликлиниках.

Оказание акушерско-гинекологической помощи женщинам в муниципальном районе возлагается на женские консультации, родильные и гинекологические отделения ЦРБ.

Функциональные обязанности медицинского персонала, учетноотчетная документация, расчет статистических показателей деятельности ЦРБ принципиально не отличаются от таковых в городских больницах и АПУ.

### 23. Третий этап сельского здравоохранения. Медицинские организации субъекта Федерации. Областная больница, ее задачи, структура, функции, особенности работы. Помощь детям на уровне субъекта РФ.

Третьим этапом обеспечения сельского населения медицинской помощью являются учреждения здравоохранения субъекта РФ, а среди них главную роль играют областные (краевые, окружные, республиканские) больницы. На этом этапе осуществляется оказание специализированной медицинской помощи по всем основным специальностям.

Областная (краевая, окружная, республиканская) больница - крупное многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, призванное оказывать в полном объеме специализированную помощь не только сельским, но и всем жителям субъекта РФ.

Она является центром организационно-методического руководства медицинскими учреждениями, размещенными на территории области (края, округа, республики), базой специализации и повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала.



Функциональные обязанности медицинского персонала, методика расчета статистических показателей, учетно-отчетная документация областной (краевой, окружной, республиканской) больницы принципиально не отличаются от таковых в городской или центральной районной больницах. В то же время организация работы областной (краевой, окружной, республиканской) больницы имеет свои особенности, одной из которых является наличие в составе больницы консультативной поликлиники, куда за помощью приезжают жители всех муниципальных районов (городских округов) субъекта РФ. Для их размещения при больнице организуется пансионат или гостиница для пациентов.

В консультативную поликлинику больных направляют, как правило, после предварительной консультации и обследования у районных (городских) врачей-специалистов.

Другой особенностью областной (краевой, окружной, республиканской) больницы является наличие в ее составе отделения экстренной и плано-консультативной помощи, которое, используя средства санитарной авиации или наземного автотранспорта, оказывает экстренную и консультативную помощь с выездом в отдаленные населенные пункты. Кроме того, отделение обеспечивает доставку больных в специализированные региональные и федеральные медицинские центры.

Отделение экстренной и плано-консультативной помощи работает в тесной связи с региональным центром медицины катастроф.

В случаях возникновения чрезвычайных ситуаций практическую работу по выполнению санитарных заданий осуществляют бригады специализированной медицинской помощи постоянной готовности.

В отличие от ЦРБ в областной (краевой, окружной, республиканской) больнице функции

организационно-методического отдела значительно шире. Фактически он служит аналитическим центром и научно-методической базой органа управления здравоохранением субъекта РФ по внедрению в практику современных медицинских и организационных технологий.

К организационной деятельности отдела относятся проведение региональных фельдшерских (сестринских) конференций, обобщение и распространение передового опыта учреждений здравоохранения, организация медицинских осмотров населения, плановых выездов специалистов, издание инструктивно-методических материалов и др.

Научно-исследовательская работа является одним из направлений в деятельности областной (краевой, окружной, республиканской) больницы. Она включает проведение совместно с кафедрами медицинских вузов и научно-исследовательскими институтами исследований, внедрение научных результатов в практическую работу медицинских учреждений, организацию научных конференций и семинаров, работу научных обществ врачей и др.

#### **24. Организация работы отделения экстренной и планово-консультативной помощи областной больницы. Формы организации плановой выездной работы. Задачи и виды выездных поликлиник (амбулаторий).**

Особенностью областной больницы является наличие в ее составе отделения экстренной и планово-консультативной помощи, которое, используя средства санитарной авиации или другой транспорт, оказывает экстренную и консультативную помощь с выездом в отдаленный населенный пункт или места дислокации (работы) сельских жителей. Отделение обеспечивает транспортировку больных в медицинские учреждения, направляет специалистов по вызовам из районов и поддерживает связь с бригадами, направленными для оказания медицинской помощи. Отделение экстренной помощи в неотложных случаях организует доставку больных в сопровождении медицинского персонала в специализированные учреждения за пределы области, срочную доставку различных медицинских препаратов и средств, необходимых для спасения жизни больных.

Это отделение, как правило, имеет парк автомобилей (часть — с высокой проходимостью) для выездов в сельскую местность. Авиазадания выполняются на основании договоров с местными авиакомпаниями, что требует значительных финансовых затрат. В штате отделения работают, помимо заведующего, врачи по оказанию экстренной медицинской помощи, фельдшера, медсестры. К работе отделения могут привлекаться все специалисты областной больницы и других учреждений. Отделение экстренной и планово-консультативной помощи, как правило, является базовым медицинским подразделением регионального центра медицины катастроф. В этом случае практическую работу по выполнению санитарных заданий осуществляют бригады специализированной медицинской помощи постоянной готовности — БСМПППГ.

С целью приближения специализированной медицинской помощи к сельскому населению важное значение приобретают бригады выездной врачебно-амбулаторной помощи, которые создаются на базе ЦРБ и областных больниц. Выездная бригада формируется главным врачом больницы из числа штатных врачей и средних мед. работников. В ее состав могут включаться мед. работники других лечебно-профилактических учреждений (городских больниц, род. домов, диспансеров и др.).

Планово выездные консультации врачей-специалистов при краевой (областной) больнице организует и проводит консультативная поликлиника совместно с отделением экстренной и планово-консультативной помощи.

Виды выездных форм медицинского обслуживания:

- передвижные врачебные амбулатории,
- клинико-диагностические лаборатории, • флюорографические установки,
- стоматологические кабинеты.

Основные задачи выездных форм медицинского обслуживания населения:

- Выполнение большого объема профилактической и лечебной работы.
- Приблизить оказание медицинской помощи сельским жителям, сделать ее более доступной и своевременной.
- Осуществление консультативной помощи.

#### **25. Организация специализированной лечебно-профилактической помощи детям: основные этапы, медицинские организации. Диспансеры: виды дис-пансеров, организационная структура, задачи.**

Специализированная медицинская помощь занимает особое место в системе здравоохранения РФ. Это связано прежде всего с тем, что она оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения, использования сложных медицинских технологий и, таким образом, привлечения большого объема материальных, финансовых ресурсов и высококвалифицированных специалистов.

Специализированная медицинская помощь организуется как в амбулаторнополиклинических, так и в больничных учреждениях.

В АПУ помимо врача общей практики (семейного врача), участковых врачей-терапевтов (педиатров), могут работать врачи-специалисты (аллерголог-иммунолог, отоларинголог, травматолог-ортопед,

эндокринолог, хирург, окулист, невропатолог, уролог и др.). В целях повышения эффективности работы врачей-специалистов для населения нескольких административных округов (районов) или города в целом на базе той или иной поликлиники организуются приемы специалистов соответствующего профиля. Иногда на базе таких поликлиник образуются специализированные кабинеты, центры или пункты, например городской кабинет по лечению косоглазия, круглосуточный травматологический пункт и др.

В настоящее время в крупных городах для оказания специализированных видов амбулаторно-поликлинической помощи создают консультативно-диагностические центры, которые оснащают современным диагностическим оборудованием для проведения иммунологических, генетических, цитологических, радиоизотопных, лучевых и других уникальных методов исследования. Важную роль в оказании специализированной стационарной помощи играют консультативно-диагностические отделения в структуре мощных многопрофильных больниц. Открытие таких отделений позволяет расширить объем специализированной медицинской помощи, сделать уникальные возможности отдельных стационаров более доступными населению, эффективнее использовать дорогостоящее медицинское оборудование больницы и ее высококвалифицированный кадровый потенциал.

Больничную специализированную помощь оказывают также соответствующие отделения многопрофильных больниц, специализированные больницы (гинекологическая, гериатрическая, инфекционная, восстановительного лечения и др.), клиники научно-исследовательских институтов и высших учебных заведений. Важное место в оказании специализированной медицинской помощи населению принадлежит скорой медицинской помощи, центрам восстановительной медицины и реабилитации, санаторно-курортным учреждениям.

В системе организации специализированной медицинской помощи населению большое значение имеет сеть диспансеров, которые предназначены для выработки и реализации комплекса профилактических мероприятий, а также активного выявления больных с определенными заболеваниями на ранних стадиях их лечения и реабилитации. В соответствии с номенклатурой учреждений здравоохранения выделяют следующие типы диспансеров: врачебно-физкультурный, кардиологический, кожно-венерологический, наркологический, онкологический, противотуберкулезный, психоневрологический и др. Диспансер оказывает помощь как взрослому, так и детскому населению и, как правило, включает в себя поликлиническое (диспансерное) отделение и стационар.

Учитывая ведущую роль диспансеров в оказании специализированной лечебно-профилактической помощи при социально значимых заболеваниях, следует более подробно остановиться на деятельности отдельных видов диспансеров.

#### **26. Скорая медицинская помощь детскому населению. Основные принципы деятельности. Формы и условия оказания скорой медицинской помощи детям. Организация неотложной медицинской помощи детям. Отличия неотложной медицинской помощи от скорой медицинской помощи.**

*Скорая медицинская помощь (СМП) - круглосуточная экстренная медицинская помощь при внезапных заболеваниях, угрожающих жизни больного, травмах, отравлениях, преднамеренных самоповреждениях, родах вне медицинских учреждений, а также катастрофах и стихийных бедствиях.*

Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 27.12.2018) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Статья 35. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь

1. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается гражданам бесплатно.

2. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

3. На территории Российской Федерации в целях оказания скорой медицинской помощи функционирует система единого номера вызова скорой медицинской помощи в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

4. При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).

5. Медицинская эвакуация включает в себя:

1. санитарно-авиационную эвакуацию, осуществляемую воздушными судами

2. санитарную эвакуацию, осуществляемую наземным, водным и другими видами транспорта.

6. Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи с

проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

7. Медицинские организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти вправе осуществлять медицинскую эвакуацию в порядке и на условиях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Перечень указанных медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

8. Выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи оказывается медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе по вызову медицинской организации, в штате которой не состоят медицинские работники выездной экстренной консультативной бригады скорой медицинской помощи, в случае невозможности оказания в указанной медицинской организации необходимой медицинской помощи.

Порядок оказания скорой медицинской помощи регламентирован приказом Министерства здравоохранения России от 20 июня 2013 N 388н "ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ СКОРОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ"

Основными принципами деятельности скорой медицинской помощи и ее сотрудников являются

1. Принцип гуманизма и милосердия, предусматривающий приоритетность задач спасения жизни и сохранения здоровья людей
2. Безотлагательный характер ее оказания - обусловлен нарушением жизненно важных функций у больного (пострадавшего) или высоким риском их развития при отсутствии адекватного лечебного пособия
3. Безотказный характер ее оказания (по инициативе медицинских работников) оказывается вне зависимости от социальных, национальных, культурно-религиозных и иных особенностей больного (пострадавшего); пациент имеет право отказаться от медицинской помощи
4. Бесплатный характер получения помощи больными (пострадавшими) при неотложных состояниях
5. Принцип единоначалия руководства скорой медицинской помощи и их формирований
6. Государственное регулирование ответственности органов исполнительной власти за организацию постоянной готовности и бесперебойного оказания скорой медицинской помощи и ликвидации медицинских последствий при чрезвычайной ситуации.

Формами оказания скорой медицинской помощи являются:

- 1) экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента
- 2) неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента

Поводы для вызова СМП

Поводами для вызова скорой медицинской помощи в экстренной форме являются:

- 1.Нарушения сознания, представляющие угрозу жизни
- 2.Нарушения дыхания, представляющие угрозу жизни
- 3.Нарушения системы кровообращения, представляющие угрозу жизни
- 4.Психические расстройства, сопровождающиеся действиями пациента, представляющими непосредственную опасность для него или других лиц
- 5.Внезапный болевой синдром, представляющий угрозу жизни
- 6.Внезапные нарушения функции какого-либо органа или системы органов, представляющие угрозу жизни
- 7.Травмы любой этиологии, представляющие угрозу жизни
- 8.Термические и химические ожоги, представляющие угрозу жизни
- 9.Внезапные кровотечения, представляющие угрозу жизни
- 10.Роды, угроза прерывания беременности
- 11.Дежурство при угрозе возникновения ЧС, оказание скорой медицинской помощи и медицинская эвакуация при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

СМП осуществляется гражданам РФ и иным лицам, находящимся на ее территории, бесплатно в соответствии с Программой госгарантий.

В Российской Федерации создана и функционирует служба оказания населению СМП с развитой инфраструктурой, включающая свыше 3000 станций и отделений СМП, в которых работают около 20 тыс. врачей и свыше 70 тыс. средних медицинских работников.

В структуру СМП входят станции, подстанции, больницы СМП, а также отделения СМП в составе больничных учреждений. Станции СМП как самостоятельные лечебно-профилактические учреждения создаются в городах с населением свыше 50 тыс. человек. В городах с населением более 100 тыс. человек с учетом протяженности населенного пункта и рельефа местности организуются подстанции СМП как подразделения станций (в зоне 20-минутной транспортной доступности). В населенных

пунктах с численностью жителей до 50 тыс. организуются отделения СМП в составе центральных районных, городских и других больниц. ОРГАНИЗАЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Станция скорой медицинской помощи - МО, оказывающая круглосуточную скорую медицинскую помощь как заболевшим и пострадавшим и находящимся вне МО, так и в пути следования в МО при состояниях, угрожающих здоровью или жизни граждан, вызванных внезапными заболеваниями и обострением хронических, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности, при родах и других состояниях и заболеваниях.

Основной задачей станции (подстанции, отделения) СМП в режиме повседневной работы является оказание СМП заболевшим и пострадавшим на месте происшествия и во время их транспортировки в стационары, в режиме чрезвычайных ситуаций - проведение лечебноэвакуационных мероприятий и участие в работах по ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций.

Возглавляет работу станции СМП главный врач, а подстанции и отделения - заведующий.



Основные функции станции скорой медицинской помощи:

1. Круглосуточное оказание своевременной и качественной медицинской помощи заболевшим и пострадавшим, находящимся вне лечебно-профилактических учреждений, при катастрофах и стихийных бедствиях.
2. Своевременная транспортировка (а также перевозка по заявке медицинских работников) больных, в том числе инфекционных, пострадавших и рожениц, нуждающихся в экстренной стационарной помощи.
3. Оказание медицинской помощи больным и пострадавшим, обратившимся за помощью непосредственно на станцию.
4. Обеспечение преемственности в работе с лечебно-профилактическими учреждениями города по оказанию скорой медицинской помощи населению.
5. Организация методической работы, разработка и проведение мероприятий по оптимизации оказания скорой медицинской помощи на всех этапах.
6. Взаимодействие с органами местной власти, УВД, ГИБДД, пожарными частями и другими оперативными службами города.
7. Проведение мероприятий по подготовке к работе в чрезвычайных ситуациях, обеспечение постоянного неснижаемого запаса перевязочного материала и медикаментов.
8. Извещение органов управления здравоохранением административной территории и соответствующих органов о всех чрезвычайных происшествиях и несчастных случаях в зоне обслуживания станции.
9. Равномерное комплектование выездных бригад медицинским персоналом по всем сменам и полное обеспечение их согласно таблице оснащения.
10. Выполнение норм и правил санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.
11. Соблюдение правил техники безопасности и охраны труда.
12. Контроль и учет работы санитарного автотранспорта.

В структуре станции скорой медицинской помощи предусматривают:

- оперативный (диспетчерский) отдел
- отдел связи
- отделение медицинской статистики с архивом
- кабинет для приема амбулаторных больных
- помещение для хранения медицинского оснащения бригад и подготовки к работе медицинских укладок
- аптеку с помещением для хранения запаса медикаментов, оборудованную пожарной и охранной сигнализацией
- комнаты отдыха для врачей, среднего медицинского персонала, водителей санитарных автомашин,

помещение для приема пищи дежурным персоналом;

- административно-хозяйственные и другие помещения
- гараж, крытые стоянки-боксы, огороженную площадку с твердым покрытием для стоянки автомашин, соответствующую по размерам максимальному количеству автомашин, работающих одновременно.
- При необходимости оборудуют вертолетные площадки.

Основной функциональной единицей станций (подстанций, отделений) СМП является выездная бригада, которая может быть *фельдшерской* или *врачебной*. Фельдшерская бригада состоит из 2 фельдшеров, санитаря и водителя. Во врачебную бригаду входят врач, 2 фельдшера (либо фельдшер и медицинская сестра-анестезист), санитар и водитель.

Кроме того, врачебные бригады делятся на общепрофильные и специализированные. Выделяют следующие виды специализированных бригад: педиатрическая, анестезиологореанимационная, кардиологическая, психиатрическая, травматологическая, нейрореанимационная, пульмонологическая, гематологическая и др. Специализированная бригада включает 1 врача и 2 средних медицинских работников соответствующих профилей, санитаря и водителя.

Бригада скорой медицинской помощи осуществляет:

- немедленный выезд и прибытие к пациенту (на место происшествия) в пределах норматива времени, установленного для данной административной территории
- установление диагноза, осуществление мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению состояния пациента и, при наличии медицинских показаний, транспортировку его в стационар
- в случае нахождения пациента в состоянии алкогольного, наркотического или другого токсического опьянения его транспортировку осуществляют в специализированные диспансеры или иные МО государственной и муниципальной системы здравоохранения, в составе которых имеются отделения (палаты) неотложной наркологической помощи, токсикологические отделения (палаты) или отделения экстренной медицинской помощи
- обеспечение сортировки больных (пострадавших) и установление последовательности оказания медицинской помощи при массовых заболеваниях, отравлениях, травмах и других чрезвычайных ситуациях
- обеспечение и проведение необходимых санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в установленном порядке.
- В случае доставки пациента в стационар бригада скорой медицинской помощи осуществляет передачу его и соответствующей медицинской документации дежурному врачу (фельдшеру) приемного отделения стационара.
- При обнаружении трупа умершего (погибшего) бригада скорой медицинской помощи обязана сообщить об этом в территориальный орган внутренних дел данной территории, зафиксировать в карте вызова все необходимые сведения. Эвакуация трупа с места происшествия запрещена.

Оснащение автомобилей скорой медицинской помощи

Класс А – автомобиль для транспортировки пациентов. Предназначен для транспортировки пациентов, не являющихся экстренными пациентами, в сопровождении медицинского персонала.

Класс В – автомобиль экстренной медицинской помощи. Предназначен для проведения лечебных мероприятий скорой медицинской помощи силами врачебной (фельдшерской) бригады, транспортировки и мониторинга состояния пациентов на догоспитальном этапе.

Класс С – реанимобиль. Предназначен для проведения лечебных мероприятий скорой медицинской помощи силами реанимационной или специализированной бригады, транспортировки и мониторинга состояния пациентов на догоспитальном этапе.

При оказании СМП фельдшер в составе фельдшерской бригады является ответственным исполнителем и его обязанности в целом соответствуют должностным обязанностям врача общепрофильной врачебной бригады.

Важнейшим структурным подразделением станций (подстанций, отделений) СМП является оперативный (диспетчерский) отдел, который обеспечивает круглосуточный централизованный прием обращений (вызовов) населения, своевременное направление выездных бригад на место происшествия, оперативное управление их работой. В его структуру входят диспетчерская приема, передачи вызовов и стол справок. Рабочие места сотрудников отдела должны быть компьютеризованы. Дежурный персонал оперативного отдела имеет необходимые средства связи со всеми структурными подразделениями станции СМП, подстанциями, выездными бригадами, лечебнопрофилактическими учреждениями, а также прямую связь с оперативными службами города (района).

Оперативный (диспетчерский) отдел выполняет следующие функции:

- прием вызовов с обязательной записью диалога на электронный носитель, подлежащий хранению в течение 6 мес
- сортировка вызовов по срочности и своевременная передача их выездным бригадам



- контроль за своевременной доставкой больных, роженец, пострадавших в приемные отделения соответствующих стационаров
- сбор оперативной статистической информации, ее анализ, подготовка ежедневных сводок для руководства станции СМП
- обеспечение взаимодействия с лечебно-профилактическими учреждениями, УВД, ГИБДД, подразделениями службы по делам гражданской обороны и чрезвычайных ситуаций, иными оперативными службами.

Прием вызовов и передача их выездным бригадам осуществляются дежурным фельдшером (медицинской сестрой) по приему и передаче вызовов оперативного (диспетчерского) отдела станции СМП.

Дежурный фельдшер (медицинская сестра) по приему и передаче вызовов находится в непосредственном подчинении старшего врача смены, обязан знать топографию города (района), дислокацию подстанций и учреждений здравоохранения, места нахождения потенциально опасных объектов, алгоритм приема вызовов.

Санитарный автотранспорт бригад СМП должен систематически подвергаться дезинфекционной обработке в соответствии с требованиями санитарно-эпидемиологической службы. В случаях, когда транспортом станций СМП перевезен инфекционный больной, автомашина подлежит обязательной дезинфекции, которая осуществляется персоналом больницы, принявшей больного.

При обнаружении трупа умершего или погибшего бригада обязана известить об этом органы внутренних дел, зафиксировать в «Карте вызова скорой медицинской помощи» (ф. 110/у) все необходимые сведения. Эвакуация трупа с места происшествия не допускается. В случае смерти больного в салоне санитарного автомобиля бригада обязана сообщить фельдшеру оперативного отдела о факте смерти и получить разрешение на доставку трупа в судебно-медицинский морг.

Станция (подстанция, отделение) СМП не выдает документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность и судебно-медицинские заключения, не проводит экспертизу алкогольного опьянения. Однако при необходимости может выдавать справки произвольной формы с указанием даты, времени обращения, диагноза, проведенных обследований, оказанной медицинской помощи и рекомендаций по дальнейшему лечению. Станция (подстанция, отделение) СМП обязана выдавать устные справки о месте нахождения больных и пострадавших при личном обращении граждан или по телефону.

#### ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Неотложная медицинская помощь населению в крупных городах Российской Федерации оказывается отделениями (кабинетами) неотложной медицинской помощи АПУ. Отделение неотложной медицинской помощи является структурным подразделением АПУ, предназначенным для оказания круглосуточной медицинской помощи в местах постоянного и временного проживания взрослого и детского населения, при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства. Неотложная медицинская помощь на дому оказывается по территориальному признаку круглосуточно выездными бригадами отделений неотложной медицинской помощи, организованными в одной или нескольких поликлиниках для населения данного административного района. Границы зоны обслуживания отделений неотложной медицинской помощи утверждаются органом управления здравоохранением административного района.

Основными задачами отделения неотложной медицинской помощи являются:

- круглосуточное оказание своевременной медицинской помощи в местах постоянного и временного проживания взрослому и детскому населению, при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства
- оказание медицинской помощи больным и пострадавшим, обратившимся самостоятельно непосредственно в отделение (амбулаторным больным)
- выполнение активных вызовов к больным, нуждающимся в динамическом врачебном наблюдении, обеспечение преемственности в работе с лечебно-профилактическими учреждениями города по оказанию неотложной медицинской помощи населению;
- извещение органов управления здравоохранением территории и соответствующих административных органов обо всех чрезвычайных происшествиях и несчастных случаях в зоне обслуживания отделения;
- доставка пациентов в учреждения социального профиля (домаинтернаты и т.п.) по направлениям врачей территориальных поликлиник;
- транспортировка пациентов на консультации, обследования, проведение гемодиализа в учреждения здравоохранения и др.

Отделение неотложной медицинской помощи возглавляет заведующий отделением, назначаемый и освобождаемый от должности главным врачом лечебно-профилактического учреждения, структурным подразделением которого является отделение неотложной медицинской помощи.

Основной функциональной единицей отделения неотложной медицинской помощи является выездная бригада (врачебная, санитарного транспорта по транспортировке больных). В составе врачебной бригады работают врач по специальности «Скорая медицинская помощь», фельдшер (медсестра), санитар и водитель. В составе фельдшерской бригады по транспортировке больных работают фельдшер и водитель. Количество смен работы выездных бригад, их профиль, режим (график) работы определяются вышестоящей организацией по подчиненности с учетом обращаемости населения в отделение, плотности почасового потока вызовов, количества вызовов по дням недели, месяцам года, численности больных, подлежащих экстренной и плановой госпитализации.

Прием вызовов и передача их выездным бригадам осуществляются фельдшером (медицинской сестрой) по приему и передаче вызовов диспетчерского отделения неотложной помощи медицинской помощи. Пострадавшие (больные), доставленные выездными бригадами отделения неотложной медицинской помощи, должны быть безотлагательно переданы дежурному персоналу приемного отделения стационара с отметкой в «Карте вызова» времени их поступления.

Отделение неотложной медицинской помощи не выдает документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность и судебно-медицинские заключения, не проводит экспертизу алкогольного опьянения, однако дает устные справки при личном обращении населения или по телефону о месте нахождения больных и пострадавших. При необходимости выписывает справки произвольной формы с указанием даты, времени обращения, диагноза, проведенных обследований, оказанной медицинской помощи и рекомендаций по дальнейшему лечению.

#### ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Дальнейшее совершенствование работы СМП, повышение эффективности использования ее ресурсов предусматривают прежде всего четкое разграничение медицинской помощи на скорую и неотложную. В настоящее время более 30% всех вызовов, поступающих на станцию (подстанцию, отделение) СМП, не требуют экстренной медицинской помощи и их выполнение может быть отсрочено во времени (это случаи острых заболеваний и обострений хронических болезней, не требующих срочного медицинского вмешательства). Эти вызовы относятся к неотложной медицинской помощи. Решение этой проблемы зависит от совершенствования работы амбулаторно-поликлинической службы, в том числе с переходом на организацию первичной медицинской помощи по принципу врача общей врачебной (семейной) практики, стационаров дневного пребывания, стационаров на дому и т.д.

Другой проблемой являются недостаточное оснащение службы СМП санитарным автотранспортом, вертолетами, современными средствами связи, обеспечение лекарствами и медицинским оборудованием.

Негативно сказывается на конечных результатах оказания СМП отсутствие системы подготовки населения по вопросам первой помощи. Ее приемами в полном объеме не владеют даже работники полиции, ГИБДД, пожарной службы.

С учетом сложившейся ситуации в настоящее время в МЗиСР РФ разрабатывается реформа СМП, в основе которой лежат два направления. Первое: для оказания неотложной помощи максимально будут задействованы участковые врачи АПУ, что позволит разгрузить станции (подстанции, отделения) СМП от «нескоромощных» вызовов. Второе: для повышения эффективности использования финансовых и трудовых ресурсов службы СМП планируется сократить число общепрофильных врачебных бригад и, соответственно, увеличить количество фельдшерских. Таким образом, организационную и штатную структуру службы СМП планируется приблизить к модели организации службы в зарубежных странах, когда в выездных бригадах (кроме специализированных, например психиатрической или реанимационной) нет врача. Зарубежный и отечественный опыт свидетельствует, что фельдшерские бригады из 2 человек в состоянии оказывать весь необходимый комплекс «скоромощных» мероприятий в соответствии с действующими стандартами (протоколами) ведения больных, причем один из фельдшеров будет совмещать обязанности водителя. Приемное отделение больниц планируется расширить и превратить в приемно-сортировочное, где будут развернуты дополнительные койки, увеличены штаты персонала, улучшено техническое оснащение.

Безусловно, предстоящий процесс реформирования службы СМП не может не затронуть работу и других служб здравоохранения. Поэтому он должен проходить системно, скоординированно с мерами, направленными на модернизацию системы здравоохранения в целом.

#### СТАТИСТИКА УЧРЕЖДЕНИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Основными формами первичной учетной медицинской документации станции (подстанций, отделений) СМП являются:

- Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи (ф. 109/у)
- Карта вызова скорой медицинской помощи (ф. 110/у)
- Сопроводительный лист станции скорой помощи с талоном к нему (ф. 114/у)
- Дневник работы станции (отделения) скорой медицинской помощи (ф. 115/у)



Медицинскую деятельность станций (подстанций, отделений) СМП характеризуют следующие показатели:

- обеспеченность населения СМП
- своевременность выездов бригад по скорой помощи
- расхождение диагнозов СМП и стационаров
- удельный вес успешных реанимаций
- удельный вес летальных исходов

Показатель обеспеченности населения СМП характеризует уровень обращаемости населения за СМП. Показатель рассчитывают по формуле (в %):

$$\text{Обеспеченность населения СМП} = \frac{\text{Число вызовов СМП}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

Нормативный показатель обеспеченности населения СМП устанавливается ежегодно в Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и в 2010 г. составил 318 вызовов на 1000 населения.

Показатель своевременности выездов бригад по скорой помощи характеризует оперативность работы станций (отделений) СМП.

$$\text{Своевременность выездов бригад по скорой помощи} = \frac{\text{Число выездов бригад по скорой помощи в течение 4 мин с момента поступления вызовов}}{\text{Общее число вызовов по скорой помощи}} \times 100.$$

Рекомендуемый показатель равен не менее 99% выездов бригад в течение 4 мин с момента поступления вызова.

Показатель расхождения диагнозов СМП и стационаров характеризует уровень диагностики и преемственности в работе СМП и больничных учреждений.

$$\text{Расхождение диагнозов СМП и стационаров} = \frac{\text{Число случаев расхождения диагнозов СМП и стационаров}}{\text{Общее число госпитализированных больных из числа доставленных СМП в стационары}} \times 100.$$

Рекомендуемый показатель равен не более 5%.

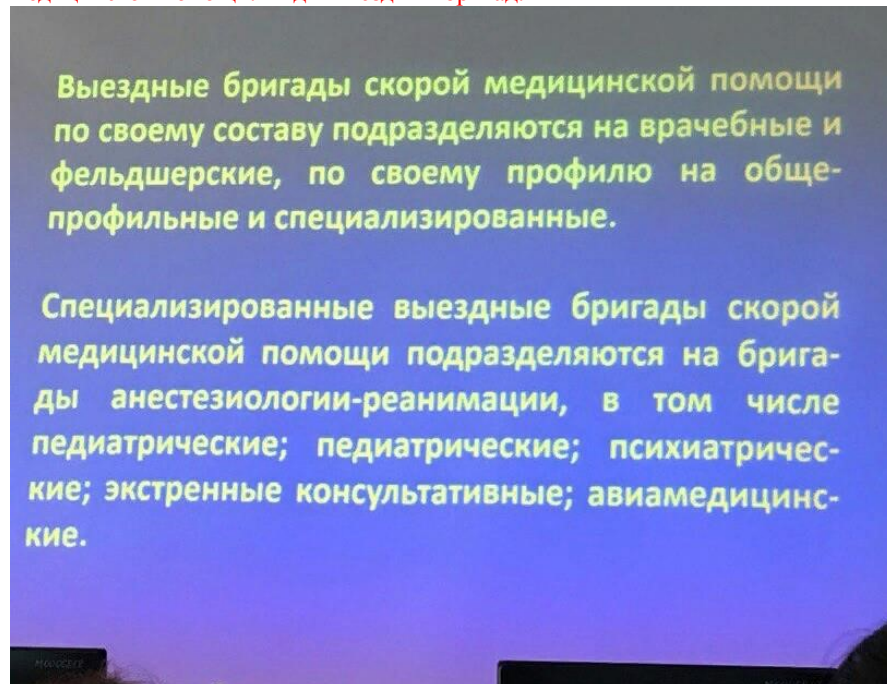
Показатели удельного веса успешных реанимаций и удельного веса летальных исходов дополняют друг друга, характеризуют качество работы бригад СМП и оснащенность их необходимыми материальными ресурсами.

$$\text{Удельный вес успешных реанимаций} = \frac{\text{Число успешных реанимаций, выполненных бригадами СМП}}{\text{Общее число реанимаций, выполненных бригадами СМП}} \times 100.$$

$$\text{Удельный вес летальных исходов} = \frac{\text{Число летальных исходов в присутствии бригады СМП}}{\text{Общее число вызовов СМП}} \times 100.$$

Рекомендуемые показатели составляют соответственно не менее 10% и не более 0,05%.

27. Станция скорой медицинской помощи. Определение, структура, уровни оказания скорой медицинской помощи. Виды выездных бригад.



**Задачей фельдшерской общепрофильной выездной бригады является оказание пациенту максимально возможного объема медицинской помощи собственными силами и средствами на месте и быстрая его доставка до учреждения здравоохранения.**

*Как правило, такие бригады работают в зоне обслуживания центральных районных больниц, то есть в небольших населенных пунктах, там, где нет возможности организовать дежурство врачебных бригад.*

**Задачей врачебной общепрофильной выездной бригады является оказание пациенту максимально возможного объема медицинской помощи собственными силами и средствами на месте при несложных случаях (повышенное артериальное давление, нетяжелые травмы, нетяжелые ожоги, боли в животе и т.п.) и, если необходимо, быстрая его доставка до учреждения здравоохранения.**



Специализированная выездная бригада или выездная экстренная консультативная бригада вызывается (при их наличии на территории обслуживания) в случаях, когда состояние пациента требует использования специальных методов и сложных медицинских технологий. До ее прибытия фельдшерская или врачебная бригада общего профиля выполняет на месте максимально возможный объем медицинской помощи собственными силами и средствами.

Специализированная выездная **бригада анестезиологии-реанимации**, в том числе педиатрическая, включает врача-анестезиолога-реаниматолога и двух медицинских сестер-анестезистов и водителя. Специализированная **психиатрическая выездная бригада** включает врача-психиатра, фельдшера скорой медицинской помощи, санитаря и водителя, либо врача-психиатра, медицинскую сестру (медицинского брата), санитаря и водителя. Специализированная **педиатрическая выездная бригада** включает либо врача-педиатра, фельдшера скорой медицинской помощи и водителя, либо врача-педиатра, медицинскую сестру (медицинского брата) и водителя. Выездная **экстренная консультативная бригада** включает врача-специалиста отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи медицинской организации, фельдшера скорой медицинской помощи или медицинскую сестру (медицинского брата) и водителя.

**Авиамедицинская выездная бригада вызывается (при их наличии на территории обслуживания) в случаях, когда состояние пациента требует использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а оказать требуемую пациенту медицинскую помощь силами обслуживающего данную территорию учреждения здравоохранения не представляется возможным. Авиамедицинская выездная бригада включает не менее одного врача скорой медицинской помощи или врача анестезиолога-реаниматолога, фельдшера скорой медицинской помощи и (или) медицинскую сестру-анестезиста. При необходимости в состав бригады могут включаться иные врачи-специалисты.**

1) первый уровень - оказание преимущественно первичной медико-санитарной, в том числе первичной специализированной медицинской помощи, а также специализированной медицинской помощи и скорой медицинской помощи (в центральных районных больницах, городских, районных, участковых больницах, городских поликлиниках, станциях скорой медицинской помощи).

Медицинские организации первого уровня преимущественно осуществляют комплекс мероприятий, включающий первичную профилактику, раннюю, наиболее распространенную и минимально затратную диагностику, лечение заболеваний и состояний без использования сложных и ресурсоемких методов, медицинскую реабилитацию, паллиативную помощь, наблюдение за течением беременности, формирование здорового образа жизни и санитарногигиеническое просвещение населения.

2) второй уровень - оказание преимущественно специализированной (за исключением высокотехнологичной), медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своей структуре специализированные межмуниципальные (межрайонные) отделения и (или) центры, а также в диспансерах, многопрофильных и специализированных больницах.

Медицинские организации второго уровня преимущественно осуществляют комплекс мероприятий, включающий специальную диагностику и лечение заболеваний и состояний с использованием распространенных и отдельных сложных ресурсоемких, но не относящихся к высокотехнологичным видам, методик, а также медицинскую реабилитацию.

3) третий уровень - оказание преимущественно специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в условиях стационара и дневного стационара при стационаре.

Медицинские организации третьего уровня применяют для диагностики и лечения уникальные сложные и ресурсоемкие методы с научно доказанной эффективностью, относящиеся к высокотехнологичным видам медицинской помощи.

**28. Трудоспособность. Критерии трудоспособности. Задачи экспертизы временной нетрудоспособности. Врачебная комиссия, её функциональные задачи. см методу**

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

Врач на основании данных всестороннего медицинского освидетельствования должен установить наличие или отсутствие заболевания у конкретного человека.

Медицинские критерии трудоспособности включают своевременно поставленный полный клинический диагноз с учетом выраженности морфологических изменений, тяжести и характера течения заболевания, наличия декомпенсации и ее стадии, осложнений, определение клинического ближайшего и отдаленного прогноза. Таким образом, медицинский критерий трудоспособности – это наличие у пациента заболевания, его осложнений, клинический прогноз.

Социальный критерий трудоспособности определяет трудовой прогноз при конкретном заболевании, конкретной должности пациента и условиях его труда. Социальные критерии отражают все, что связано с профессиональной деятельностью больного: характеристику преобладающего напряжения

(физического или нервно-психического), организацию, периодичность и ритм работы, нагрузку на отдельные органы и системы, наличие неблагоприятных условий труда и профессиональных вредностей. Медицинский и социальный критерии должны быть всегда четко определены и отражены в медицинской документации.

Цель экспертизы временной нетрудоспособности - определить способность работника осуществлять трудовую деятельность, необходимость и сроки временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, а также принятие решения о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу.

Задачи экспертизы временной нетрудоспособности:

- оценка состояния здоровья пациента
  - оценка качества и эффективности проводимого обследования и лечения
  - оценка возможности осуществлять профессиональную деятельность - определение степени и сроков временной утраты трудоспособности
- Врачебная комиссия осуществляет следующие функции:
1. принятие решений по вопросам профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения граждан в наиболее сложных и конфликтных ситуациях, требующих комиссионного рассмотрения
  2. определение трудоспособности граждан
  3. продление листков нетрудоспособности в случаях, установленных законодательством Российской Федерации
  4. принятие решения по вопросу о направлении пациента на медико-социальную экспертизу в соответствии с законодательством Российской Федерации
  5. проведение экспертизы профессиональной пригодности некоторых категорий работников
  6. оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов
  7. оценка соблюдения в медицинской организации установленного порядка ведения медицинской документации
  8. разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов
  9. изучение каждого случая смерти пациента в целях выявления причины смерти, а также выработки мероприятий по устранению нарушений в деятельности медицинской организации и медицинских работников в случае, если такие нарушения привели к смерти пациента
  10. принятие решения по вопросам назначения и коррекции лечения в целях учета данных пациентов при обеспечении лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации
  11. принятие решения о назначении лекарственных препаратов в случаях и в порядке, которые установлены нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, устанавливающими порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, а также лекарственных препаратов, обеспечение которыми осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг
  12. проведение отбора пациентов, формирование и направление комплекта документов в Комиссию органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, путем применения специализированной информационной системы, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 декабря 2011 г. N 1689н
  13. вынесение медицинского заключения о наличии (отсутствии) медицинских показаний и медицинских противопоказаний для медицинской реабилитации и санаторнокурортного лечения граждан в случаях, предусмотренных нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, устанавливающими порядок направления граждан на медицинскую реабилитацию и санаторно-курортное лечение;
  14. выдача заключения о нуждаемости ветерана в обеспечении протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями в соответствии с Правилами обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезноортопедическими изделиями, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 7 апреля 2008 г. N
  15. осуществление медицинского освидетельствования подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, в отношении которых избрана мера пресечения в виде заключения под стражу, на



предмет наличия у них тяжелого заболевания, включенного в перечень тяжелых заболеваний, препятствующих содержанию под стражей подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 14 января 2011 г. N 3

16. проведение обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда

17. выдача справки об отсутствии медицинских противопоказаний для работы с использованием сведений, составляющих государственную тайну

18. вынесение медицинского заключения о том, что при изъятии органов и тканей для трансплантации (пересадки) у живого донора его здоровью не будет причинен значительный вред

19. анализ заболеваемости, в том числе матерей и новорожденных, внутрибольничными инфекциями, разработка и реализация мероприятий по профилактике заболеваемости внутрибольничными инфекциями

20. организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (по решению руководителя медицинской организации)

21. взаимодействие в работе по вопросам, относящимся к компетенции врачебной комиссии, с территориальными фондами обязательного медицинского страхования, региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации, территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, со страховыми медицинскими организациями, иными органами и организациями

22. рассмотрение обращений (жалоб) по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи граждан в медицинской организации

23. иные функции, предусмотренные федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, федеральных органов исполнительной власти и органов государственной власти субъектов Российской Федерации.

**29. Экспертиза временной нетрудоспособности. Порядок выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность. Листок нетрудоспособности, его значение. см методу**

Экспертиза временной нетрудоспособности — это вид медицинской экспертизы, основной целью которой является оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, возможности осуществлять профессиональную деятельность, а также определение степени и сроков временной утраты трудоспособности. ЭВН граждан в связи с заболеванием, травмой и в других случаях производится в порядке, установленном законодательством РФ.

#### **ПОРЯДОК ВЫДАЧИ ДОКУМЕНТОВ, УДОСТОВЕРЯЮЩИХ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ**

Листок нетрудоспособности - документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность граждан и подтверждающий их временное освобождение от работы.

Бланки листов нетрудоспособности - документы строгой отчетности. Бланк листа нетрудоспособности - защищенная полиграфическая продукция со степенью защиты уровня «В».

Листок нетрудоспособности выдается при заболеваниях, травмах и отравлениях и иных состояниях, связанных с временной потерей трудоспособности, на период долечивания в санаторно-курортных учреждениях, при необходимости ухода за больным членом семьи, на период карантина, на время протезирования в условиях стационара, на период отпуска по беременности и родам, при усыновлении ребенка.

Существуют два способа выдачи листов нетрудоспособности - централизованный и децентрализованный. Централизованный способ чаще используется в крупных поликлиниках, где листки нетрудоспособности оформляются в регистратуре или в специализированных кабинетах централизованной выдачи больничных листов. При децентрализованном способе листок нетрудоспособности оформляет и выдает сам лечащий врач.

Листок нетрудоспособности выполняет следующие функции:

- юридическую (освобождение от работы в случае временной нетрудоспособности)
- финансовую (начисление пособия по временной нетрудоспособности)
- медицинскую (определяет причину временной нетрудоспособности и предписывает определенный вид лечебно-охранительного режима)
- статистическую (является первичным медицинским документом для анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности).

Листок нетрудоспособности выдается застрахованным лицам, являющимся гражданами РФ, а также

постоянно или временно проживающим на ее территории иностранным гражданам и лицам без гражданства:

- работающим по трудовым договорам
- государственным гражданским (муниципальным) служащим
- адвокатам, индивидуальным предпринимателям, в том числе членам крестьянских (фермерских) хозяйств, физическим лицам, не признаваемыми индивидуальными предпринимателями, членам родовых, семейных общин малочисленных народов Севера, добровольно вступившим в отношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и осуществляющим за себя уплату страховых взносов в Фонд социального страхования РФ
- иным категориям лиц, которые подлежат обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в соответствии с иными федеральными законами, при условии уплаты ими или за них налогов и/или страховых взносов в Фонд социального страхования РФ
- лицам, у которых заболевание или травма наступили в течение 30 календарных дней со дня прекращения работы по трудовому договору, осуществления служебной или иной деятельности либо в период со дня заключения трудового договора до дня его аннулирования;
- женщинам, уволенным в связи с ликвидацией организаций и в связи с прекращением деятельности в качестве индивидуального предпринимателя, у которых беременность наступила в течение 12 мес до признания их в установленном порядке безработными;
- гражданам, признанным безработными и состоящим на учете в территориальных органах Федеральной службы по труду и занятости, в случае заболевания, травмы, беременности и родов.

Листок нетрудоспособности выдают следующие медицинские работники:

- лечащие врачи государственных, муниципальных и частных медицинских организаций, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности
- фельдшера и зубные врачи медицинских организаций в отдельных случаях по решению органа управления здравоохранением субъекта РФ, согласованному с региональным отделением Фонда социального страхования РФ
- врачи, занимающиеся частной медицинской практикой, имеющие лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности
- лечащие врачи специализированных (противотуберкулезных) санаториев при наличии лицензии на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности
- лечащие врачи клиник научно-исследовательских учреждений (институтов), в том числе протезирования или протезостроения по согласованию с МЗиСЗ РФ.

Не выдают листки нетрудоспособности медицинские работники следующих учреждений здравоохранения:

- учреждений скорой медицинской помощи
- учреждений переливания крови
- приемных отделений больничных учреждений
- врачебно-физкультурных диспансеров
- бальнеологических лечебниц и грязелечебниц
- учреждений здравоохранения особого типа (центров медицинской профилактики, медицины катастроф, бюро судебно-медицинской экспертизы)
- учреждений здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Выдача листков нетрудоспособности осуществляется при предъявлении паспорта или документа, его заменяющего. В случае, если гражданин работает у нескольких работодателей, выдается несколько листков нетрудоспособности по каждому месту работы. Выдачу и продление листка нетрудоспособности осуществляет медицинский работник после осмотра гражданина и записи данных о состоянии его здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения от работы. Листок нетрудоспособности выдается и закрывается, как правило, в одной медицинской организации.

При направлении гражданина на лечение в другую организацию листок нетрудоспособности может быть продлен и закрыт медицинской организацией, в которой продолжалось наблюдение гражданина. Гражданам, находящимся вне места регистрации по месту жительства (по месту пребывания, временного проживания), листок нетрудоспособности выдается (продлевается) с разрешения главного врача медицинской организации либо его заместителя с соответствующей записью в медицинской карте



амбулаторного (стационарного) больного и листке нетрудоспособности. При продолжении временной нетрудоспособности листок нетрудоспособности выдается с учетом дней, необходимых для проезда к месту регистрации по месту жительства (по месту пребывания, временного проживания).

Контроль за соблюдением порядка выдачи листков нетрудоспособности медицинскими работниками осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития совместно с Фондом социального страхования РФ.

### **30. Стойкая нетрудоспособность. Медико-социальная экспертиза стойкой нетрудоспособности.**

Стойкая нетрудоспособность - длительная либо постоянная потеря трудоспособности или значительное ограничение трудоспособности, вызванное хроническим заболеванием (травма, анатомический дефект), приведшим к выраженному нарушению функций организма. В зависимости от степени стойкой нетрудоспособности устанавливается инвалидность путем проведения МСЭ.

МСЭ проводится специалистами бюро путем обследования гражданина, изучения представленных им документов, анализа социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических и других данных гражданина. Решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом принимается простым большинством голосов специалистов, проводивших МСЭ, на основе обсуждения результатов его МСЭ. Решение объявляется гражданину, проходившему МСЭ, в присутствии всех специалистов, проводивших МСЭ, которые в случае необходимости дают по нему разъяснения. По результатам МСЭ гражданина составляется акт. В случаях, требующих специальных видов обследования гражданина в целях установления степени ограничения жизнедеятельности (в том числе степени ограничения способности к трудовой деятельности), реабилитационного потенциала, а также получения иных дополнительных сведений, может составляться программа дополнительного обследования, которая утверждается руководителем соответствующего бюро. Указанная программа доводится до сведения гражданина, проходящего МСЭ, в доступной для него форме.

После получения данных, предусмотренных программой дополнительного обследования, специалисты соответствующего бюро принимают решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом. В случае отказа гражданина от дополнительного обследования такое решение принимается специалистами на основании имеющихся данных, о чем делается соответствующая запись в акте МСЭ гражданина.

Выписка из акта МСЭ гражданина, признанного инвалидом, направляется в орган, осуществляющий его пенсионное обеспечение, в трехдневный срок со дня принятия решения о признании его инвалидом.

Гражданину, признанному инвалидом, выдаются справка, подтверждающая факт установления инвалидности, с указанием группы инвалидности и степени ограничения (или без ограничения) способности к трудовой деятельности, а также индивидуальная программа реабилитации.

Гражданину, не признанному инвалидом, по его желанию выдается справка о результатах МСЭ.

Гражданин может обжаловать решение бюро, подав письменное заявление в вышестоящие инстанции: в Главное бюро или Федеральное бюро МСЭ. Также решения, принятые в бюро МСЭ (трех инстанций), гражданин может обжаловать в суде в установленном законодательством РФ порядке.