БИЛЕТ № 1

 1.Охрана здоровья граждан. Принципы охраны здоровья граждан.

В соответствие с Главой 2, статьей 4 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ» принципами охраны здоровья населения
являются:

1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;

2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;

3) приоритет охраны здоровья детей;

4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;

6) доступность и качество медицинской помощи;

7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;

8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;

9) соблюдение врачебной тайны

**2. Основные принципы работы поликлиники.**

1) В основу деятельности поликлиники положен **территориально-участковый принцип**, т.е. оказание медицинской помощи населению, проживающему на закрепленной территории.

2) Первостепенное место, в повышении качества поликлинической помощи занимает продуманная **научно обоснованная система управления**. Научно обоснованное управление всегда должно начинаться со сбора информации и составления текущих и перспективных планов, которые должны быть в основе всего управления. Постоянное изучение потребности населения во внебольничном обслуживании является важным моментом в развитии амбулаторно-поликлинической помощи.

3) **Доступность.**

4) **Преемственность и этапность.**Размещение поликлиник в крупных городах должно быть основано на **принципе ступенчатости с учетом медико-санитарного зонирования территории города**. Рекомендуются **три основных уровня**: ***общегородской*** - для оказания узкоспециализированной медицинской помощи населению всего города в поликлинических учреждениях городского значения (консультативные поликлиники медицинских вузов, научно-исследовательские институты, городские диспансеры); ***в крупных городах уровень медико-санитарных зон*** — для оказания специализированной помощи населению нескольких административных районов (консультативные поликлиники при многопрофильных больницах); ***районный уровень*** - для оказания медицинской помощи по основным медицинским специальностям населению одного административного района. На этом уровне должно быть два типа поликлиник: в одном микрорайоне - поликлиника, оказывающая медицинскую помощь по основным специальностям (терапии, хирургии, неврологии, офтальмологии, оториноларингологии, кардиологии, ревматологии), в другом - базовая поликлиника, где помимо приема по основным специальностям организуются прием и консультации больных по некоторым «узким» специальностям, не представленным в обычных поликлиниках.

В составе таких поликлиник организуются специализированные диагностические отделения или кабинеты (электрофизиологические, радиоизотопные, фиброгастроскопии, биохимический); отделения, кабинеты восстановительного лечения.

**5) Профилактическая направленность –** поликлиника проводит большую профилактическую работу, противоэпидемические мероприятия, санитарно-просветительную работу среди населения обслуживаемого района и изучает здоровье прикрепленного контингента населения, выявляет раннюю заболеваемость.

**6) Диспансерный принцип или метод** заключается в постановке лиц с хроническими заболеваниями на учет с целью наблюдения, обследования и лечения для профилактики осложнений или летального исхода заболевания.

**7) Принцип планирования объемов медицинской помощи.**

БИЛЕТ № 2

1. Медицинская экспертиза и медицинское освидетельствование.

Глава 7, статьи 58-65 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ» определили основные положения медицинской экспертизы и медицинского освидетельствования.

Медицинской экспертизой является проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина (статья 58)

В Российской Федерации проводятся следующие виды медицинских экспертиз:

***1) Экспертиза временной нетрудоспособности***граждан в связи с заболеваниями, травмами, отравлениями и иными состояниями, связанными с временной потерей трудоспособности, долечиванием в санаторно-курортных организациях, при необходимости ухода за больным членом семьи, в связи с карантином, на время протезирования в стационарных условиях, в связи с беременностью и родами, при усыновлении ребенка проводится в целях определения способности работника осуществлять трудовую деятельность, необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, а также принятия решения о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу. Экспертиза временной нетрудоспособности проводится ***лечащим врачом***, который ***единолично*** выдает гражданам листки нетрудоспособности сроком ***до пятнадцати календарных дней*** включительно, а ***в случаях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, - фельдшером либо зубным врачом***, которые единолично выдают листок нетрудоспособности на срок ***до десяти календарных дней*** включительно (статья 59).

***2)Медико-социальная экспертиза***проводится в целях ***определения потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы*** на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных ***стойким расстройством функций организма***. Медико-социальная экспертиза проводится в соответствии с законодательством Российской Федерации о социальной защите инвалидов (статья 60).

***3) Военно-врачебная экспертиза***проводится в целях:

- *определения годности к военной службе* (приравненной к ней службе), обучению (службе) по конкретным военно-учетным специальностям (специальностям в соответствии с занимаемой должностью);

- *установления причинной связи увечий* (ранений, травм, контузий), заболеваний у военнослужащих (приравненных к ним лиц, граждан, призванных на военные сборы) и граждан, уволенных с военной службы (приравненной к ней службы, военных сборов), с прохождением военной службы (приравненной к ней службы);

- *решения других вопросов*, предусмотренных законодательством Российской Федерации (статья 61).

***4) Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы***проводятся в целях *установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу, в медицинских организациях экспертами в соответствии с законодательством Российской Федерации о государственной судебно-экспертной деятельности*. Порядок проведения судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз и порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (статья 62).

***5) экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией*** проводится врачебной комиссией медицинской организации с привлечением врачей-специалистовпо результатам предварительных медицинских осмотров и периодических медицинских осмотров *в целях определения соответствия состояния здоровья работника возможности выполнения им отдельных видов работ*. По результатам экспертизы профессиональной пригодности врачебная комиссия выносит медицинское заключение о пригодности или непригодности работника к выполнению отдельных видов работ. Порядок проведения экспертизы профессиональной пригодности, форма медицинского заключения о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. *Экспертиза связи заболевания с профессией проводится в целях установления причинно-следственной связи заболевания с профессиональной деятельностью.* Экспертиза связи заболевания с профессией проводится специализированной медицинской организацией или специализированным структурным подразделением медицинской организации в области профессиональной патологии при выявлении профессионального заболевания. По результатам экспертизы связи заболевания с профессией выносится медицинское заключение о наличии или об отсутствии профессионального заболевания (статья 63).

***6) Экспертиза качества медицинской помощи****проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.****Критерииоценки качества*** медицинской помощи ***формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.*** Экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, проводится в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании. Экспертиза качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании, осуществляется в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (статья 64).

Граждане имеют право на проведение независимой медицинской экспертизы в порядке и в случаях, которые установлены положением о независимой медицинской экспертизе, утверждаемым Правительством Российской Федерации.

**Медицинское освидетельствование**лица представляет собой *совокупность методов медицинского осмотра и медицинских исследований, направленных на подтверждение такого состояния здоровья человека, которое влечет за собой наступление юридически значимых последствий.*Видами медицинского освидетельствования являются:

***1) освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического);***

***2) психиатрическое освидетельствование;***

***3) освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством;***

***4) освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием;***

***5) иные виды медицинского освидетельствования, установленные законодательством Российской Федерации.***

2.Уровни управления в лечебно-профилактических учреждениях

Управление возникает тогда, когда происходит объединение людей для совместного выполнения какой-либо деятельности, т.е. формируется система.

В управленческой деятельности различают:

- субъект управления – это тот или те, кто управляют (руководители);

- объект управления – это те, кем (чем) управляют (трудовые ресурсы (кадры), финансовые, материально-технические, информационные ресурсы).

Субьект управления в ЛПУ имеет 3 уровня управления:

1) Стратегический (главный врач) выполняет задачи:

- разработка новых целей с учетом возможности ЛПУ;

- обеспечение достижения поставленных целей в запланированных объемах и в определенный срок;

- совершенствование деятельности ЛПУ.

2) Тактический(заместители главного врача, главная мед.сестра) выполняют задачи:

- оптимальное распределение ресурсов;

- определяют цели и методы организации для подразделений;

- контроль достижения результатов.

3) Оперативный (заведующие отделений, старшие мед.сестры) выполняют задачи:

- оптимальное использование имеющихся ресурсов;

- обеспечение эффективного выполнения производственных процессов в подразделениях;

- контроль.

БИЛЕТ № 3

1. Экспертиза временной нетрудоспособности.

Экспертиза временной нетрудоспособности граждан в связи с заболеваниями, травмами, отравлениями и иными состояниями, связанными с временной потерей трудоспособности, долечиванием в санаторно-курортных организациях, при необходимости ухода за больным членом семьи, в связи с карантином, на время протезирования в стационарных условиях, в связи с беременностью и родами, при усыновлении ребенка проводится в целях определения способности работника осуществлять трудовую деятельность, необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, а также принятия решения о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу.

Экспертиза временной нетрудоспособности проводится лечащим врачом, который единолично выдает гражданам листки нетрудоспособности сроком до пятнадцати календарных дней включительно, а в случаях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, - фельдшером либо зубным врачом, которые единолично выдают листок нетрудоспособности на срок до десяти календарных дней включительно (статья 59 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

2. Структура системы ОМС.

БИЛЕТ № 4

1. Медико-социальная экспертиза.

***Медико-социальная экспертиза*** проводится в целях ***определения потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы*** на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных ***стойким расстройством функций организма***. Медико-социальная экспертиза проводится в соответствии с законодательством Российской Федерации о социальной защите инвалидов (статья 60Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

**2. Группы показателей, характеризующие состояние здоровья населения.**

БИЛЕТ № 5

1. Социальная защита инвалидов.

На основании Федерального закона №181-ФЗ от 24 ноября 1995 года **«**О социальной защите инвалидов в Российской Федерации**»** определена государственная политика в области социальной защиты инвалидов в Российской Федерации, целью которой является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, а также в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации.

**В главе 1** этого закона перечислены **общие положения, даётся определение понятия «инвалид», рассматриваются основания, по которым определяются группы инвалидности**. Согласно закону, в зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности ***лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лица в возрасте до 18 лет относятся к категории «ребёнка-инвалида».***

***Признание человека***инвалидом осуществляется ***Государственной службой медико- социальной экспертизы.*** Порядок и условия этого устанавливаются Правительством Российской Федерации.

***Социальную защиту инвалидов*** этот закон трактует как ***систему гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих данным людям условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.***

Кроме того, в части I закона регулируются и вопросы соответствия федеральных и международных документов, устанавливается компетенция органов государственной власти в области социальной защиты инвалидов.

**Глава 2** закона посвящена **понятию и механизмам медико-социальной экспертизы.** Последняя осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма ***на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических*** данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, которые разрабатываются и утверждаются в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации. Перечисляется перечень функций, возлагаемых на Государственную службу медико-социальной экспертизы.

**В главе 3** рассматриваемого закона речь идёт **о реабилитации инвалидов**, которая определяется как ***система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или, возможно, более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.Цель реабилитации*** – восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация. В этой главе закона расшифровывается также и содержание процесса реабилитации.

Согласно закону, последняя подразумевает:

***медицинскую реабилитацию*:** восстановительную терапию, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование;

***профессиональную реабилитацию*:** профессиональную ориентацию, профессиональное образование, профессионально-производственную адаптацию и трудоустройство;

***социальную реабилитацию*:** социально-средовую ориентацию и социально-бытовую адаптацию.

***Статья 10*** закона регулирует гарантированный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств и услуг, предоставляемых инвалиду бесплатно за счёт средств федерального бюджета.

Данным законом предусматривается разработка ***индивидуальных программ реабилитации инвалида***, которые представляют собой комплекс оптимальных для него реабилитационных мероприятий, включающий отдельные виды, формы, объёмы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер. Последние направлены на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определённых видов деятельности.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида, в соответствии с этим законом, обязательна для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Деятельность по реабилитации инвалидов координирует Министерство здравоохранения и социального развития РФ.

Реабилитационными признаются учреждения, которые осуществляют соответствующий процесс в соответствии с программами реабилитации инвалидов. Федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации должны с учётом региональных и территориальных потребностей создавать сеть реабилитационных учреждений, в том числе и негосударственных, и содействовать развитию системы медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов, организовывать производство её технических средств.

**Глава 4** закона посвящена **вопросам обеспечения жизнедеятельности инвалидов**. В ней описываются ***государственные и общественные ресурсы*** такой помощи. Прежде всего – ***медицинской: оказание квалифицированного медицинского обслуживания инвалидов, включая обеспечение лекарствами.***

Этого рода реабилитация инвалидов проводится в ***рамках федеральной базовой программы обязательного медицинского страхования*** населения Российской Федерации за счёт средств соответствующих федерального и территориальных фондов. На практике же эта прописанная в законе статья изменяется: например, списки выдаваемых бесплатно лекарств повсеместно сокращаются.

Законом регулируются вопросы обеспечения беспрепятственного доступа инвалидов к информации (***статья 14***). В этих целях принимаются меры по укреплению материально-технической базы редакций, издательств и предприятий полиграфии, которые выпускают специальную литературу для инвалидов, а также редакций, программ, студий, предприятий, учреждений и организаций, производящих грамзаписи, аудиозаписи и иную звуковую продукцию, кино- и видеофильмы и другую видеопродукцию для инвалидов. Язык жестов признаётся как средство межличностного общения. Вводится система субтитрирования или сурдоперевода телевизионных программ, кино- и видеофильмов. Следует отметить, что доля таких передач и кинофильмов невелика, даже информационные программы редко сопровождаются сурдопереводом.

***Статья 15*** рассматривает проблему ***обеспечения беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры.*** Согласно закону, федеральное правительство, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и местного самоуправления, организации вне зависимости от организационно-правовых форм и форм собственности должны создавать условия инвалидам (включая тех, кто использует кресла-коляски и собак-проводников) для свободного доступа к объектам социальной инфраструктуры. Планировка и застройка городов, других населённых пунктов, формирование жилых и рекреационных зон, а также разработка и производство транспортных средств общего пользования, средств связи и информации без приспособления указанных объектов для доступа к ним инвалидов и использования их теми не допускаются. Предприятия, учреждения и организации, осуществляющие транспортное обслуживание населения, должны обеспечивать оборудование вокзалов, аэропортов, транспортных средств специальными приспособлениями, позволяющими инвалидам беспрепятственно передвигаться. Приведен перечень объектов инфраструктуры и порядок регуляции доступа к ним.

***Статья 17*** закона описывает ***порядок обеспечения инвалидов жилой площадью***. Инвалиды и семьи, в которых проживают дети-инвалиды, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, ставятся на учёт и обеспечиваются жилыми помещениями согласно льготам, предусмотренным законодательством Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. Инвалиды имеют право на дополнительную жилую площадь в виде отдельной комнаты в соответствии с перечнем заболеваний, утверждаемым правительством Российской Федерации. В данном разделе закона уделено внимание вопросам оборудования жилых помещений для инвалидов. Однако сервисная сеть, которая занялась бы вопросами адаптации жилья в соответствии с потребностями инвалидов, до сих пор отсутствует. Создание удобного жилого фонда остаётся личным делом самого инвалида или членов его семьи.

***Вопросы доступности образования, воспитания и обучения детей-инвалидов представлены в статьях 18 и 19*** рассматриваемого закона. Там декларируется гарантированность образования, создание государством необходимых условий для получения образования и профессиональной подготовки инвалидов. Для тех из них, кто нуждается в специальных условиях при получении профессионального образования, согласно закону, должны создаваться специальные, профессиональные образовательные учреждения различных типов и видов или соответствующие условия в профессиональных образовательных учреждениях общего типа.

***Статья 20*** настоящего закона регулирует ***обеспечение занятости инвалидов***. Им федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации предоставляются гарантии трудовой занятости благодаря проведению специальных мероприятий, способствующих повышению их конкурентоспособности на рынке труда, и мерам, стимулирующим работодателей предоставлять рабочие места инвалидам.

Законодательно регулируется также и ***создание специальных рабочих мест*** для данной категории людей (***статья 22***). Это предполагает осуществление дополнительных мер по организации труда, в том числе по адаптации основного и вспомогательного оборудования, технического и организационного оснащения, дополнительного оснащения и обеспечения техническими приспособлениями с учётом индивидуальных возможностей инвалидов.

В соответствии со ***статьёй 23*** инвалиду, ***занятому в организациях независимо от организационно-правовых форм и форм собственности,должны создаваться необходимые условия труда согласно индивидуальной программе его реабилитации***. ***Работодатели несут ответственность*** (***статья 24***) ***в обеспечении занятости инвалидов.***

Законом регулируется ***материальное обеспечение инвалидов*** (***статья 27***). Рассмотрены также вопросы их ***социально-бытового обслуживания, условия пребывания в стационарном учреждении социального обслуживания***.

В ***статье 30*** учтены ***аспекты транспортного обслуживания инвалидов, льготы по проезду в общественном транспорте***. ***Граждане и должностные лица, виновные в нарушении прав и свобод инвалидов, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации (статья 32***)

**Глава 5** настоящего закона посвящена **общественным объединениям инвалидов**. Она регулирует ***право на создание таких объединений*** (***статья 33***), ***налоговые и иные льготы на отчисления в бюджеты всех уровней*** (***статья 34***). Согласно ***статье 36***, Президенту и Правительству Российской Федерации необходимо ***привести свои нормативные правовые акты в соответствие с настоящим федеральным законом***.

Таким образом, фундаментом социальной политики, касающейся инвалидов, становится ***реабилитация, восстановление и активизация их способностей к независимой жизни.***

2. Особенности медицинских услуг как товара.

В современной экономической литературе нет единого мнения по поводу определения «медицинская услуга» как общественного блага и как товара. Это связано с тем, что в течение длительного времени медицинские услуги оказывались населению государственными лечебными учреждениями, и в сфере здравоохранения лишь недавно возникла возможность расширения спектра платных медицинских услуг. Это было связано с тем, что здравоохранение как составная часть социальной сферы лишь относительно недавно получило возможность осуществлять коммерциализацию своей деятельности.

Медицинская помощь традиционно в российской экономической литературе рассматривается как процесс безвозмездного оказания услуг населению. Об этом свидетельствуют и правовые законодательные акты, в которых медицинская услуга трактуется как медицинская помощь. Однако, в связи с принятием в Марракеше Генерального соглашения по торговле услугами медицинская помощь рассматривается как медицинская услуга.

Отнесение медицинской услуги к сфере услуг связано с тем, что она в отдельных случаях имеет товарный характер, т.е. осуществляется на платной основе, что в полной мере соответствует пониманию услуги с позиций международных организаций.

Услуга – любое мероприятие или выгода, которую одна сторона может передать другой и, которая, в основном неосязаема и не приводит к завладению чем-либо. Производство услуг может быть, а может не быть связано с товаром в его материальном виде.Однако экономическая полезность делает услугу предметом торговли.

По мнению Ф. Котлера целесообразно осуществление разделения благ на товары и услуги, исходя из признака вещественности.Товар – это продукт, который находится в вещественной форме. В здравоохранении товарами называются блага, являющиеся условием оказания медицинской услуги. К ним относятся лекарственные препараты, изделия медицинской техники. Они могут накапливаться, храниться длительное время, предоставляться потребителям независимо от места и времени их создания. Обычно такой товар бывает лишь приложением к медицинской деятельности. Услуга – это действие. В отличие от товаров, услуги не обладают свойством накапливаемости, сохранности в течение длительного отрезка времени. Процесс их производства и потребления, как правило, совпадает во времени и пространстве.

**Большинство медицинских услуг имеют свойство товара**, то есть ***могут покупаться и продаваться, иметь цену, их может приобретать пациент за счет личных средств, они могут оплачиваться страховой компанией или предприятием из фонда социального развития коллектива.***

***Экономическое благо, предназначенное для обмена, является товаром.***

Специфику ***услуги как товара*** можно охарактеризовать следующими свойствами:

1. **Общие:** неосязаемость (нематериальный характер) услуги до ее получения; неразрывность производства и потребления услуги; неоднородность или изменчивость качества; неспособность услуг к сохранению впрок (сиюминутность).

2. **Экономические:** себестоимость; рентабельность; эффективность; цена услуги; методика ценообразования.

3. **Медико-социальные:** своевременность; доступность; качество

БИЛЕТ № 6

1. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.

Дисциплинарная ответственность медицинских работников - ответственность работников по правилам внутреннего трудового распорядка, в порядке подчиненности. Основанием дисциплинарной ответственности является дисциплинарный проступок - виновное нарушение правил дисциплины и других обязанностей, возложенных на лицо в связи с его работой, учебой и иной трудовой (служебной) деятельностью в данной организации. Основаниями дисциплинарной ответственности также могут выступатьадминистративные правонарушения и аморальные поступки.

Мерами дисциплинарной ответственности выступают замечание, выговор, увольнение. На этот счет в ч.1 [ст.192 ТК РФ](http://docs.cntd.ru/document/901807664) записано: "За совершение дисциплинарного проступка, то есть неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей, работодатель имеет право применять следующие дисциплинарные взыскания: 1) замечание; 2) выговор; 3) увольнение по соответствующим основаниям".

К дисциплинарной ответственности работник может быть привлечен

за совершение дисциплинарного проступка при наличии следующих условий:
- противоправное поведение работника:

- неисполнение или исполнение ненадлежащим образом возложенных на него трудовых обязанностей;

- наличие причинно-следственной связи между противоправным действием (бездействием) и возникшим ущербом (материальным и моральным);

- виновный характер действий работника, т.е. если они совершены умышленно или по неосторожности.

Противоправным является такое поведение (действие или бездействие) медицинского работника, которое нарушает ту или иную норму права, не соответствует законам или иным нормативно-правовым актам, в т.ч. определяющим служебные обязанности работника (должностные инструкции, приказы, договоры и пр.). Противоправное бездействие выражается в несовершении тех действий, которые работник медицинского учреждения обязан был совершить.

К неисполнению или ненадлежащему исполнению работником трудовых обязанностей без уважительных причин относится, в частности, нарушение требований законодательства, обязательств по трудовому договору, правил внутреннего трудового распорядка, должностных инструкций, положений, приказов руководителя, технических правил и т.п., нарушение трудовой дисциплины.

2. Медицинские и сервисные услуги в здравоохранении.

**Медицинская услуга** - это совокупность необходимых, достаточных, добросовестных, целесообразных профессиональных действий медицинского работника (исполнителя, производителя услуг), направленных на удовлетворение потребностей пациента (заказчика, потребителя услуг).

**Медицинская услуга** - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболевания, их диагностику, реабилитацию или социально-реабилитационные аспекты, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

**Услуги здравоохранения** - не обычный товар, производство и потребление которого определяются соотношением **платежеспособного спроса и предложения**. Это сознательное благо должно быть предоставлено человеку, во что бы то ни стало, независимо от того, богат он или беден, способен он его оплатить или нет: ведь если это благо не предоставляется, рано или поздно прекращается всякое производство, поскольку в современных условиях эпидемии и всяческие другие напасти способны уничтожить все человечество.

***Медицинская услуга начинает выступать как специфический товар, который обладает следующими отличительными свойствами:***

• **неосязаемость** (пациент, пришедший на прием к врачу, не может заранее знать результат посещения);

• **неотделимость от источника услуги** (медорганизация, медицинского работника);

• **непостоянство качества** (аналогичную медицинскую услугу врачи разной квалификации оказывают по-разному).

Выделяют несколько ***видов услуг***:

• ***простую*** медицинскую услугу, выполняемую по схеме «пациент - специалист»;

• ***сложную*** медицинскую услуг, когда в ее реализации участвует определенный состав персонала, требуется комплексное техническое и фармацевтическое оснащение, набор помещений и т.д. и состоит из сочетания двух и более простых, дополняющих друг друга в достижении поставленной цели, услуг;

• ***комплексную***медицинскую услугу, которая включает набор сложных и простых медицинских услуг и заканчивается либо постановкой диагноза, либо проведением определенного этапа лечения (пластическая хирургия).

***По функциональному назначению медицинские услуги*** могут быть:

•***диагностическими***;

• ***профилактическими*** (дополнительная вакцинация, физкультурно-оздоровительными);

• ***восстановительно-реабилитационными*** (связанными с социальной и медицинской реабилитацией больных);

• ***транспортными*** (перевозка больных);

• ***санитарно-гигиеническими*** (санитарно-просветительная работа, санитарно-эпидемиологический контроль и надзор).

**Платные услуги** можно также разделить***на медицинские и сервисные*.**

**Сервисные услуги:**

• ***Индивидуальный уход за больными в стационаре или на дому***;

• ***Лечебно-оздоровительные процедуры и лабораторно-диагностические исследования на дому***;

• ***Прокат населению некоторых медицинских принадлежностей***;

• ***Госпитализация по просьбе родственников***;

• ***Лечение на дому***;

• ***Предоставление пациентам отдельных палат, телевизоров, телефонов***

• **Индивидуальное приготовление блюд по желанию больных**.

**К медицинским услугам** относится ***весь спектр стационарных услуг, включая консультативную помощь, лечебную физкультуру, массаж, физио- и водолечение, диагностику и т.п.***

Медицинская услуга в медицинской организации выступает как результат деятельности, с одной стороны, и с другой стороны, как форма производственных отношений товарного производства и обращения. Поэтому создание и реализация услуги в медицинской организации подчинены общим экономическим законам и особенностям развития новой организационно-экономической системы в стране.

***В то же время медицинские услуги имеют отличительные особенности:***

• их полезный эффект предопределяется взаимодействием производителя (медицинский работник) с потребителем (пациент).

• конечный результат оказания медицинской услуги как изменение состояния здоровья человека может быть по времени значительно отдален от момента ее производства и имеет особые формы проявления.

• конечные результаты функционирования отрасли медицинских услуг непосредственно не поддаются стоимостной оценке.

БИЛЕТ № 7

1. Административная ответственность медицинских работников.

**Административная ответственность** — **вид ответственности, наступающий в соответствии с нормами Кодекса РФ об административных правонарушениях (КоАП РФ).**Административную ответственность не следует путать с дисциплинарной, налагаемой администрацией учреждения. При административной ответственности ***наказание налагается административными органами (судом, милицией, пожарной охраной, налоговыми органами, санитарно-эпидемиологической службой и т.д.)*** Административнаяответственность связана с правонарушениями, но менее общественно опасными, чем преступления, и в корне отличается от них.

***Меры административной ответственности*** (административные наказания) являются разновидностью мер ***административно-правового принуждения***, применяемых к лицу, совершающему ад­министративное правонарушение.

Меры административной ответственности имеют ряд***отличи­тельных признаков***:

- ***перечень мер административной ответственности установ­лен Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях*** (далее – КоАП) и ***является исчерпывающим***;

- ***назначенные и исполненные меры административной от­ветственности (административное наказание) влекут для право­нарушителя истечение срока погашения административной от­ветственности.*** Лицо считается подвергнутым административной ответственности ***в течение одного года*** со дня исполнения поста­новления о назначении административного наказания (ст. 4.6 КоАП);

- ***меры административной ответственности (административ­ные наказания) не применяются в момент совершения администра­тивного правонарушения. Они применяются всегда после соверше­ния административного правонарушения;***

- ***меры административной ответственности (административ­ные наказания) назначаются в том случае, когда административным правонарушением причинен необратимый (невосстановимый) вред. Меры административной ответственности призваны компенсиро­вать такой вред;***

- ***меры административной ответственности (административ­ные наказания) назначаются уполномоченным органом (должност­ным лицом), когда собраны, закреплены и исследованы доказатель­ства по делу об административном правонарушении, установлена вина правонарушителя.***

Перечисленные КоАП меры административной ответственности взаимосвязаны и образуют единую систему административных на­казаний. Они могут быть ***классифицированы по различным осно­ваниям***.

За совершение административных правонарушений могут устанавливаться и применяться следующие административные наказания:

- предупреждение;

- административный штраф;

- конфискация орудия совершения или предмета административного правонарушения;

- лишение специального права, предоставленного физическому лицу;

- административный арест;

- административное выдворение за пределы Российской Федерации иностранного гражданина или лица без гражданства;

- дисквалификация;

- административное приостановление деятельности;

- обязательные работы.

В отношении медицинских работников (организаций) применяются, как правило, предупреждение и административный штраф.

***Предупреждение*** (ст. 3.4 КоАП) является мерой административ­ного наказания, выраженной в официальном порицании физического или юридического лица. Предупреждение выносится в письменной форме.

***Административный штраф*** (ст. 3.5 КоАП) представляет собой де­нежное взыскание, налагаемое уполномоченным органом (должно­стным лицом) на физическое или юридическое лицо, совершившее административное правонарушение. Административный штраф призван оказать воздействие на ма­териальные интересы правонарушителя. Взыскиваемые с физических и юридических лиц суммы адми­нистративных штрафов подлежат зачислению в бюджет в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации. В здравоохранении чаще других имеют место административные правонарушения, посягающие на здоровье, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения и общественную нравственность, в частности:

Медицинским работникам важно обратить внимание на приведенные ниже статьи КоАП.

Статья 5.39. Отказ в предоставлении информации.

Статья 6.1. Сокрытие источника заражения ВИЧ-инфекцией, венерической болезнью и контактов, создающих опасность заражения.

Статья 6.2. Незаконное занятие частной медицинской практикой, частной фармацевтической деятельностью либо народной медициной (целительством).

Статья 6.3. Нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Статья 6.8. Незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов и незаконные приобретение, хранение, перевозка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества.

Статья 6.13. Пропаганда наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров, растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, и их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры.

Статья 6.16. Нарушение правил оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, хранения, учета, реализации, перевозки, приобретения, использования, ввоза, вывоза или уничтожения растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, и их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры.

Статья 8.2. Несоблюдение экологических и санитарно-эпидемиологи-ческих требований при обращении с отходами производства и потребления или иными опасными веществами.

Статья 8.5. Сокрытие или искажение экологической информации.

Статья 10.6. Нарушение правил карантина животных или других ветеринарно-санитарных правил.

Статья 13.11. Нарушение установленного законом порядка сбора, хранения, использования или распространения информации о гражданах (персональных данных)

Статья 13.12. Нарушение правил защиты информации.

Статья 13.14. Разглашение информации с ограниченным доступом.

Статья 13.17. Нарушение правил распространения обязательных сообщений.

Статья 13.19. Нарушение порядка представления статистической информации.

Статья 13.20. Нарушение правил хранения, комплектования, учета или использования архивных документов.

Статья 13.25. Нарушение требований законодательства о хранении документов.

Статья 14.3. Нарушение законодательства о рекламе.

Статья 14.4. Продажа товаров, выполнение работ либо оказание населению услуг ненадлежащего качества или с нарушением установленных законодательством Российской Федерации требований.

Статья 14.5. Продажа товаров, выполнение работ либо оказание услуг при отсутствии установленной информации либо неприменение в установленных федеральными законами случаях контрольно-кассовой техники.

Статья 14.7. Обман потребителей.

Статья 14.8. Нарушение иных прав потребителей.

Статья 14.18. Использование этилового спирта, произведенного из непищевого сырья, и спиртосодержащей непищевой продукции для приготовления алкогольной и спиртосодержащей пищевой продукции.

Статья 14.19. Нарушение установленного порядка учета этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции.

Статья 15.33.Нарушение установленных законодательством Российской Федерации об обязательном социальном страховании порядка и сроков представления документов и (или) иных сведений в органы государственных внебюджетных фондов.

Статья 15.34.Сокрытие страхового случая.

Статья 17.9. Заведомо ложные показание свидетеля, пояснение специалиста, заключение эксперта или заведомо неправильный перевод.

Статья 19.1. Самоуправство.

Статья 19.7. Непредставление сведений (информации).

Статья 19.20. Осуществление деятельности, не связанной с извлечением прибыли, без специального разрешения (лицензии).

Статья 19.23. Подделка документов, штампов, печатей или бланков, их использование, передача либо сбыт.

Статья 20.4. Нарушение требований пожарной безопасности.

2. Виды эффективности в здравоохранении.

Различают следующие **виды эффективности здравоохранения**:

***1. Медицинская эффективность*** — характеризуется степенью достижения ожидаемых результатов в профилактике, диагностике, лечении, диспансеризации, реабилитации больных.

*В отношении конкретного больного* – это выздоровление или улучшение состояния здоровья, восстановление утраченных функций отдельных систем и органов.

*На уровне учреждений или системы здравоохранения в целом* медицинская эффективность может оцениваться степенью изменения во времени, например, следующих показателей здоровья:

· показателей первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения,

· злокачественными новообразованиями,

· заболеваемости с временной утратой трудоспособности и др.

*Медицинская эффективность* лечения больных, страдающих социально значимыми заболеваниями, например, алкоголизмом и наркоманией, может характеризоваться показателями удельного веса больных алкоголизмом (наркоманией) с ремиссией более 1 года. Эти показатели рассчитывают, как процентное отношение пациентов с продолжительностью ремиссии более 1 года к среднегодовому числу диспансерных больных, страдающих алкоголизмом (наркоманией).

***2. Социальная эффективность*** —имеет более широкий смысл, хотя она тесно и непосредственно связана с медицинской эффективностью. Социальная эффективность характеризуется динамикой общественного здоровья. Критериями социальной эффективности являются улучшение показателей общественного здоровья.

***3. Экономическая эффективность*** — прямые и косвенные показатели влияния здравоохранения на экономику страны за счет улучшения показателей здоровья населения и проведения профилактических мероприятий. Экономическая эффективность определяется соотношением эффекта (результата) и затрат. Анализ экономической эффективности необходим для управления здравоохранением в условиях ограниченных ресурсов, когда требуется достижение максимального результата при минимальных затратах.В определенных случаях медицинские мероприятия могут быть экономически невыгодны, но их проведение оправдано высоким медицинским и социальным эффектом. Примером таких мер может служить применение аппарата «искусственная почка».

БИЛЕТ № 8

1. Материальная ответственность медицинских работников.

**Материальная ответственность** работника за ущерб, причиненный работодателю предусматривается **ст. 238 ТК РФ.**

Работник обязан возместить работодателю причиненный ему ***прямой действительный ущерб.*** Неполученные доходы (упущенная выгода) взысканию с работника не подлежат.

***Под прямым действительным ущербом*** понимается реальное уменьшение наличного имущества работодателя или ухудшение состояния указанного имущества (в том числе имущества третьих лиц, находящегося у работодателя, если работодатель несет ответственность за сохранность этого имущества), а также необходимость для работодателя произвести затраты либо излишние выплаты на приобретение, восстановление имущества либо на возмещение ущерба, причиненного работником третьим лицам.

***Материальная ответственность работника исключается в случаях возникновения ущерба вследствие непреодолимой силы***, нормального хозяйственного риска, крайней необходимости или необходимой обороны либо неисполнения работодателем обязанности по обеспечению надлежащих условий для хранения имущества, вверенного работнику.

По общему правилу, в соответствии со ст. **241 ТК РФ**, за причиненный ущерб работник ***несет материальную ответственность в пределах своего среднего месячного заработка***, если иное не предусмотрено настоящим Кодексом или иными федеральными законами.

***Материальная ответственность в полном размере*** причиненного ущерба может возлагаться на работника лишь в случаях, предусмотренных **ст. 242 и 243 ТК РФ** или иными федеральными законами.

***Материальная ответственность в полном размере причиненного ущерба возлагается на работника в следующих случаях***:

1) когда в соответствии с настоящим Кодексом или иными федеральными законами на работника возложена материальная ответственность в полном размере за ущерб, причиненный работодателю при исполнении работником трудовых обязанностей;

2) недостачи ценностей, вверенных ему на основании специального письменного договора или полученных им по разовому документу;

3) умышленного причинения ущерба;

4) причинения ущерба в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения;

5) причинения ущерба в результате преступных действий работника, установленных приговором суда;

6) причинения ущерба в результате административного проступка, если таковой установлен соответствующим государственным органом;

7) разглашения сведений, составляющих охраняемую законом тайну (государственную, служебную, коммерческую или иную), в случаях, предусмотренных федеральными законами;

8) причинения ущерба не при исполнении работником трудовых обязанностей.

Материальная ответственность в полном размере причиненного работодателю ущерба может быть установлена трудовым договором, заключаемым с заместителями руководителя организации, главным бухгалтером.

Письменные договоры о полной индивидуальной или коллективной (бригадной) материальной ответственности, то есть о возмещении работодателю причиненного ущерба в полном размере за недостачу вверенного работникам имущества, заключаются с работниками, достигшими возраста восемнадцати лет и непосредственно обслуживающими или использующими денежные, товарные ценности или иное имущество.

Перечни работ и категорий работников, с которыми могут заключаться указанные договоры, а также типовые формы этих договоров утверждаются в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации.

При совместном выполнении работниками отдельных видов работ, связанных с хранением, обработкой, продажей (отпуском), перевозкой, применением или иным использованием переданных им ценностей, когда невозможно разграничить ответственность каждого работника за причинение ущерба и заключить с ним договор о возмещении ущерба в полном размере, может вводиться коллективная (бригадная) материальная ответственность.

Письменный договор о коллективной (бригадной) материальной ответственности за причинение ущерба заключается между работодателем и всеми членами коллектива (бригады).

По договору о коллективной (бригадной) материальной ответственности ценности вверяются заранее установленной группе лиц, на которую возлагается полная материальная ответственность за их недостачу. Для освобождения от материальной ответственности член коллектива (бригады) должен доказать отсутствие своей вины.

При добровольном возмещении ущерба степень вины каждого члена коллектива определяется по соглашению между всеми членами коллектива и работодателем. При взыскании ущерба в судебном порядке степень вины каждого члена коллектива (бригады) определяется судом.

Размер ущерба, причиненного работодателю при утрате и порче имущества, определяется по фактическим потерям, исчисляемым исходя из рыночных цен, действующих в данной местности на день причинения ущерба, но не ниже стоимости имущества по данным бухгалтерского учета с учетом степени износа этого имущества.

В соответствии со ст. 248 ТК РФ взыскание с виновного работника суммы причиненного ущерба, не превышающей среднего месячного заработка, производится по распоряжению работодателя. Распоряжение может быть сделано не позднее одного месяца со дня окончательного установления работодателем размера причиненного работником ущерба.

Если месячный срок истек или работник не согласен добровольно возместить причиненный работодателю ущерб, а сумма причиненного ущерба, подлежащая взысканию с работника, превышает его средний месячный заработок, то взыскание может осуществляться только судом.

При несоблюдении работодателем установленного порядка взыскания ущерба работник имеет право обжаловать действия работодателя в суд.

Работник, виновный в причинении ущерба работодателю, может добровольно возместить его полностью или частично. По соглашению сторон трудового договора допускается возмещение ущерба с рассрочкой платежа. В этом случае работник представляет работодателю письменное обязательство о возмещении ущерба с указанием конкретных сроков платежей. В случае увольнения работника, который дал письменное обязательство о добровольном возмещении ущерба, но отказался возместить указанный ущерб, непогашенная задолженность взыскивается в судебном порядке.

С согласия работодателя работник может передать ему для возмещения причиненного ущерба равноценное имущество или исправить поврежденное имущество.

Возмещение ущерба производится независимо от привлечения работника к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности за действия или бездействие, которыми причинен ущерб работодателю.

1. Отличия ОМС и ДМС.

**Основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования**

|  |  |
| --- | --- |
| **Обязательное медицинское страхование** | **Добровольное медицинское страхование** |
| Некоммерческое | Коммерческое |
| Один из видов социального страхования | Один из видов личного страхования |
| Всеобщее массовое | Индивидуальное или групповое |
| Регламентируется Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» | Регламентируется Законами РФ «Об организации страхового дела в РФ» и «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» |
| Осуществляется государственными или контролируемыми государством организациями | Осуществляется страховыми ор­ганизациями различных форм собственности |
| Правила страхования определяются государством | Правила страхования определяются страховыми организациями |
| Страхователи — работодатели, органы государственной власти | Страхователи — юридические и физические лица |
| Осуществляется за счет взносов работодателей, государственного бюджета | Осуществляется за счет индиви­дуальных доходов застрахованных граждан, прибыли работодателей |
| Программа (гарантированный минимум услуг) утверждается органами государственной власти | Программа (гарантированный минимум услуг) определяется договором страховщика и страхователя |
| Тарифы устанавливаются по единой утвержденной методике | Тарифы устанавливаются договором между страховщиком и страхователем |
| Система контроля качества устанав­ливается органами государственной власти | Система контроля качества устанав­ливается договором страхования |
| Доходы могут быть использованы только для развития основной деятельности — обязательного медицинского страхования | Доходы могут быть использованы в любой коммерческой или некоммерческой деятельности |
| При наступлении страхового случая — субсидарная ответственность | При наступлении страхового случая — возмещение суммы страхового взноса |

БИЛЕТ № 9

1. Гражданско-правовая ответственность медицинских работников

**Юридическая ответственность**представляет собой одну из форм государственно-принудительного воздействия на нарушителей норм права, которая заключается в применении к ним предусмотренных законом санкций — мер ответственности, влекущих для них неблагоприятные последствия. Одним из ее видов является гражданско-правовая ответственность.

***Гражданско-правовая ответственность*—**обеспеченные государственным принуждением неблагоприятные для правонарушителя последствия неисполнения или ненадлежащего исполнения им его обязанностей, повлекших нарушение гражданских прав другого лица, которые выражаются в возложении на правонарушителя имущественных санкций, направленных на восстановление нарушенной имущественной сферы.

Выделяют следующие виды гражданско-правовой ответственности.

***Договорная ответственность.***Основанием ее наступления служит нарушение договора, т.е. соглашения самих сторон.

***Внедоговорная ответственность.***Возникает при причинении личности или имуществу потерпевшего вреда, не связанного с неисполнением нарушителем обязанностей, лежащих на нем в силу договора. Внедоговорную ответственность нередко называют ***деликтной.***

      Деликтная ответственность (возникающая из причинения вреда) регулируется только законом, а договорная (определенная сторонами в своем договоре) — и законом, и договором.

Как договорная, так и внедоговорная ответственность, в зависимости от числа обязанных лиц (множественность лиц в обяза­тельстве), может быть долевой, солидарной или субсидиарной.

***Долевая ответственность***означает, что каждый из ответчиков по обязательству несет ответственность в точно определенной доле, установленной законом или договором. Правила о долевой ответственности применяются, когда иной вид ответственности для нескольких субъектов (должников) не предусмотрен законом (иным правовым актом) или договором. Если при этом законодательство или договор не определяют доли сторон, они считаются равными, т.е. каждый из ответчиков несет ответственность в одинаковом с другими ответчиками размере (ст. 321, 1080, п. 2 ст. 1081 ГК РФ).

***Солидарная ответственность***более строгая, чем долевая. Здесь потерпевший-истец вправе предъявить требование как ко всем ответчикам (должникам) совместно, так и к любому из них, причем как в полном объеме нанесенного ущерба, так и в любой его части. Не получив полного удовлетворения от одного из солидарных ответчиков, он вправе по тем же правилам требовать недополученное с остальных, которые остаются перед ним ответственными до полного удовлетворения его требований (ст. 323 ГК РФ).

***Субсидиарная ответственность***является дополнительной по отношению к ответственности, которую несет перед потерпевшим основной правонарушитель (должник) (п. 1 ст. 399 ГК РФ). Субсидиарная ответственность наступает в случае, когда основной ответчик отказался удовлетворить требования потерпевшего. При этом лицо, несущее такую дополнительную ответственность, совсем не обязательно является сопричинителем имущественного вреда, нанесенного потерпевшему.

***Ответственность в порядке регресса***возникает в случае, когда должник, исполнивший обязательство по возмещению вреда за его причинителя, предъявляет к этому причинителю требование о возмещении понесенных затрат (п. 2 ст. 1081, п. 1, 2 ст. 325 ГК РФ).

       Гражданско-правовая ответственность предполагает применение различного рода санкций. Под ***санкцией***понимают последствия, установленные законом или договором для нарушителя в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения им своих обязанностей.

    Кроме того, разновидностью санкций являются меры защиты гражданских прав, которые направлены на:

1)     предупреждение и пресечение нарушений прав;

2)     восстановление нарушенных интересов сторон;

3)     защиту правопорядка.

    Одни из этих мер применяются судом, другие — гражданами.

    Гражданско-правовая ответственность может применяться как самостоятельный вид ответственности, так и в сочетании с другими видами ответственности (уголовной, административной и др.). Например, гражданский иск в уголовном процессе.

***Функциями***гражданско-правовой ответственности являются:

•       предупредительно-воспитательная;

•       компенсационная.

***Основанием возникновения гражданско-правовой ответственности***считается наличие в действиях нарушителя состава граж­данского правонарушения, т.е. совокупности условий, необходимых для применения мер ответственности.

***Условия***гражданско-правовой ответственности:

1)   противоправность поведения нарушителя;

2)     наличие имущественного вреда в результате противоправного поведения нарушителя;

3)     прямая причинная связь между противоправным поведением нарушителя и возникшим вредом;

4)   наличие вины причинителя вреда.

       Существует ряд случаев, когда для возникновения ответственности достаточно лишь некоторых из названных условий. Например, в ряде случаев для наступления гражданско-правовой ответственности отсутствие вины в действиях причинителя вреда значения не имеет.

***Противоправное поведение***— действие либо бездействие, нарушающее закон.

*Действие*считается противоправным, если оно прямо запрещено законодательством либо противоречит основанию обязательства (закону, договору).

*Бездействие*является противоправным, если на лицо возложена юридическая обязанность выполнить определенное действие и оно не выполнено.

*Не являются противоправными действия,*совершенные:

•       в пределах необходимой обороны (ст. 1066 ГК РФ);

•       в состоянии крайней необходимости, хотя закон и предусматривает распределение возникших убытков и правила их возмещения (ст. 1067 ГК РФ);

•       в процессе осуществления профессиональных обязанностей, например пожарных, повредивших имущество при тушении пожара;

•       с согласия потерпевшего в случае, если они совершены в пределах, установленных законом, например действия, связанные с умышленным заражением человека, согласившегося добровольно участвовать в медицинском эксперименте;

•       в рамках субъективного права, например засыпка колодца на земельном участке, принадлежащем на праве собственности лицу, осуществляющему это действие.

***Вредом***считаются последствия правонарушения, выразившиеся в умалении личного или имущественного блага. Понятие «вред» совпадает с понятием «ущерб», но не совпадает с понятием «убытки».

    Поскольку вред может быть причинен и личности, и его имуществу, различают два вида вреда: имущественный (материальный) и неимущественный.

    Под *материальным вредом*понимают имущественные потери — уменьшение стоимости поврежденной вещи, уменьшение или утрата дохода, необходимость новых расходов и т.п. Он может быть возмещен в натуре (например, путем ремонта поврежденной вещи или предоставления взамен вещи того же рода и качества) либо компенсирован в деньгах.

***Убытками***в гражданском праве называется денежная оценка имущественных потерь (вреда). Они складываются:

во-первых, из расходов, которые потерпевшее лицо произвело либо должно будет произвести для устранения последствий правонарушения. К таким расходам, в частности, относятся: суммы санкций, подлежащие уплате третьим лицам по вине контрагента, нарушившего договорные обязательства; стоимость необходимых и разумных расходов по выполнению обязательства за счет должника-нарушителя иным лицом или самим потерпевшим (ст. 397 ГК РФ), в том числе приобретение покупателем товара вследствие нарушения обязательств продавцом у иного продавца по более высокой, но разумной цене либо продажа продавцом товара, вследствие нарушения обязательств покупателем иному поку­пателю по более низкой, но разумной цене (п. 1, 2 ст. 524 ГК РФ) и т.п.;

во-вторых, в состав убытков включается стоимость утраченного или поврежденного имущества потерпевшего;

в-третьих, сюда входят неполученные потерпевшей стороной доходы, которые она могла бы получить при отсутствии правонарушения (п. 2 ст. 15 ГК РФ).

      Под *неимущественным вредом*понимают последствия правонарушения, не имеющие стоимостного выражения. Это *моральный вред,*представляющий собой физические или нравственные страдания гражданина, вызванные нарушением его личных неимущественных прав или умалением иных его личных (нематериальных) благ — посягательством на его честь и достоинство, неприкосновенность личности, здоровье и т.д. Моральный вред компенсируется по решению суда в денежном выражении. Моральный вред может повлечь имущественные потери (т.е. быть источником материального вреда). Например, причинение увечья может препятствовать дальнейшей трудовой деятельности. В этом случае он возмещается с помощью компенсации имущественного вреда (убытков).

      Для возложения ответственности в форме взыскания убытков или возмещения вреда во всех без исключения случаях необходимо наличие ***причинной связи***между действиями правонарушителя и возникшим вредом (убытками). Не случайно закон говорит о «причиненных» убытках (п. 1 ст. 15, п. 1 ст. 393, п. 1 ст. 1064 ГК РФ).

***Виной***в гражданском праве следует признавать непринятие правонарушителем всех возможных мер по предотвращению неблагоприятных последствий своего поведения, необходимых при той степени заботливости и осмотрительности, которая требовалась от него по характеру лежащих на нем обязанностей и конкретным условиям оборота.

      Ответственность в гражданском праве наступает при любой форме и степени вины и применяется как к гражданам, так и к юридическим лицам. Существует ***презумпция вины***должника: лицо, нарушившее обязательство, считается виновным и несет ответственность, если не докажет свою невиновность. Однако, как уже говорилось выше, существуют случаи возложения ответ­ственности и без наличия вины (п. 3 ст. 401, п. 1 ст. 901, ст. 1079 ГК РФ и др.).

***Основаниями освобождения от гражданско-правовой ответственности***являются:

•       непреодолимая сила — обстоятельство, независимое от воли участников, характеризующееся чрезвычайностью и объективной непредотвратимостью (это обстоятельство не могло быть устранено участниками обязательства, если бы они даже знали о его последствиях (п. 1 ст. 202, п. 3 ст. 401 ГК РФ);

•       вина в виде умысла потерпевшей стороны (п. 1 ст. 1083 ГК РФ).

     К ***принципам***гражданско-правовой ответственности относятся:

•       неотвратимость ответственности;

•       индивидуализация ответственности;

•       полное возмещение вреда.

     Выделяют следующие ***формы***гражданско-правовой ответственности:

1)     возмещение убытков. Убытки, возникшие в результате нарушения права, подлежат возмещению в полном объеме любым нарушителем права: гражданином, юридическим лицом, государством (п. 1 ст. 15 ГК РФ). В случаях, когда нарушителем права является государственный или муниципальный орган или должностное лицо этих органов, вред возмещает РФ, ее субъект или муниципальное образование (ст. 16 ГК РФ);

2)     неустойка (см. гл. 21 данного пособия);

3)     возмещение в натуре;

4)     потеря задатка;

5)     конфискация.

***Размеры***гражданско-правовой ответственности:

•       неустойка определяется в соответствии с договором или законом;

•       размер убытков устанавливается по цене, существующей в день удовлетворения требования в случае, если они возмещаются должником добровольно. Если же удовлетворение требования происходит в судебном порядке, то убытки могут быть исчислены исходя из цен, которые были в день предъявления иска или в день вынесения решения судом (п. 3 ст. 393 ГК РФ);

•       размер упущенной кредитором выгоды не должен быть меньше размера дохода, полученного его должником — правонарушителем;

•       при возмещении вреда в натуре представляемая должником вещь должна быть того же рода и качества (ст. 1082 ГК РФ);

•       снижение размера ответственности допускается при наличии вины обеих сторон либо у кредитора;

•       суд может уменьшить размер возмещения вреда, причиненного гражданином, в зависимости от его имущественного положения (за исключением случаев, когда вредоносные действия должника были умышленными) (п. 3 ст. 1083 ГК РФ);

•       соглашение сторон об ограничении ответственности должника в случаях, когда кредитором является потребитель, ничтожно;

•       увеличение размера ответственности сторонами возможно только в случаях, предусмотренных законом, это касается и законной неустойки (п. 2 ст. 332 ГК РФ);

•       законом или договором может быть предусмотрено взыскание исключительной или альтернативной неустойки;

•       убытки по денежному обстоятельству не взыскиваются, если они равны неустойке;

•       размер возмещения вреда, причиненного здоровью или жизни, в случаях, если причинение вреда связано с трудовыми отношениями, определяется в процентах к заработку потерпевшего лица и др.

     Ограничение размеров ответственности должника может быть установлено как соглашением сторон, так и законом. Например, законом ограничивается ответственность по обязательствам, связанным с определенным видом деятельности (например, ответственность перевозчика за утрату груза ограничивается возмещением реального ущерба).

*Дополнительные меры по защите интересов потерпевшего:*

1)     при возмещении ущерба учитываются цены, действовавшие на момент исполнения обязательства, либо на момент предъявления иска, либо на момент вынесения судом решения;

если лицо, нарушившее право, получило вследствие этого доходы, потерпевший вправе требовать возмещения упущенной выгоды в размере не меньшем, чем такие доходы

1. **Группы цен, на медицинские услуги, используемые в здравоохранении**.

***Для медицинских услуг применяются:***

**1)«Бюджетные оценки»** (или «бюджетные нормативы»): финансирование медицинских учреждений на основе принятых нормативных документов. «Бюджетные оценки» служат для расчетов между учреждениями одной территории, между подразделениями одного учреждения.

 При использовании данного типа цен расчеты зависят от имеющихся финансовых возможностей, потребности лечебного учреждения для осуществления своей деятельности не учитываются.

2) Тарифы в системе ОМС: денежные суммы, призванные возместить расходы ЛПУ по выполнению программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению. Эти цены имеют договорной характер, не включают прибыль, как правило, ниже себестоимости.

3) Договорные цены в системе ДМС: цены, которые утверждаются договорами между ЛПУ и другими учреждениями и организациями, предприятиями, другими юридическими лицами с целью медицинского обслуживания сотрудников. Договорные цены приближены к свободным рыночным ценам, включают себестоимость и прибыль, регулируются договорами.
4) Свободные рыночные цены на платные медицинские услуги: цены формируются на основании спроса и предложения и зависящие от конъюнктуры рынка медицинских услуг. Структура такой цены зависит от экономической цели медицинского учреждения, используются, как правило, в негосударственных медицинских организациях.

БИЛЕТ № 10

1. Уголовная ответственность медицинских работников.

Нередки случаи, когда действия (а иногда и бездействия) медицинских работников не просто противоправны, а более того, являются преступными и по этой причине должны повлечь за собой уголовную ответственность. Где же граница между проступком, за который наступает гражданско-правовая, административная или дисциплинарная ответственность, и преступлением, совершение которого влечет уголовную ответственность. Согласно статье 8 Уголовного кодекса РФ основанием уголовной ответственности является совершение деяния, содержащего все признаки состава преступления, предусмотренного Уголовным кодексом. Теоретики права определяют состав преступления как совокупность следующих четырех признаков:

* ***Объект*** — это то благо, тот общественный интерес, которые защищаются законом (применительно к сфере медицины - это, безусловно, жизнь и здоровье человека);
* ***Объективная сторона*** – это совокупность внешних черт преступления: деяние; причинно-следственная связь; время, место, обстановка и другие конкретные данные;
* ***Субъект*** – физическое лицо, которое совершает преступление;
* ***Субъективная сторона*** характеризуется виной, мотивом и целью.

Подытоживая вопросы теории, укажем, что уголовная ответственность возникает только тогда, когда присутствуют все вышеуказанные четыре признака одновременно в действии/бездействии лица, т.е. имеется состав преступления. Если хотя бы один элемент отсутствует, то уголовная ответственность не возникает.

На вине как составляющей субъективной стороны преступления остановимся более подробно. Представим формы вины схематично.

* **Прямой умысел** — это такой вид вины, при котором лицо, совершившее преступление, **осознавало** общественную опасность своего деяния, **предвидело** возможность наступления общественно опасных последствий и **желало** их наступления.
* **Косвенный умысел** — это такой вид вины, при котором лицо, совершившее преступление, **осознавало** общественную опасность своего деяния, **предвидело** возможность наступления общественно опасных последствий и, хотя и **не желало** их, но допускало либо относилось к ним безразлично.
* **Легкомыслие** – лицо, совершившее преступление, **предвидело** возможность наступления общественно опасных последствий, но **не желало** их наступления, и без достаточных оснований **самонадеянно рассчитывало на их предотвращение**.
* **Небрежность** – лицо, совершившее преступление, **не предвидело** возможность наступления общественно опасных последствий, хотя **должно было и могло их предвидеть**.

**Согласно действующему Уголовному кодексу следующие действия/бездействия медицинского работника могут повлечьуголовную ответственность**.

Приведем некоторые из них:

* Причинение смерти по неосторожности (статья 109 УК РФ);
* Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью (статья 111 УК РФ);
* Умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью (статья 112 УК РФ);
* Умышленное причинение легкого вреда здоровью (статья 115 УК РФ);
* Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (статья 118 УК РФ);
* Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации (статья 120 УК РФ);
* Заражение ВИЧ-инфекцией (статья 122 УК РФ);
* Незаконное проведение искусственного прерывания беременности (статья 123 УК РФ);
* Неоказание помощи больному (статья 124 УК РФ);
* Оставление в опасности (статья 125 УК РФ);
* Незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях (статья 128 УК РФ);
* Нарушение неприкосновенности частной жизни (статья 137 УК РФ);
* Подмена ребенка (статья 153 УК РФ);
* Незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, а также незаконные приобретение, хранение, перевозка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества (статья 228 УК РФ);
* Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ, а также растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества (статья 229) УК РФ;
* Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (статья 233 УК РФ);
* Незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ в целях сбыта (статья 234 УК РФ);
* Незаконное осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности (статья 235 УК РФ);
* Нарушение санитарно-эпидемиологических правил (статья 236 УК РФ);
* Сокрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей (статья 237 УК РФ).
* Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности (статья 238 УК РФ);
* Нарушение правил безопасности при обращении с микробиологическими либо другими биологическими агентами или токсинами (статья 248 УК РФ);
* Злоупотребление должностными полномочиями (статья 285 УК РФ)\*;
* Превышение должностных полномочий (статья 286 УК РФ)\*;
* Получение взятки (статья 290 УК РФ)\*;
* Служебный подлог (статья 292 УК РФ)\*;
* Халатность (статья 293 УК РФ)\*.

Согласно примечаниям к указанным статьям УК РФ под должностными лицами понимаются лица, постоянно, временно или по специальному полномочию осуществляющие функции представителя власти либо выполняющие организационно-распорядительные, административно-хозяйственные функции в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных учреждениях.

Наказания за преступления в сфере медицины

***Наказание*** — это мера государственного принуждения, назначаемая только по приговору суда. Мера уголовного наказания за совершенное преступление может быть разной – ***от денежного штрафа до лишения свободы***.

Перечень предусмотренных мер уголовного наказания за преступления в сфере медицины можно представить следующим образом (от наиболее легкого к наиболее тяжкому):

* ***Штраф*** (за совершение такого преступления, как неоказание помощи больному);
* ***Лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью*** (за принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации);
* ***Обязательные работы*** (за незаконную выдачу рецептов);
* ***Исправительные работы*** (за халатность);
* ***Ограничение свободы*** (за незаконное осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности);
* ***Принудительные работы*** (например, за незаконную госпитализацию в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях);
* ***Арест*** (за халатность);
* ***Лишение свободы*** (реальное или условное) (за причинение смерти по неосторожности).

Избираемая судом мера наказания зависит от состава преступления, наличия смягчающих или отягчающих обстоятельств.

 2. Организация работы медицинской сестры с диспансерными пациентами.

Диспансерное наблюдение больных требует больших затрат сил и времени. Огромную роль в диспансеризации играет средний медицинский персонал. В обязанности медицинской сестры входит:

- ведение картотеки диспансеризуемых;

- отправление известия больным о необходимости посетить поликлинику или определенного специалиста;

- контроль за явкой;

- подготовка документов перед очередным осмотром;

- выполнение назначений врача;

- контроль выполнения врачебных назначений пациентом;

- домашний патронаж;

- ведение учетных документов.

Первое посещение диспансеризуемого на дому лучше провести вместе с врачом. Следует обратить внимание на условия жизни пациента и санитарно-гигиенические нормы в месте проживания, узнать, кто имеет возможность обеспечивать его всем необходимым, с кем он живет.

Учетные формы по диспансеризации:

Для того чтобы держать под контролем лиц, нуждающихся в диспансерном наблюдении, и не упустить ничего важного, существует специальная медицинская документация.

1. Форма № 278 составляется на предприятиях, в учебных и детских дошкольных учреждениях администрацией. Сюда вносятся данные о каждом лице, проходящем профилактические осмотры: Ф.И.О., дата осмотра и конечные результаты.
2. Медицинская карта амбулаторного пациента считается основным документом. Все карты хранятся в поликлинической картотеке. В правом углу вверху красным цветом отмечается буква "Д". Здесь же указывается причина и дата постановки на учет. После снятия с учета здесь же отмечается дата окончания. В карте фиксируются данные обо всех осмотрах больного специалистами, результаты обследований, назначение лечения. Это дает возможность участковому терапевту оценить полноту обследования и общее состояние пациента.
3. Эпикриз, заполняемый по итогам каждого года, делают в двух экземплярах. Один вклеивается в амбулаторную карту, а второй передается в отдел статистики. Все эпикризы проверяет и подписывает глава отделения.
4. Форма 30 - контрольная карта состоящего на "Д"-учете. Контрольная карта создается исключительно для удобства. Один документ соответствует одной нозологической форме заболевания. Их располагают в разных ящиках, в зависимости от месяца, когда пациент должен в следующий раз прийти на осмотр и обследование.

Ежемесячно средние медицинские работники просматривают картотеку, выбирают больных, которые должны проходить обследование в текущем месяце, и присылают им вызов о необходимости прийти в поликлинику.

БИЛЕТ № 11

1.Последипломное образование средних медицинских работников. Сертификация специалистов.

В соответствии с п. 2,3 статьи 72. ФЗ 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» «*Права медицинских работников и фармацевтических работников и меры их стимулирования*» медицинские работники и фармацевтические работники ***имеют право*** на основные гарантии, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе на:

***- профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя*** в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;

***- профессиональную переподготовку за счет средств работодателя или иных средств***, предусмотренных на эти цели законодательством Российской Федерации, ***при невозможности выполнять трудовые обязанности по состоянию здоровья и при увольнении работников в связи с сокращением численности или штата, в связи с ликвидацией организации***.

***Совершенствование профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях в порядке и в сроки, установленные уполномоченным федеральным органом исполнительной власти на курсах профессиональной подготовки, переподготовки или повышения квалификации*** является не только правом медицинского (фармацевтического) работника, но и ***обязанностью*** (п.2.3 ст. 73).

Основными формами повышения квалификации среднего медицинского персонала до 90-х годов ХХ века в России были наставничество и самообразование.

В период перестройки (в 90-х годах ХХ века) повышение квалификации среднего медицинского персонала получило государственный и плановый характер, обязательность обучения в течение всей профессиональной деятельности не реже 1 раза в 5 лет. Появились образовательные учреждения повышения квалификации, которые стали реализовывать следующие виды дополнительного профессионального образования: повышение квалификации, стажировку, профессиональную переподготовку. Разрешено было проводить следующее повышение квалификации: краткосрочное (не менее 72 часов) тематическое обучение, тематические и проблемные семинары (от 72 до 100 часов) и длительное (свыше 100 часов) обучение специалистов в образовательном учреждении повышения квалификации.

После 2000 года здравоохранение и дополнительное профессиональное образование (переподготовка и повышение квалификации) развивались быстрыми темпами. Обучение стало строиться на профессиональных образовательных стандартах, пересматриваемых каждые 5 лет.

Приказ Минобрнауки России от 01.07.2013 № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам» определил Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам, установил правила организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам организациями, осуществляющими образовательную деятельность.

В соответствии с данным приказом дополнительное профессиональное образование осуществляется посредством реализации дополнительных профессиональных программ (программ повышения квалификации и программ профессиональной переподготовки). Реализация программы повышения квалификации направлена на совершенствование и (или) получение новой компетенции, необходимой для профессиональной деятельности, и (или) повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации. В структуре программы повышения квалификации должно быть представлено описание перечня профессиональных компетенций в рамках имеющейся квалификации, качественное изменение которых осуществляется в результате обучения. Реализация программы профессиональной переподготовки направлена на получение компетенции, необходимой для выполнения нового вида профессиональной деятельности, приобретение новой квалификации.

Таким образом, после 2000 г. появились и законодательно утверждены такие формы и образовательные технологии в повышении квалификации специалистов, как *компетентностный подход в обучении, стажировка, модульное обучение, дистанционные и электронные образовательные технологии, обучение по индивидуальному учебному плану, сетевые формы реализации дополнительных профессиональных программ*.

Важнейшим рычагом в системе повышения качества подготовки медицинских кадров является ***сертификация***. ***Сертификационные циклы обязательное для каждого специалиста повышение квалификации с выдачей сертификата со сроком действия пять лет***.

**Цель** - повышение квалификации специалиста ***для допуска к дальнейшей профессиональной деятельности***. Специалист может иметь ***несколько сертификатов***. Требование иметь сертификат специалиста закреплено в 323 Федеральном законе и приказе Минздравсоцразвития РФ 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей».

***Процедура сертификации заменена на аккредитацию.***

Переход к процедуре аккредитации специалистов осуществляется поэтапно с 1 января 2016 года по 31 декабря 2025 года включительно. Сроки и этапы указанного перехода, а также категории лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов, определяются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Сертификаты специалиста, выданные медицинским и фармацевтическим работникам до 1 января 2021 года, действуют до истечения указанного в них срока. Форма, условия и порядок выдачи сертификата специалиста устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

2.Типы больниц по форме собственности, по категории, по профильности.

По форме собственности больницы делятся на:

- государственные,

- муниципальные,

- частные.

По категории (объему деятельности): различают 8 категорийгородских больниц в зависимости от их коечной мощности:

По профильности: многопрофильные и специализированные

По организации: объединенные или не объединенные с поликлиникой

БИЛЕТ № 12

1. Аттестация средних медицинских работников.

Аттестация специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием проводится в соответствии с приказом МЗ РФ от 23.04.2013 г. № 240н «О порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории» по специальностям, предусмотренным действующей [номенклатурой специальностей](http://www.spruce.ru/attestation/demands/access/2009_210.html) специалистов (приказ МЗСР РФ от 16.04.2008 г. № 176н в редакции приказа № 199 от 30.03.2010 г. «О номенклатуре специальностей работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием»), имеющих медицинское и фармацевтическое образование.

Аттестация является добровольной и проводится аттестационными комиссиями по трём квалификационным категориям: второй, первой и высшей.

Аттестация проводится один раз в пять лет. Присвоенная квалификационная категория действительна на всей территории Российской Федерации в течение пяти лет со дня издания распорядительного акта о присвоении.

Аттестация проводится один раз в пять лет. Присвоенная квалификационная категория действительна на всей территории Российской Федерации в течение пяти лет со дня издания распорядительного акта о присвоении.

Специалисты могут претендовать на присвоение более высокой квалификационной категории не ранее чем через три года со дня издания распорядительного акта о присвоении квалификационной категории.

При аттестации оцениваются теоретические знания и практические навыки, необходимые для выполнения профессиональных обязанностей по соответствующим специальностям и должностям, на основе результатов квалификационного экзамена.

Квалификационный экзамен включает в себя экспертную оценку отчёта о профессиональной деятельности специалиста (далее — отчёт), тестовый контроль знаний и собеседование.

 2. Демографические типы населения в зависимости от возраста.

По возрастному составу различают прогрессивный, регрессивный и стационарный типы населения.

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

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

*Стационарным* называется тип, при котором доля детей равна доле лиц в возрасте 50 лет и старше. Прогрессивный тип народонаселения обеспечивает дальнейшее увеличение численности населения, регрессивный тип угрожает нации вымиранием.

Однако возраст 50 лет для большинства стран является возрастом трудоспособного населения, и брать его за основу в определении типа возрастного состава вряд ли целесообразно. Поэтому многие ученые предлагают определять уровень демографической «старости» населения по удельному весу лиц в возрасте 60 лет и старше. Считается, что если среди населения более 12% лиц в возрасте 60 лет и старше, то это демографически старый тип населения.

Рис. 4.1. Типы возрастного состава населения

*а —* прогрессивный; б — стационарный; *в —* регрессивный.

Показатели, характеризующие статику населения, имеют важное значение в практическом здравоохранении. Они необходимы для:

— расчета показателей естественного движения населения;

— планирования всей системы здравоохранения;

— расчета потребности в амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, как общей, так и специализированной;

— определения необходимого количества средств, выделяемых бюджетом на здравоохранение;

— расчета количественных показателей, характеризующих деятельность органов и учреждений здравоохранения;

— организации противоэпидемической работы и т.д.

Не говоря уже о всей системе здравоохранения, каждое амбулаторно-поликлиническое учреждение должно иметь четкое представление о численности и составе населения в районе своей деятельности. Численность, возрастно-половой состав населения лежит в основе организации участковой службы, анализа ее деятельности, а в последние годы — в составе организации общеврачебной практики в нашей стране.

БИЛЕТ № 13

1. Лицензирование медицинской деятельности.

***Цель лицензирования*** - предотвращение ущерба правам, законным интересам, жизни или здоровью граждан, окружающей среде, объектам культурного наследия (памятникам истории и культуры) народов Российской Федерации, обороне и безопасности государства, возможность нанесения которого связана с осуществлением юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями отдельных видов деятельности.

***Задачами лицензирования*** - отдельных видов деятельности являются предупреждение, выявление и пресечение нарушений юридическим лицом, его руководителем и иными должностными лицами, индивидуальным предпринимателем, его уполномоченными представителями требований, которые установлены настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами и принимаемыми в соответствии с ними иными нормативными правовыми актами РФ. Соответствие соискателя лицензии этим требованиям является необходимым условием для предоставления лицензии, их соблюдение лицензиатом обязательно при осуществлении лицензируемого вида деятельности (*ст.2 Федеральный закон № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»*).

*Статьей 3 определены основные понятия, используемые в Федеральном законе*:

1) *лицензирование* - деятельность лицензирующих органов по предоставлению, переоформлению лицензий, продлению срока действия лицензий в случае, если ограничение срока действия лицензий предусмотрено федеральными законами, осуществлению лицензионного контроля, приостановлению, возобновлению, прекращению действия и аннулированию лицензий, формированию и ведению реестра лицензий, формированию государственного информационного ресурса, а также по предоставлению в установленном порядке информации по вопросам лицензирования;

2) *лицензия* - специальное разрешение на право осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем конкретного вида деятельности (выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности), которое подтверждается документом, выданным лицензирующим органом на бумажном носителе или в форме электронного документа, подписанного электронной подписью, в случае, если в заявлении о предоставлении лицензии указывалось на необходимость выдачи такого документа в форме электронного документа;

3) *лицензируемый вид деятельности* - вид деятельности, на осуществление которого на территории РФ требуется получение лицензии в соответствии с настоящим ФЗ, в соответствии с федеральными законами, указанными в ч.3 ст. 1 наст. ФЗ и регулирующими отношения в соответствующих сферах деятельности;

4) *лицензирующие органы* - уполномоченные федеральные органы исполнительной власти и (или) их территориальные органы, а в случае передачи осуществления полномочий РФ в области лицензирования органам государственной власти субъектов РФ органы исполнительной власти субъектов РФ;

5) *соискатель лицензии* - юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, обратившиеся в лицензирующий орган с заявлением о предоставлении лицензии;

6) *лицензиат* - юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, имеющие лицензию;

7) *лицензионные требования* - совокупность требований, которые установлены положениями о лицензировании конкретных видов деятельности, основаны на соответствующих требованиях законодательства Российской Федерации и направлены на обеспечение достижения целей лицензирования;

8) *место осуществления лицензируемого вида деятельности* - объект (помещение, здание, сооружение, иной объект), который предназначен для осуществления лицензируемого вида деятельности и (или) используется при его осуществлении, соответствует лицензионным требованиям, принадлежит соискателю лицензии или лицензиату на праве собственности либо ином законном основании, имеет почтовый адрес или другие позволяющие идентифицировать объект данные. Место осуществления лицензируемого вида деятельности может совпадать с местом нахождения соискателя лицензии или лицензиата.

*Основными принципами осуществления лицензирования являются (ст.4 №99-ФЗ)*:

1) обеспечение единства экономического пространства на территории РФ;

2) установление лицензируемых видов деятельности федеральным законом;

3) установление федеральными законами единого порядка лицензирования отдельных видов деятельности на территории Российской Федерации;

4) установление исчерпывающих перечней лицензионных требований в отношении лицензируемых видов деятельности положениями о лицензировании конкретных видов деятельности;

5) открытость и доступность информации о лицензировании, за исключением информации, распространение которой запрещено законодательством РФ;

6) недопустимость взимания с соискателей лицензий и лицензиатов платы за осуществление лицензирования;

7) соблюдение законности при осуществлении лицензирования.

*Статьей 8 Федерального закона № 99-ФЗ установлен перечень лицензионных требований с учетом особенностей осуществления лицензируемого вида деятельности (выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности) могут быть включены следующие требования*:

1) наличие у соискателя лицензии и лицензиата помещений, зданий, сооружений и иных объектов по месту осуществления лицензируемого вида деятельности, технических средств, оборудования и технической документации, принадлежащих им на праве собственности или ином законном основании, соответствующих установленным требованиям и необходимых для выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;

2) наличие у соискателя лицензии и лицензиата работников, заключивших с ними трудовые договоры, имеющих профессиональное образование, обладающих соответствующей профессиональной подготовкой и (или) имеющих стаж работы, необходимый для осуществления лицензируемого вида деятельности;

3) наличие у соискателя лицензии и лицензиата необходимой для осуществления лицензируемого вида деятельности системы производственного контроля;

4) соответствие соискателя лицензии и лицензиата требованиям, установленным федеральными законами и касающимся организационно-правовой формы юридического лица, размера уставного капитала, отсутствия задолженности по обязательствам перед третьими лицами.

*Статья 9 Федерального закона №99-ФЗ устанавливает:*

1. Лицензия предоставляется на каждый вид деятельности, указанный в части 1 статьи 12 настоящего Федерального закона.

2. Юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, получившие лицензию, вправе осуществлять деятельность, на которую предоставлена лицензия, на всей территории РФ со дня, следующего за днем принятия решения о предоставлении лицензии.

3. Днем принятия решения о предоставлении лицензии является день одновременно осуществляемых внесения записи о предоставлении лицензии в реестр лицензий, присвоения лицензии регистрационного номера и регистрации приказа (распоряжения) руководителя, заместителя руководителя лицензирующего органа о предоставлении лицензии.

4. Лицензия действует бессрочно.

5. Деятельность, на осуществление которой лицензия предоставлена лицензирующим органом субъекта РФ, может осуществляться на территориях других субъектов РФ при условии уведомления лицензиатом лицензирующих органов соответствующих субъектов РФ.

*Статья 10. «Государственная пошлина за предоставление лицензии, переоформление лицензии, выдачу дубликата лицензии»*

1. За предоставление лицензии, переоформление лицензии, выдачу дубликата лицензии уплачивается государственная пошлина в размерах и в порядке, которые установлены законодательством РФ о налогах и сборах.

2. Не допускается взимание лицензирующими органами с соискателей лицензий и лицензиатов платы за осуществление.

*Организация и осуществление лицензирования осуществляется на основе требований статьи 12. «Перечень видов деятельности, на которые требуются лицензии» Федерального закона № 99-ФЗ*. В соответствии с пунктами 46, 47 и 18 данной статьи лицензированию подлежат следующие виды деятельности: медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"); фармацевтическая деятельность; оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивирование наркосодержащих растений соответственно.

|  |  |
| --- | --- |
| *9 Федерального закона №99-ФЗ устанавливает:*1. Лицензия предоставляется на каждый вид деятельности, указанный в части 1 статьи 12 настоящего Федерального закона.2. Юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, получившие лицензию, вправе осуществлять деятельность, на которую предоставлена лицензия, на всей территории РФ со дня, следующего за днем принятия решения о предоставлении лицензии.3. Днем принятия решения о предоставлении лицензии является день одновременно осуществляемых внесения записи о предоставлении лицензии в реестр лицензий, присвоения лицензии регистрационного номера и регистрации приказа (распоряжения) руководителя, заместителя руководителя лицензирующего органа о предоставлении лицензии.4. Лицензия действует бессрочно.5. Деятельность, на осуществление которой лицензия предоставлена лицензирующим органом субъекта РФ, может осуществляться на территориях других субъектов РФ при условии уведомления лицензиатом лицензирующих органов соответствующих субъектов РФ.*Статья 10. «Государственная пошлина за предоставление лицензии, переоформление лицензии, выдачу дубликата лицензии»*1. За предоставление лицензии, переоформление лицензии, выдачу дубликата лицензии уплачивается государственная пошлина в размерах и в порядке, которые установлены законодательством РФ о налогах и сборах. |  |

2. Группы инвалидности, устанавливаемые населению в РФ.

***Под инвалидностью*** (лат. invalidus — слабый, немощный) понимают стойкое длительное нарушение трудоспособности, либо ее значительное ограничение, вызванное хроническим заболеванием, травмой или патологическим состоянием.

Понятие «инвалидность» имеет ***медицинский, юридический и социальный аспекты***. За установлением инвалидности следует прекращение работы или изменение условий и характера труда и назначение различных видов государственного социального обеспечения (пенсия, трудоустройство, профессиональное обучение, протезирование и др.), гарантированное законодательством.

Тяжесть инвалидности может быть различной: от ограничений трудоспособности в основной профессии до полной ее утраты во всех видах профессиональной деятельности. В зависимости от степени потери или ограничения трудоспособности установлены три группы инвалидности:

***I группа инвалидности:***стойкие и тяжелые нарушения функций организма, при которых больной утратил полностью постоянно или длительно трудоспособность и нуждается в посторонней помощи, уходе или надзоре. В некоторых случаях инвалиды первой группы приспосабливаются к отдельным видам труда в особо созданных условиях.

***IIгруппа инвалидности:***значительно выраженные функциональные нарушения, которые не вызывают необходимость в постоянной посторонней помощи. Больные полностью и длительно нетрудоспособны: лишь в отдельных случаях больным разрешают труд в специально созданных условиях или на дому.

***III группа инвалидности:***значительное снижение трудоспособности вследствие хронических заболеваний или анатомических дефектов. Больные нуждаются в значительных изменениях условий труда в своей профессии, что приводит к сокращению квалификации. Кроме того, к этойкатегории относятся лица, которые не допускаются к выполнению работы по эпидемическим показаниям (например, при туберкулезе). Инвалидность III группы может устанавливаться ограниченно трудоспособным учащимся и лицам до 40 лет, нуждающимся в приобретении специальности, а также лицам с низкой квалификацией или не имеющим профессии (на период обучения или переобучения).

При освидетельствовании больного необходимо установить не только группу инвалидности, но и указать ее причину, т.е. социально-биологические условия, при которых возникла инвалидность.

В прямой зависимости от причин инвалидности законодательство устанавливает размер пенсий, объем и характер других видов социальной помощи.

Подробную статистическую информацию о инвалидности получают путем разработки «Актов освидетельствования» или «Статистических талонов» к акту. Талон содержит 17 пунктов, содержащих сведения о больном: возраст, пол, социальная категория, первичное или повторное освидетельствование, диагноз, группа инвалидности, причина инвалидности, трудоустройство, лечебное учреждение, направившее на место работы, должность и др. На основании статистической разработки рассчитываются показатели инвалидности.

БИЛЕТ № 14

1.Правовое обеспечение проведения трансплантации органов и тканей человека.

В настоящее время одним из наиболее прогрессивно развивающихся отраслей медицины является трансплантология. Как метод лечения она применяется при самых разнообразных заболеваниях и о клинической эффективности этого метода свидетельствует показатель годичной выживаемости, который достаточно высок в ведущих клиниках: для почки - 90-95%, сердца - 85%, печени – 80%.

***ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»***

***Статья 47. Донорство органов и тканей человека и их трансплантация (пересадка)***

1. Трансплантация (пересадка) органов и тканей человека от живого донора или трупа может быть применена только в случае, если другие методы лечения не могут обеспечить сохранение жизни пациента (реципиента) либо восстановление его здоровья.

2. Изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) у живого донора допустимо только в случае, если по заключению врачебной комиссии медицинской организации с привлечением соответствующих врачей-специалистов, оформленному в виде протокола, его здоровью не будет причинен значительный вред.

3. Изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) не допускается у живого лица, не достигшего восемнадцатилетнего возраста (за исключением случаев пересадки костного мозга) или признанного в установленном законом порядке недееспособным.

4. Изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) допускается у живого донора при наличии его информированного добровольного согласия.

5. Трансплантация (пересадка) органов и тканей человека допускается при наличии информированного добровольного согласия совершеннолетнего дееспособного реципиента, а в отношении несовершеннолетнего реципиента, а также в отношении реципиента, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если он по своему состоянию не способен дать информированное добровольное согласие, - при наличии информированного добровольного согласия одного из родителей или иного законного представителя, данного в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

6. Совершеннолетний дееспособный гражданин может в устной форме в присутствии свидетелей или в письменной форме, заверенной руководителем медицинской организации либо нотариально, выразить свое волеизъявление о согласии или о несогласии на изъятие органов и тканей из своего тела после смерти для трансплантации (пересадки) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

7. В случае отсутствия волеизъявления совершеннолетнего дееспособного умершего право заявить о своем несогласии на изъятие органов и тканей из тела умершего для трансплантации (пересадки) имеют супруг (супруга), а при его (ее) отсутствии - один из близких родственников (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушка, бабушка).

8. В случае смерти несовершеннолетнего или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, изъятие органов и тканей из тела умершего для трансплантации (пересадки) допускается на основании испрошенного согласия одного из родителей.

9. Информация о наличии волеизъявления гражданина, указанного в части 6 настоящей статьи, иных лиц в случаях, предусмотренных частями 7 и 8 настоящей статьи, выраженного в устной или письменной форме, заверенной в порядке, предусмотренном частью 6 настоящей статьи, вносится в медицинскую документацию гражданина.

10. Изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) у трупа не допускается, если медицинская организация на момент изъятия в установленном законодательством Российской Федерации порядке поставлена в известность о том, что данное лицо при жизни либо иные лица в случаях, указанных в частях 7 и 8 настоящей статьи, заявили о своем несогласии на изъятие его органов и тканей после смерти для трансплантации (пересадки).

11. Органы и ткани для трансплантации (пересадки) могут быть изъяты у трупа после констатации смерти в соответствии со статьей 66 настоящего Федерального закона.

12. В случае необходимости проведения судебно-медицинской экспертизы разрешение на изъятие органов и тканей у трупа для трансплантации (пересадки) должно быть дано судебно-медицинским экспертом с уведомлением об этом прокурора.

13. Не допускается принуждение к изъятию органов и тканей человека для трансплантации (пересадки).

14. В Российской Федерации осуществляется учет донорских органов и тканей, а также лиц, нуждающихся в лечении методом трансплантации (пересадки) органов и тканей.

15. Донорство органов и тканей человека и их трансплантация (пересадка) осуществляются в соответствии с федеральным законом.

***Статья 68. Использование тела, органов и тканей умершего человека***

1. Тело, органы и ткани умершего человека могут использоваться в медицинских, научных и учебных целях в следующих случаях:

1) при наличии письменного волеизъявления лица, сделанного им при жизни и нотариально удостоверенного в установленном порядке, о возможности такого использования;

2) если тело не востребовано после смерти человека по причине отсутствия его супруга, близких родственников (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), иных родственников, законных представителей или других лиц, взявших на себя обязанность осуществить погребение, в порядке и в сроки, установленные законодательством Российской Федерации о погребении и похоронном деле.

2. Порядок и условия передачи невостребованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях, порядок использования невостребованного тела, органов и тканей умершего человека в указанных целях, в том числе максимальный срок их использования, устанавливаются Правительством Российской Федерации. После истечения максимального срока невостребованное тело, органы и ткани умершего человека подлежат погребению в соответствии с законодательством Российской Федерации о погребении и похоронном деле.

**Закон РФ от 22 декабря 1992 г. N 4180-I"О трансплантации органов и (или) тканей человека"**

***Раздел I Общие положения***

Настоящий Закон определяет условия и порядок трансплантации органов и (или) тканей человека, опираясь на современные достижения науки и медицинской практики, а также учитывая рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения.

Трансплантация (пересадка) органов и (или) тканей человека является средством спасения жизни и восстановления здоровья граждан и должна осуществляться на основе соблюдения законодательства Российской Федерации и прав человека в соответствии с гуманными принципами, провозглашенными международным сообществом, при этом интересы человека должны превалировать над интересами общества или науки.

***Статья 1.*** Условия и порядок трансплантации органов и (или) тканей человека

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

Изъятие органов и (или) тканей у живого донора допустимо только в случае, если его здоровью по заключению консилиума врачей-специалистов не будет причинен значительный вред.

Трансплантация органов и (или) тканей допускается исключительно с согласия живого донора и, как правило, с согласия реципиента.

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

Операции по трансплантации органов и (или) тканей реципиентам производятся на основе медицинских показаний в соответствии с общими правилами проведения хирургических операций.

***Статья 2.*** Перечень органов и (или) тканей человека - объектов трансплантации

Объектами трансплантации могут быть сердце, легкое, почка, печень, костный мозг и другие органы и (или) ткани, перечень которых определяется федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения и социального развития, совместно с Российской академией медицинских наук.

Действие настоящего Закона не распространяется на органы, их части и ткани, имеющие отношение к процессу воспроизводства человека, включающие в себя репродуктивные ткани (яйцеклетку, сперму, яичники, яички или эмбрионы), а также на кровь и ее компоненты.

***Статья 3.*** Ограничение круга живых доноров

Изъятие органов и (или) тканей для трансплантации не допускается у живого донора, не достигшего 18 лет (за исключением случаев пересадки костного мозга) либо признанного в установленном порядке недееспособным.

Изъятие органов и (или) тканей не допускается, если установлено, что они принадлежат лицу, страдающему болезнью, представляющей опасность для жизни и здоровья реципиента. Изъятие органов и (или) тканей для трансплантации у лиц, находящихся в служебной или иной зависимости от реципиента, не допускается.

***Статья 4.*** Перечень учреждений здравоохранения, осуществляющих забор и заготовку органов и (или) тканей человека, перечень учреждений здравоохранения, осуществляющих трансплантацию органов и (или) тканей человека, а также правила осуществления деятельности указанных учреждений утверждаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения и социального развития, совместно с Российской академией медицинских наук.

***Статья 5.*** Медицинское заключение о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека

Медицинское заключение о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека дается консилиумом врачей соответствующего учреждения здравоохранения в составе лечащего врача, хирурга, анестезиолога, а при необходимости врачей других специальностей на основании инструкции федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения и социального развития.

Статья 6. Согласие реципиента на трансплантацию органов и (или) тканей человека

Трансплантация органов и (или) тканей человека осуществляется с письменного согласия реципиента. При этом реципиент должен быть предупрежден о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством. Если реципиент не достиг 18 лет либо признан в установленном порядке недееспособным, то такая пересадка осуществляется с письменного согласия его родителей или законного представителя.

Пересадка органов и (или) тканей реципиенту без его согласия либо без согласия его родителей или законного представителя производится в исключительных случаях, когда промедление в проведении соответствующей операции угрожает жизни реципиента, а получить такое согласие невозможно.

1. Стационар замещающие формы оказания медицинской помощи населению.

К организационным формам стационарозаменяющих услуг относятся:

* Дневные стационары в поликлиниках;
* Центры (отделения) хирургии одного дня;
* Палаты (отделения) дневного пребывания в стационарах;
* Домашние стационары.

Одним из положительных аспектов реформирования поликлиники яв­ляется внедрение новых малозатратных технологий и развитие стационарозамещающей помощи населению, которые представлены в основном ***дневными стационарами и стационарами на до­му***.

***Дневные стационары*** в амбулаторно-поликлинических учреждениях предназначены для проведения профилактических, диагностичес­ких, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных малозатратных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

Решение об открытии дневного стационара и определение его мощнос­ти принимает главный врач внебольничного ЛПО по согласованию с местным органом управления ЗО.

*Основные цели работы дневных стационаров:*

1) совершенствование организации и повышение качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях

2) повышение экономической эффективности деятельности ЛПО на основе внедрения и широкого использо­вания современных медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации

*Функции дневного стационара:*

– проведение комплексных профилактических и оздоровительных ме­роприятий лицам из групп риска повышенной заболеваемости, в том числе профессиональной, а также длительно и часто болеющим

– проведение сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготов­ки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий

– подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диа­гнозом заболевания или хроническим больным при изменении тяжести за­болевания

– проведение комплексного курсового лечения с применением совре­менных медицинских технологий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения

– осуществление реабилитационного и оздоровительного комплекс­ного курсового лечения больных и инвалидов, беременных женщин

– проведение экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудо­способности граждан и решение вопроса о направлении на МСЭ

В дневных стационарах отбор и ведение больных осуществляется, как правило, врачами общей практики, участковыми терапевтами и врачами-специалистами. В дневных стационарах специализированных профилей показания к пребыванию в них и объем проводимых лечебно-диагнос­тических мероприятий определяют врачи-специалисты и доводят эту ин­формацию до врачей общей практики и участковых терапевтов.

Создание дневных стационаров при поликлиниках позволяет прово­дить в амбулаторных условиях лечебные и диагностические процедуры, ранее осуществляемые только в больничных учреждениях, оказать по­мощь пациентам, нуждающимся в активном обследовании и лечении, ко­торые по ряду причин не могут быть госпитализированы в больницу, а так­же тем, у кого во время посещения поликлиники возникло неотложное состояние. Дневные стационары на базе поликлиник должны ориенти­роваться не только на активные методы лечения и обследования, но и в значительной степени на работу с пациентами старших возрастов с хрони­ческими заболеваниями, что, с одной стороны, имеет большое социальное значение, а с другой — освобождает койки в больницах для больных, дей­ствительно нуждающихся в стационарном лечении.

Стационары на дому – как правило, являются структурным подразделени­ем отделения неотложной помощи поликлиники, могут создаваться также на базе МСЧ, поликлинических отделений больниц, диспансеров, женских консультаций и даже больниц. Направляют больных на данное лечение участковые терапевты, врачи-специалисты и врачи неотложной помощи, а также врачи общей практики.

Организация стационара на дому обеспечивает оказание квалифициро­ванной медицинской помощи больным, нуждающимся в лечении в стацио­наре, если состояние больного и домашние условия (социальные, матери­альные, моральные) позволяют организовать необходимый уход за боль­ным на дому. В большинстве случаев в стационарах на дому наблюдаются лица стар­шего возраста с хронической патологией.

Возможно 2 метода организации работы врачей и медсе­стер в стационарах на дому:

1) централизованный – для работы в стационаре на дому специ­ально выделяют врача-терапевта и 1-2 медсестры, при этом в день обслуживается 12-14 больных

2) децентрализованный – осуществляется врачом общей практики или участковым терапевтом и медсестрой, наиболее целесообразен

Стационары на дому могут трансформироваться с передачей функций врачу общей практики или перерасти в центры амбу­латорной помощи, которые будут оказывать не только специализирован­ную, но и социальную помощь

БИЛЕТ № 15

1. Правовое обеспечение медицинской стерилизации.

В Российской Федерации [статья 57](https://dokipedia.ru/document/5162046?pid=585) Закона об основах охраны здоровья граждан предусматривает: ***"Медицинская стерилизация как специальное медицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина в возрасте старше тридцати пяти лет или гражданина, имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и информированного добровольного согласия гражданина - независимо от возраста и наличия детей".***

Исходя из общего определения, можно вывести признаки стерилизации.

1. Стерилизация рассматривается только как вид медицинского вмешательства со всеми вытекающими последствиями и распространения на него общих правил, предусматривающих условия и основания такого вмешательства (добровольность, информированность, качество, ответственность и т.д.).

2. Определены цели операции: лишение человека способности к воспроизводству или метод контрацепции. Установленную законом формулу нельзя признать удачной, поскольку получается, что лишение человека способности к воспроизводству устанавливается как самоцель, что было бы характерно для уголовного наказания.

3. Стерилизация может быть проведена только по письменному заявлению самого гражданина (есть исключение, о котором чуть ниже).

4. С заявлением о стерилизации может обратиться как мужчина, так и женщина. Требования, предъявляемые законом, не разделяются по половому признаку заявителя.

5. Медицинская организация не обязана уведомлять о проведенной операции супруга (супругу) пациента. Сведения о медицинском вмешательстве охватываются понятием врачебной тайны и не подлежат разглашению против воли лица, обратившегося за медицинской услугой[\*(9)](https://dokipedia.ru/document/5209173?pid=89).

Для проведения медицинской стерилизации в целях сохранения жизни и здоровья достаточно только информированного добровольного согласия пациента. [Перечень](https://dokipedia.ru/document/5188126?pid=8) медицинских показаний для медицинской стерилизации определяется [приказом](https://dokipedia.ru/document/5188126) Минздравсоцразвития России от 18 марта 2009 г. N 121н[\*(10)](https://dokipedia.ru/document/5209173?pid=90).

Установлен особый порядок проведения стерилизации в отношении недееспособных.

Во-первых, необходимо судебное санкционирование. Во-вторых, в этом случае стерилизация возможна только в отношении совершеннолетнего недееспособного лица (т.е. первоначально должно быть вынесено судебное решение о признании лица недееспособным). До достижения лицом 18 лет такая операция не проводится. В-третьих, инициатором заявления в суд может выступить только законный представитель. В-четвертых, лицо может быть подвергнуто стерилизации в отсутствие личного решения, только если оно само не способно выразить свою волю.

Гарантией защиты прав недееспособного выступает то, что он должен в обязательном порядке принять участие в судебном заседании. Судья должен лично убедиться в неспособности лица выражать свою волю. Никакие иные обстоятельства, подлежащие выяснению в ходе судебного разбирательства, Законом не определены. Все остается на усмотрение суда. Подобная недосказанность вызывает определенные нарекания как у юристов, так и у медиков.

2 Понятие «Динамика населения». Виды движения населения.

***Динамика населения***, то есть движение и изменение количества населения.

Изменение численности населения может происходить из-за его ***механического движения*** *—* под влиянием миграционных процессов. Кроме того, численный состав населения меняется в результате ***естественного движения*** *—* рождаемости и смертности. ***Естественное движение*** населения характеризуется рядом статистических показателей. Основными показателями естественного движения населения являются: ***рождаемость, смертность, естественный прирост населения.*** Во всех странах мира отдельно выделяют и анализируют ***показатели младенческой смертности*** (смертность детей до 1 года жизни). ***Кроме того, основные показатели естественного движения дополняются уточняющими показателями: плодовитость, материнская смертность, перинатальная смертность, структура смертности по причинам и др.***

***Механическое движение населения*** происходит в результате характерных для всей истории человечества миграционных процессов. Слово миграция происходит от латинского migratio (migro — перехожу, переселяюсь). Таким образом, миграция населения — это перемещение людей, связанное, как правило, со сменой места жительства.

***Миграция подразделяется***:

- ***на безвозвратную***, то есть с постоянной сменой постоянного места жительства;

- ***временную*** — переселение на достаточно длительный, но ограниченный срок;

- ***сезонную*** — перемещение в определенные периоды года;

- ***маятниковую*** — регулярные поездки к месту работы или учебы за пределы своего населенного пункта.

Кроме того, различают:

- ***Внешнюю миграцию***, то есть миграцию за пределы своей страны. К внешней относится эмиграция — выезд граждан из своей страны в другую на постоянное жительство или длительный срок и иммиграция - въезд граждан из другой страны в данную.

- ***Внутреннюю миграцию*** — перемещение внутри страны. К внутренней миграции относятся межрайонные переселения, а также переселение жителей на селе в город, как важная составная часть процесса ***урбанизации***.

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

БИЛЕТ № 16

1. Правовое регулирование вспомогательных репродуктивных технологий.

Правовые аспекты применения методов вспомогательных репродуктивных технологий

Отдельная статья Закона об охране здоровья (ст. 55) посвящена вспомогательным репродуктивным технологиям (ВРТ). Это проявление государственного подхода, внимания государства к проблемам людей с ограниченными репродуктивными возможностями, которые могут стать родителями лишь при помощи ВРТ.

В пункте 1 ст. 55 Закона об охране здоровья  ВРТ определяются как методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства).
В Законе об охране здоровья появилась норма прямого действия (п. 3 ст. 55), закрепляющая равное право россиян на доступ к ВРТ, включая суррогатное материнство, вне зависимости от супружеского статуса. Закон об охране здоровья устанавливает, что мужчина и женщина, как состоящие, так и не состоящие в браке, имеют право на применение ВРТ при наличии обоюдного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Одинокая женщина также имеет право на применение ВРТ при наличии ее информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Появился особый раздел, посвященный суррогатному материнству, поэтому многие говорят, что Закон об охране здоровья легализовал суррогатное материнство в нашей стране. Это не так. Понятие суррогатного материнства впервые появилось в российском законодательстве еще в 1995 году, с принятием Семейного кодекса РФ и Федерального закона от 15.11.1997 № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния», определяющих внесудебный порядок установления происхождения и регистрации детей, родившихся в результате применения методов ВРТ, включая и суррогатное материнство. Суррогатное материнство упоминается также в тексте Инструкции по применению методов вспомогательных репродуктивных технологий (далее — Инструкция), являющейся приложением к приказу Минздрава России от 26.02.2003 № 67 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия», регулирующим технические аспекты применения ВРТ. Впрочем, п. 7 Инструкции устанавливает, что правовые аспекты суррогатного материнства определяются действующим законодательством Российской Федерации. Пункт 9 ст. 55 Закона об охране здоровья определяет суррогатное материнство как «вынашивание и рождение ребенка (в том числе преждевременные роды) по договору, заключаемому между суррогатной матерью (женщиной, вынашивающей плод после переноса донорского эмбриона) и потенциальными  родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, либо одинокой женщиной, для которых вынашивание и рождение ребенка невозможно по медицинским показаниям». Впервые в отечественной практике законодательно закреплено требование обязательного заключения договора между родителями — заказчиками программы суррогатного материнства и суррогатной матерью. Правда, договор этот по-прежнему не может обязать суррогатную мать передать выношенного ею ребенка его родителям и лишь регулирует алгоритм осуществления программы суррогатного материнства, права и обязанности сторон, равно как и их финансовую ответственность при наступлении тех или иных обстоятельств. Несомненным плюсом Закона об охране здоровья является то, что наконец-то появилась особая норма прямого действия, однозначно устанавливающая, что наличие брака не является обязательным условием для участия в программе суррогатного материнства. Чтобы избежать двусмысленности, законодатели еще раз подтвердили то, что, в принципе, и так следовало из уже существующих правовых норм, в частности, из ст. 35 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Теперь пары, не состоящие в официально зарегистрированном браке, а также одинокие женщины — пациентки клиник репродукции могут не бояться, что им откажут в реализации программы суррогатного материнства, а при регистрации их новорожденных возникнут проблемы, как это часто бывало ранее.
Услугами суррогатной матери в соответствии с Законом об охране здоровья в России будет возможно воспользоваться лишь при наличии установленных медицинских показаний. В соответствии с Инструкцией это отсутствие матки (врожденное или приобретенное); деформация полости или шейки матки при врожденных пороках развития или в результате заболеваний; синехии полости матки, не поддающиеся терапии; соматические заболевания, при которых вынашивание беременности противопоказано; неудачные повторные попытки ЭКО при неоднократном получении эмбрионов высокого качества, перенос которых не приводил к наступлению беременности.
Пункт 10 ст. 55 Закона об охране здоровья устанавливает, что суррогатной матерью может быть женщина в возрасте от 20 до 35 лет, имеющая не менее одного здорового собственного ребенка, получившая медицинское заключение об удовлетворительном состоянии здоровья, давшая письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.
Закон об охране здоровья впервые в российской практике установил, что суррогатная мать не может быть одновременно донором яйцеклетки.
Пунктом 7 ст. 55 Закона об охране здоровья устанавливается, что донорами половых клеток могут быть граждане в возрасте от 18 до 35 лет, физически и психически здоровые, прошедшие медико-генетическое обследование. (Неприятная новость для мужчин: прежде сперму можно было сдавать до 40 лет.) Однако закон не требует наличия у доноров собственных детей.
Появилась норма прямого действия, устанавливающая запрет на выбор пола будущего ребенка. Пункт 4 ст. 55 гласит: «При использовании вспомогательных репродуктивных технологий выбор пола будущего ребенка не допускается, за исключением случаев возможности наследования заболеваний, связанных с полом», т. е. при наличии риска рождения детей с мутацией любого изолированного гена или хромосомных аномалий (формулировка Инструкции). Сейчас пол будущего малыша с большой степенью достоверности можно выбрать при помощи цитометрической сортировки спермы или же методом Эрикссона на стадии, предшествующей зачатию, либо — уже гарантированно — методом предымплантационной генетической диагностики (PGD) — после создания эмбриона, но до его переноса в полость матки. Таким образом, закон запрещает все методики определения пола на стадии, предшествующей имплантации эмбриона.

1. Принципы формирования и работы МКБ-10.

***Международная статистическая классификация болезней (МКБ)*** – это система группировки болезней и патологических состояний, отражающая современный этап развития медицинской науки. Это ***–*** система рубрик, в которые конкретные нозологические единицы включены с принятыми критериями.

***МКБ -*** это основной документ при изучении состояния здоровья в странах-членах ВОЗ.

Цель: систематизировать и унифицировать в разных странах в различное время – регистрацию, анализ, интерпретацию, сравнение показателей заболеваемости, смертности и других составляющих общественное здоровье; сгруппировать однотипные патологические состояния с целью аналитической обработки.

Принципы построения МКБ:

1. этиологический
2. патогенетический
3. локализации
4. общности особых состояний.

**МКБ-10** – Международная статистическая классификация болезней и проблем связанных со здоровьем 10-го пересмотра. В ней сгруппированы:

* эпидемические болезни;
* конституционные или общие болезни;
* местные болезни, сгруппированные по анатомической локализации;
* болезни, связанные с развитием;
* травмы.

МКБ-10 утверждена 43-й сессией ВОЗ в 1989г. и рекомендована к внедрению с 1993г. Но, в России, США с 01.01.1999г.

ВОЗ получает информацию по 3-м знакам, 4-й для использования внутри государств, более углубленных исследований.

МКБ-10 – буквенно-цифровая классификация: 1-ый знак - английская буква (кроме U – для временного обозначения невыясненной этиологии); 2-ой и 3-ий знаки - точка , 4-й знак - цифра.

Болезни разделены на классы, классы на блоки (258), блоки на рубрики (шифруются тремя знаками), рубрики – на подрубрики (шифруются четырьмя и более знаками). МКБ-10 состоит из трех томов:

 1-й том – полный перечень трехзначных и четырехзначных подрубрик, перечень рубрик, по которым страны подают информацию о заболеваниях и причинах смерти в ВОЗ, а также специальные перечни для статистической разработки смертности и заболеваемости.

 2-й том – описание МКБ-10, ее цели, области применения, инструкции, правила, история.

 3-й том – алфавитный перечень заболеваний и характера повреждений, перечня внешних причин повреждений и таблиц лекарств и химикатов (около 5,5 тыс. наименований).

 Отличия от предшествующей МКБ-9:

* МКБ-10 содержит 21 класс (римскими цифрами), а до этого 17.
* буквенно-цифровая (до этого цифровая).
* более конкретизированная (некоторые рубрики содержит одно заболевание).
* внутри рубрик болезни расположены с учетом частоты и их значимости для здравоохранения.
* более точная (особенно в отношении травм).
* уменьшено число синдромов, включенных в класс неточно обозначенных состояний (выдвигает более строгие требования к формулировке диагноза).
* МКБ-10 позволяет оценивать некоторые болезни по степени тяжести путем введения кода множественного поражения органов и систем.

Принято решение о развитии МКБ, в частности создании «семейства» классификаций: для большей детализации, описания состояний, не входящих в понятие болезней или процедур, описание дефинициации. Некоторые содержат 5-6 знаков.

* Класс I - Некоторые инфекционные и паразитарные болезни(Коды A00-B99)
* Класс II – Новообразования(Коды C00-D48)
* Класс III - Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм(Коды D50-D89)
* Класс IV - Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ(Коды E00-E90)
* Класс V - Психические расстройства и расстройства поведения(Коды F00-F99)
* Класс VI - Болезни нервной системы(Коды G00-G99)
* Класс VII - Болезни глаза и его придаточного аппарата(Коды H00-H59)
* Класс VIII - Болезни уха и сосцевидного отростка(Коды H60-H95)
* Класс IX - Болезни системы кровообращения(Коды I00-I99)
* Класс X - Болезни органов дыхания(Коды J00-J99)
* Класс XI - Болезни органов пищеварения(Коды K00-K93)
* Класс XII - Болезни кожи и подкожной клетчатки(Коды L00-L99)
* Класс XIII - Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани(Коды M00-M99)
* Класс XIV - Болезни мочеполовой системы(Коды N00-N99)
* Класс XV - Беременность, роды и послеродовой период(Коды O00-O99)
* Класс XVI - Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде(Коды P00-P96)
* Класс XVII - Врожденные аномалии [пороки крови], деформации и хромосомные нарушения(Коды Q00-Q99)
* Класс XVIII - Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках(Коды R00-R99)
* Класс XIX - Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин(Коды S00-T98)
* Класс XX - Внешние причины заболеваемости и смертности(Коды V01-Y98)
* Класс XXI - Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения(Z00-Z99)

Как уже говорилось выше, сердцевиной классификации является 1 том, который в десятом пересмотре включил в себя 21 класс. Первые семнадцать из них (А00-Q99) относятся к заболеваниям и другим патологическим состояниям. 18-й класс (R00-R99) охватывает симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, а также неточно обозначенные состояния, в отношении которых не сформулирован диагноз, который можно было бы отнести к какому-либо из первых семнадцати классов. В этот класс включен так же блок рубрик (R95-R99), предназначенных для кодирования неточно обозначенных и неизвестных причин смерти.

19-й класс (S00-T98) включает в себя рубрики, идентифицирующие различные виды травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин, в том числе и рубрики, предназначенные для идентификации ряда осложнений хирургических и терапевтических вмешательств.

20-й и 21-й классы, которые раньше рассматривались как дополнение к основной классификации, теперь с введением десятого пересмотра получили равноценный с другими классами статус.

20-й класс "Внешние причины заболеваемости и смертности" (V01-Y98) преимущественно используется для классификации происшествий (условий и мест их возникновения, обстоятельств), послуживших причиной травм, отравлений и других неблагоприятных воздействий, классифицированных в девятнадцатом классе, и в случаях смерти от этих состояний в статистической разработке предпочтение должно быть отдано рубрикам двадцатого класса.

21-й класс (Z00-Z99) дает возможность учесть и классифицировать факторы, влияющие на здоровье и побуждающие человека, который не обязательно является больным, обращаться в учреждение здравоохранения (например, для профилактической вакцинации или обследования, получения совета по имеющейся проблеме, влияющей на здоровье и т.д.).

2 том классификации представляет собой инструктивное руководство по использованию МКБ-10.

3 том включает в себя Алфавитный указатель к полному перечню рубрик (том 1) и является существенным к нему дополнением, так как содержит большое число диагнозов и менее уточненных состояний, представленных в томе 1. Таким образом, Алфавитный указатель включает в себя практически все диагностические термины, используемые в настоящее время в медицинской практике.

БИЛЕТ № 17

1. Искусственное прерывание беременности.

# Статья 56. ФЗ 323 «Искусственное прерывание беременности»

#  1. Каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при наличии информированного добровольного [согласия](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_197667/#dst100011).

2. [Искусственное прерывание беременности](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_194120/#dst100394) по желанию женщины проводится при сроке беременности до двенадцати недель.

3. Искусственное прерывание беременности проводится:

1) не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности:

а) при сроке беременности четвертая - седьмая недели;

б) при сроке беременности одиннадцатая - двенадцатая недели, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;

2) не ранее семи дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности восьмая - десятая недели беременности.

4. Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится при сроке беременности до двадцати двух недель, а при наличии медицинских показаний - независимо от срока беременности.

5. [Социальные показания](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_126022/#dst100005) для искусственного прерывания беременности определяются Правительством Российской Федерации.

6. [Перечень](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_125799/#dst100010) медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

7. Искусственное прерывание беременности у совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной, если она по своему состоянию не способна выразить свою волю, возможно по решению суда, принимаемому по заявлению ее [законного представителя](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99661/#dst100004) и с участием совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной.

8. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет за собой административную или уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

 2. Понятие «Статика населения». Метод изучения.

Статика населения – численный состав населения на определенный момент времени, изучается по ряду основных признаков: пол, возраст, со­циальные группы, профессия, семейное положение, национальность, язык, культурный уровень, религия, место жительства, географическое размещение, плотность населения и т. д.

Основной метод изучения статики населения – Пе­репись – это социальное, отвечающее определенным требованиямнаучно-организованная статистическая операция, проводимая с целью получения данных о численности населения, его составе и размещении.

Перепись населения должна ***дать характеристику численности и состава населения на какой-то определенный момент, но чтобы выполнить это условие, необходимо приурочить получение данных к какой-то дате и даже числу***. Принято проводить перепись населения, как правило **каждые 10 лет** (предпоследняя перепись проводилась в 1989 году, последняя - в октябре 2002 года).

**Цели проведения переписи населения:**

* Для планирования развития сети ЛПУ, центров санэпиднадзора, для разработки планов оздоровительных мероприятий, для подготовки и распределения медицинских кадров
* Для вычисления общих и, особенно, специальных возрастно-половых показателей рождаемости, смертности, заболеваемости, обеспеченности населения различными видами медицинской помощи

**Требования к проведению переписи населения:**

* Охват всего населения
* Единая программа для всего населения
* Поименность при сборе информации, но последующее «обезличивание» данных
* Личный опрос каждого взрослого по месту фактического проживания
* Строгое соблюдение тайны
* Одномоментность проведения переписи

БИЛЕТ № 18

1. Права беременных и матерей в сфере охраны здоровья.

**Статья 52. Права беременных женщин и матерей в сфере охраны здоровья**

1. Материнство в Российской Федерации охраняется и поощряется государством.

2. Каждая женщина в период беременности, во время родов и после родов обеспечивается медицинской помощью в медицинских организациях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3. Обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет, в том числе через специальные пункты питания и организации торговли, осуществляется по заключению врачей в соответствии с законодательством субъектов Российской Федерации.

 2 Виды заболеваемости по данным обращаемости.

В статистике выделяют следующие виды заболеваемости по обра­щаемости:

***1. Общая заболеваемость.*** При изучении общей заболеваемости за единицу учета принимается первое обращение к врачу по поводу данного заболевания в данном кален­дарном году. Диагнозы острых заболеваний регистрируются каждый раз при их возникновении, диагнозы хронических заболеваний - только 1 раз в году (без учета обострений). Учет заболеваемости по данным обращаемости ведется на основании разработки «Статистических талонов для регистрации заключитель­ных (уточненных) диагнозов» *(ф.025-2/у).*Талон заполняется на все забо­левания и травмы, кроме острых инфекционных заболеваний, во всех поли­клиниках, амбулаториях в городах и сельской местности.

***2. Инфекционная заболеваемость.*** О каждом случае возникновения инфекционного заболевания должны быть оповещены органы ГСЭН. Инфекции, о которых необходимо опове­щать, можно разделить на 4 группы:

1). Карантинные инфекции (чума, холера, натуральная оспа, желтая лихо­радка)

2). Туберкулез, сифилис, гонорея, трахома, грибковые заболевания, лепра -информация об этих заболеваниях собирается системой специализиро­ванных лечебно-профилактических учреждений

3). Заболевания, о которых лечебно-профилактическое учреждение пред­ставляет только суммарную (цифровую) информацию в органы сан-эпиднадзора и которые по классификации не относятся к классу инфек­ционных заболеваний (грипп, ОРВИ);

4). Заболевания, о каждом случае которых делаются сообщения в местные органы санэпиднадзора с приведением детальных сведений о заболева­нии (брюшной тиф, паратифы и другие сальмонеллезы, дизентерия, эн­териты, детские инфекции, менингиты, энцефалиты, инфекционный ге­патит, столбняк, полиомиелит, бешенство и др.)

В случае обнаружения заболеваний 2 и 4 группы заполняется **«Экс­тренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (ф.058/у).**Этот документ служит для информации органов санэпиднадзора по месту обнаружения заболевания с целью принятия необходимых мер.

Для учета и контроля движения извещений в лечебно-профилактичес­ких учреждениях и органах санэпиднадзора-имеются специальные журналы (ф.ОбО/у), в которых ведется запись отправленных и полученных извещений.

На основании извещений и журналов органами санэпиднадзора ежеме­сячно составляется отчет «О движении инфекционных заболеваний» (ф.85-инф.), который является единственным источником информации для выше­стоящих организаций об инфекционной заболеваемости.

О заболеваниях 3 группы органы санэпиднадзора получают информа­цию из лечебно-профилактических учреждений на основании ф.95 - грипп (суммарные сведения о числе зарегистрированных заболеваний ОРВИ и гриппом).

***3. Заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями.*** К важнейшими неэпидемическим заболеваниям относятся: туберкулез, венерические заболевания, микозы, трахома, злокачественные новообразо­вания, психические болезни и др. Эти заболевания требуют раннего выявле­ния, всестороннего обследования больных, взятия их на диспансерный учет, постоянного наблюдения за ними и специального лечения, а в ряде случаев и выявления контактов.

При обнаружении данных заболеваний заполняется *«Извещение о боль­ном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахо­мы, психического заболевания» (ф.069/у) или «Извещение о больном с впер­вые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» (ф. 090/у).*

Составленное извещение в трехдневный срок пересылают в районный (городской) диспансер по месту жительства больного.

***4. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности.*** Существует две системы учета заболеваемости с ВУТ:

1) *Сигнальная система --*выписав больничный лист врач сразу же со­общает об этом на место работы пациента. Это наиболее точный учет, одна­ко в больших городах он сложно выполним.

2) *Система последующего учета -*наиболее распространенная По окончании заболевания листок нетрудоспособности сдастся администрации предприятия, после чего переходит в ведение профсоюзных органов для составления отчета.

***5. Госпитализированная заболеваемость.*** Единицей учета является случаи госпитализации больного в стационар, а учетным документом **-**- **«Статистическая карта выбывшего из стационара»(ф.066/у).**Карта составляется одновременно с записью эпикриза в «Медицинской карте стационарного больного» лечащим врачом на всех выбывших из стационара (выписанных или умерших), в том числе и ро­дильниц, выписанных после нормальных родов. Она заполняется также на выбывших новорожденных, родившихся или заболевших в стационаре.

БИЛЕТ № 19

1. Правовые основы оказания психиатрической помощи.

**Правовым основанием** для регулирования вопросов оказания психиатрической помощи является, принятый 2 июля 1992 г. Закон "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

**Психиатрическая помощь** включает в себя обследование психического здоровья граждан, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

Психиатрическая помощь гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина. Диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами и не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями, либо на иных причинах, непосредственно связанных с состоянием его психического здоровья.

Психиатрическую помощь оказывают получившие на это разрешение государственные, негосударственные психиатрические и психоневрологические учреждения и частнопрактикующие врачи-психиатры.

При оказании психиатрической помощи врач-психиатр независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показателями, врачебном долгом и законом. Врач-психиатр, мнение которого не совпадает с решением врачебной комиссии, вправе дать свое заключение, которое приобщается к медицинской документации.

Врачи-психиатры, иные специалисты, медицинский и другой персонал, участвующие в оказании психиатрической помощи, имеют право на льготы, установленные законодательством Российской Федерации для лиц, занятых деятельностью в особых условиях труда, а также подлежат обязательному государственному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей.

В случае причинения вреда здоровью, повлекшего временную утрату трудоспособности лица, участвующего в оказании психиатрической помощи, ему выплачивается страховая сумма в пределах его годового денежного содержания, в зависимости от тяжести причиненного ущерба. При наступлении инвалидности страховая сумма выплачивается в размере от годового до пятилетнего денежного содержания в зависимости от степени утраты трудоспособности лица, а в случае его смерти страховая сумма выплачивается его наследникам в размере десятикратного годового денежного содержания.

Психиатрическая помощь может быть оказана в добровольном (по просьбе или с согласия лица, страдающего психическим расстройством или его законного представителя) и недобровольном (принудительном порядке).

При добровольном обращении за психиатрической помощью отношения между гражданином-пациентом и учреждением (частнопрактикующим врачом) складываются на основании договора по оказанию медицинской помощи.

Лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится только после получения его письменного согласия. Несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей.

Психиатрическая помощь может осуществляться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или ***без согласия его законного представителя в следующих случаях:***

*1) при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям предусмотренным УК РФ и УПК РФ;*

*2) при недобровольном психиатрическом освидетельствовании, диспансерном наблюдении, госпитализации по основаниям, предусмотренным Законом "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (ст. 23, 29).*

***Принудительные меры медицинского характера*** применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных УК РФ и УПК РФ. Принудительные меры медицинского характера осуществляются в психиатрических учреждениях органов здравоохранения. Лица, помещенные в психиатрические стационары по решению суда о применении принудительных мер медицинского характера, пользуются правами пациентов психиатрических стационаров. Они признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в психиатрическом стационаре и имеют право на пособие по государственному социальному страхованию или на пенсию на общих основаниях. Выписка пациента, к которому по решению суда применены принудительные меры медицинского характера, производится только по решению суда.

Недобровольное психиатрическое освидетельствование лица без его согласия может быть проведено в случаях, когда, по имеющимся данным, обследуемый находится на диспансерном наблюдении или совершает действия, дающие основание предполагать наличие у него тяжелого психиатрического расстройства, которое обусловливает:

1) его непосредственную опасность для себя или окружающих;

2) его беспомощность, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;

3) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи (ст. 23 Закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании").

В этих случаях решение принимает врач-психиатр самостоятельно или с санкции судьи. Если лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, то заявление о недобровольном психиатрическом освидетельствовании может быть подано устно родственниками, врачом любой медицинской специальности, должностными лицами и иными гражданами, а решение принимается врачом-психиатром немедленно и оформляется записью в медицинской документации.

При отсутствии непосредственной опасности лица для себя и окружающих заявление о психиатрическом освидетельствовании в недобровольном порядке должно быть письменным, содержать подробные сведения, обосновывающие необходимость такого освидетельствования, и указание на отказ лица либо его законного представителя от обращения к врачу-психиатру.

Установив обоснованность заявления о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия, врач-психиатр направляет в суд по месту жительства лица свое письменное мотивированное заключение о необходимости такого освидетельствования и другие имеющиеся материалы. Судья решает вопрос о даче санкции в трехдневный срок с момента получения всех материалов. Действия судьи могут быть обжалованы в суд.

**Диспансерное наблюдение предполагает** наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание ему необходимой медицинской и медико-социальной помощи и устанавливается независимо от согласия в отношении лица, страдающего хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или частично обостряющимися болезненными проявлениями.

Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь. Мотивированное решение врачей-психиатров оформляется записью в медицинской документации.

**Лицо страдающее психическим расстройством может быть госпитализировано** в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до вынесения постановления суда по решению врача-психиатра, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обусловливает:

1) его непосредственную опасность для себя или окружающих;

2) его беспомощность, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;

3) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи (ст. 29 Закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании").

Лицо, помещенное в психиатрический стационар по указанным основаниям, ***подлежит обязательному освидетельствованию*** в течении 48 ч комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. В случаях, когда госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке.

Если госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течении 24 ч направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения его представителем для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в нем.

Принимая заявления о госпитализации лица в психиатрический стационар и мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров, судья одновременно дает санкцию на пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде. Заявление рассматривается судьей в течении 5 дней с момента его принятия. Лицу должно быть предоставлено право лично участвовать в судебном рассмотрении вопроса о его госпитализации. Если по сведениям, полученным от представителя психиатрического учреждения, психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении вопроса о его госпитализации в помещении суда, то заявление о госпитализации рассматривается судьей в психиатрическом учреждении. Участие в рассмотрении заявления прокурора, представителя психиатрического учреждения, ходатайствующего о госпитализации и представителя лица, в отношении которого решается вопрос о госпитализации, обязательно.

Рассмотрев заявление по существу, судья удовлетворяет либо отклоняет его. Постановление судьи об удовлетворении заявления является основанием для госпитализации и дальнейшего содержания лица в психиатрическом стационаре.

**Постановление судьи** в десятидневный срок со дня вынесения может быть обжаловано лицом, помещенным в психиатрический стационар, его представителем, руководителем психиатрического учреждения, а также организацией, которой законом либо ее уставом предоставлена защита прав граждан, или прокурором.

Выписка пациента, госпитализированного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, производится по заключению комиссии врачей-психиатров или постановлению судьи об отказе в продлении такой госпитализации в случаях выздоровления или улучшения его психического состояния, при котором не требуется дальнейшего стационарного лечения, а также завершения обследования или экспертизы, явившихся основаниями для помещения в стационар.

2. Общие и специальные показатели естественного движения населения.

***Естественное движение населения*** (воспроизводство населения)- изменение численности населения, происходящее за счет рождаемости и смертности.

***1.Общий интенсивный показатель рождаемости*** – это показатель частоты рождений на 1000 жителей.

***1.1.Специальные показатели (коэффициенты) рождаемости:***

* Показатель общей плодовитости – это отношение числа детей, родившихся живыми за год к численности женщин от 15 до 49 лет Х на 1000
* Показатель брачной плодовитости – это отношение числа детей, родившихся живыми за год к численности женщин, состоящих в браке Х на 1000
* Показатель суммарной плодовитости - общая плодовитость вычисленная на 1000 женщиндетородного возраста
* Брутто-коэффициент воспроизводства - суммарный показатель плодовитости \* на % девочек среди родившихся (В норме д.б. не менее 1,4)
* Нетто- коффициент воспроизводства - дает представление, характеризует степень замещения поколения женщин их дочерьми при сохранении соответствующих уровней рождаемости и смертности (в норме нетто-коэффициент д.б. не менее 1,0)

***2.Общий интенсивный показатель смертности -*** это показатель частоты смертей на 1000 жителей.

***2.1.Специальные показатели (коэффициенты) смертности:***

* Повозрастной показатель смертности – это отношение численности умерших в определенном возрасте к численности населения в этом возрасте \*1000
* Половая структура смертности – это отношение численности умерших женщин (мужчин) к численности женского (мужского) населения \*1000
* Материнская смертность – **интегральный демографический показатель**вычисляется как отношение числа умерших беременных (с начала беременности), рожениц, родильниц в течение 42 дней послепрекращения беременности (по причинам, связанным или обусловленных беременностью к числу живорожденных детей \* 100000
* Перинатальная смертность–это отношение детей, рожденных мертвыми и умерших в первую неделю жизни к общему числу детей, рожденных живыми и мертвыми \* 1000
* Младенческая смертность – **интегральный демографический показатель**. Это смертность детей на 1-ом году жизни включает в себя неонатальную (в первый месяц жизни – раннюю (в первые 7 дней жизни) и позднюю (2,3,4 недели жизни) смертность и постнеонатальную смертность (с 29 дня жизни до 1 года).

***3.Естественный прирост населения –*** также относится к показателям естественного движения населения. Это разность между коэффициентом рождаемости и коэффициентом смертности.

***4. Средняя продолжительность предстоящей жизни -* интегральный демографический показатель*,***характеризующий социально-экономическое и санитарно-гигиеническое благополучие общества.

БИЛЕТ № 20

1.Правовые основы оказания противотуберкулезной помощи

ФЗ 77 от 18 июня 2001 года «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»

***Статья 8. Оказание противотуберкулезной помощи***

1. Больные туберкулезом, нуждающиеся в оказании противотуберкулезной помощи, получают такую помощь в медицинских противотуберкулезных организациях, имеющих соответствующие лицензии.

2. Лица, находящиеся или находившиеся в контакте с больным туберкулезом, в соответствии с законодательством Российской Федерации проходят обследование в целях выявления туберкулеза.

3. Вакцинация против туберкулеза в целях его профилактики осуществляется в соответствии с национальным календарем профилактических прививок.

4. В целях выявления туберкулеза периодически проводятся профилактические медицинские осмотры граждан, порядок и сроки проведения которых устанавливаются уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

(в ред. Федерального закона от 23.07.2008 N 160-ФЗ)

5. Руководители медицинских организаций и граждане, занимающиеся частной медицинской деятельностью, обязаны направлять в медицинские противотуберкулезные организации органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, а также территориальные органы, созданные в установленном законодательством Российской Федерации порядке для осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора в субъектах Российской Федерации, информацию о выявленных на соответствующих территориях в течение года больных туберкулезом и о каждом освобождающемся из учреждений уголовно-исполнительной системы больном туберкулезом.

(в ред. Федерального закона от 22.08.2004 N 122-ФЗ)

6. Своевременное выявление больных туберкулезом сельскохозяйственных животных, оздоровление неблагополучных в отношении туберкулеза организаций по производству и хранению продуктов животноводства осуществляются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7. Реализация продукции, произведенной в неблагополучных в отношении туберкулеза организациях по производству и хранению продуктов животноводства, осуществляется в соответствии с санитарными и ветеринарными правилами профилактики туберкулеза сельскохозяйственных животных и борьбы с указанным заболеванием.

Статья 9. Диспансерное наблюдение

1. Диспансерное наблюдение за больными туберкулезом проводится в порядке, установленном уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

(в ред. Федерального закона от 23.07.2008 N 160-ФЗ)

2. Диспансерное наблюдение за больными туберкулезом устанавливается независимо от согласия таких больных или их законных представителей.

3. Решение о необходимости диспансерного наблюдения или его прекращения принимается комиссией врачей, назначенной руководителем медицинской противотуберкулезной организации, которая оказывает противотуберкулезную помощь амбулаторно, и оформляется в медицинских документах записью об установлении диспансерного наблюдения или о его прекращении, о чем в письменной форме извещается лицо, подлежащее диспансерному наблюдению.

1. Медицинская форма, по которой изучают общую заболеваемость.

***Общая заболеваемость.*** При изучении общей заболеваемости за единицу учета принимается первое обращение к врачу по поводу данного заболевания в данном кален­дарном году. Диагнозы острых заболеваний регистрируются каждый раз при их возникновении, диагнозы хронических заболеваний - только 1 раз в году (без учета обострений). Учет заболеваемости по данным обращаемости ведется на основании разработки «Статистических талонов для регистрации заключитель­ных (уточненных) диагнозов» *(ф.025-2/у).*Талон заполняется на все забо­левания и травмы, кроме острых инфекционных заболеваний, во всех поли­клиниках, амбулаториях в городах и сельской местности.

БИЛЕТ № 21

1. Правовое регулирование деятельности целителей и экстрасенсов.

***Основным законом, регулирующим деятельность целителей в РФ является Статья 50 из 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ". Статья 50. Народная медицина***

1. Народной медициной являются методы оздоровления, утвердившиеся в народном опыте, в основе которых лежит использование знаний, умений и практических навыков по оценке и восстановлению здоровья. К народной медицине не относится оказание услуг оккультно-магического характера, а также совершение религиозных обрядов.

2. Право на занятие народной медициной имеет гражданин, получивший разрешение, выданное органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

3. Решение о выдаче разрешения на занятие народной медициной принимается на основании заявления гражданина и представления медицинской профессиональной некоммерческой организации либо заявления гражданина и совместного представления медицинской профессиональной некоммерческой организации и медицинской организации. Разрешение дает право на занятие народной медициной на территории субъекта Российской Федерации, органом исполнительной власти которого выдано такое разрешение.

4. Лицо, получившее разрешение, занимается народной медициной в порядке, установленном органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

5. Лишение гражданина разрешения на занятие народной медициной производится по решению органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, выдавшего такое разрешение, и может быть обжаловано в суд.

6. Народная медицина не входит в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7. Незаконное занятие народной медициной, а также причинение вреда жизни или здоровью граждан при занятии народной медициной влечет за собой ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

2. Особенности структуры управления здравоохранением на современном этапе.

В соответствии с Конституцией Российской Федерации (РФ) проблемы здравоохранения относятся к совместному ведению Российской Федерации и ее субъектов, которые во взаимодействии обеспечивают координацию вопросов в области здравоохранения.

В Главе 3 статей 14-17 323-ФЗ распределены и закреплены полномочия в сфере охраны здоровья между федеральными органами, органами государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправлении.

Права и обязанности медицинских организаций закреплены статьями 78 и 79 323-ФЗ.

Организация системы охраны здоровья осуществляется путем государственного управления, включающего в себя: нормативное правовое регулирование, разработку и осуществление мероприятий по профилактике возникновения и распространения заболеваний, в том числе социально значимых и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, формирование здорового образа жизни населения и основывается на функционировании и развитии государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

Государственную систему здравоохранения составляют федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья, их территориальные органы, исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, органы управления в сфере охраны здоровья иных федеральных органов исполнительной власти, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, Российской академии наук и исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации, медицинские организации и фармацевтические организации, организации здравоохранения по обеспечению надзора в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, судебно-экспертные учреждения, иные организации и их обособленные подразделения, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья.

БИЛЕТ № 22

1. Определение момента смерти человека и прекращение реанимационных мероприятий

**Статья 66. Определение момента смерти человека и прекращения реанимационных мероприятий**

1. Моментом смерти человека является момент смерти его мозга или его биологической смерти (необратимой гибели человека).

2. Смерть мозга наступает при полном и необратимом прекращении всех его функций, регистрируемом при работающем сердце и искусственной вентиляции легких.

3. Диагноз смерти мозга устанавливается консилиумом врачей в медицинской организации, в которой находится пациент. В составе консилиума врачей должны присутствовать анестезиолог-реаниматолог и невролог, имеющие опыт работы в отделении интенсивной терапии и реанимации не менее пяти лет. В состав консилиума врачей не могут быть включены специалисты, принимающие участие в изъятии и трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей.

4. Биологическая смерть человека устанавливается на основании наличия ранних и (или) поздних трупных изменений.

5. Констатация биологической смерти человека осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером).

6. Реанимационные мероприятия прекращаются в случае признания их абсолютно бесперспективными, а именно:

1) при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга, в том числе на фоне неэффективного применения полного комплекса реанимационных мероприятий, направленных на поддержание жизни;

2) при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение тридцати минут;

3) при отсутствии у новорожденного сердцебиения по истечении десяти минут с начала проведения реанимационных мероприятий (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).

7. Реанимационные мероприятия не проводятся:

1) при состоянии клинической смерти (остановке жизненно важных функций организма человека (кровообращения и дыхания) потенциально обратимого характера на фоне отсутствия признаков смерти мозга) на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью;

2) при наличии признаков биологической смерти человека.

8. Порядок определения момента смерти человека, в том числе критерии и процедура установления смерти человека, порядок прекращения реанимационных мероприятий и форма протокола установления смерти человека определяются Правительством Российской Федерации.

2. Вторичные факторы риска здоровью.

***Вторичные факторы риска***– это заболевания, отягощающие течение других болезней и патологических состояний (прежде всего сахарный диабет, атеросклероз, артериальная гипертензия, ожирение), удельный вес которых в современном мире растет.

Комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических и психологических мер, направленных на ***раннее выявление заболеваний,***предупреждение обострений, осложнений и хронизации патологического процесса, а также инвалидизации и преждевременной смертности называют ***вторичной профилактикой.***

БИЛЕТ № 23

1. Порядок проведения патологоанатомических вскрытий

**Статья 67. Проведение патолого-анатомических вскрытий**

1. Патолого-анатомические вскрытия проводятся врачами соответствующей специальности в целях получения данных о причине смерти человека и диагнозе заболевания.

2. Порядок проведения патолого-анатомических вскрытий определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

3. По религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего или при волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни, патолого-анатомическое вскрытие не производится, за исключением случаев:

1) подозрения на насильственную смерть;

2) невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;

3) оказания умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;

4) подозрения на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов;

5) смерти:

а) связанной с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий, во время или после операции переливания крови и (или) ее компонентов;

б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него;

в) от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;

г) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;

д) беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно;

6) рождения мертвого ребенка;

7) необходимости судебно-медицинского исследования.

4. При проведении патолого-анатомического вскрытия гистологический, биохимический, микробиологический и другие необходимые методы исследований отдельных органов, тканей умершего или их частей являются неотъемлемой частью диагностического процесса в целях выявления причин смерти человека, осложнений основного заболевания и сопутствующего заболевания, его состояния. Волеизъявление умершего, высказанное при его жизни, либо письменное заявление супруга, близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего о проведении таких исследований не требуется.

5. Заключение о причине смерти и диагнозе заболевания выдается супругу, близкому родственнику (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушке, бабушке), а при их отсутствии иным родственникам либо законному представителю умершего, правоохранительным органам, органу, осуществляющему государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, и органу, осуществляющему контроль качества и условий предоставления медицинской помощи, по их требованию.

6. Супругу, близкому родственнику (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушке, бабушке), а при их отсутствии иным родственникам либо законному представителю умершего предоставляется право пригласить врача-специалиста (при наличии его согласия) для участия в патолого-анатомическом вскрытии.

7. Заключение о результатах патолого-анатомического вскрытия может быть обжаловано в суде супругом, близким родственником (детьми, родителями, усыновленными, усыновителями, родными братьями и родными сестрами, внуками, дедушкой, бабушкой), а при их отсутствии иным родственником либо законным представителем умершего в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

8. Патолого-анатомическое вскрытие проводится с соблюдением достойного отношения к телу умершего человека и сохранением максимально его анатомической формы.

2. Методы изучения заболеваемости населения.

Заболеваемость населения изучается тремя методами:

А) по данным обращаемости населения за медицинской помощью – основу заложили земские врачи, предложившие карточки; позволяет выявить клинически выраженные заболеванияия за медицинской помощью. ости

Б) по данным медицинских осмотров – выявляются начальные формы заболевания, а также латентные, скрытые формы.

В) по данным о причинах смерти – выявляются латентные заболевания, не диагностированные при жизни, маскирующиеся заболевания (при несоответствии клинического и посмертного диагнозов).

БИЛЕТ № 24

1.Права и обязанности пациентов

**Статья 18. Право на охрану здоровья**

1. Каждый имеет право на охрану здоровья.

2. 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 помощью.

**Статья 19. Право на медицинскую помощь**

1. Каждый имеет право на медицинскую помощь.

2. Каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

3. Право на медицинскую помощь иностранных граждан, проживающих и пребывающих на территории Российской Федерации, устанавливается законодательством Российской Федерации и соответствующими международными договорами Российской Федерации. Лица без гражданства, постоянно проживающие в Российской Федерации, пользуются правом на медицинскую помощь наравне с гражданами Российской Федерации, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

4. Порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам определяется Правительством Российской Федерации.

5. Пациент имеет право на:

1) выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;

2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

3) получение консультаций врачей-специалистов;

4) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;

5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;

7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;

8) отказ от медицинского вмешательства;

9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;

10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;

11) допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

**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.

2. Первичные факторы риска здоровью.

***Первичные факторы риска***– явления (процессы), отрицательно влияющие на здоровье: неправильный образ жизни, загрязнение окружающей среды, отягощенная наследственность, неудовлетворительная работа службы здравоохранения и т.д. (таблица 1).

Таблица 1- Первичные факторы риска

|  |
| --- |
| Первичные факторы риска,… |
| …действующие в масштабах общественной группы:- неблагоприятное состояние окружающей среды (воздух, вода, почва, радиационный фон);- высокий риск инфекционных заболеваний;- низкое качество пищевых продуктов;- неудовлетворительная работа медицинских организаций;- низкий уровень материального благосостояния населения;- низкий культурно-образовательный уровень населения;- природные и техногенные катастрофы | … имеющие место в жизни конкретного человека- стрессы;- гиподинамия;- курение;- злоупотребление алкоголем;- наркомания, токсикомания;- нерациональное питание;- интернет-зависимость, игромания, шопоголизм, психогенное переедание, фанатизм;- низкий уровень материального благосостояния;- низкий культурно-образовательный уровень;- бесконтрольный прием лекарств |

Выявляют факторы риска следующими ***методами***:

- экологический контроль;

- санитарно-гигиенический контроль;

- диспансеризация;

- статистический анализ;

- социологические исследования.

Основные *меры* ***профилактики***в борьбе с факторами риска, обусловленными образом жизни конкретного человека, *-* ***гигиеническое воспитание и санитарное просвещение*.**

Комплекс мероприятий, направленных на выявление факторов риска у здоровых людей и предупреждение развития заболеваний и патологических состояний называется ***первичной профилактикой***.

БИЛЕТ № 25

1. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства

**Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства**

1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства 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.

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

1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 5 статьи 47 и частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

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

3. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в части 2 настоящей статьи, имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 настоящей статьи. 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.

4. При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в части 2 настоящей статьи, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

5. При отказе одного из родителей или иного законного представителя лица, указанного в части 2 настоящей статьи, либо законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов такого лица. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, извещает орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного об отказе от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни подопечного, не позднее дня, следующего за днем этого отказа.

6. Лица, указанные в частях 1 и 2 настоящей статьи, для получения первичной медико-санитарной помощи при выборе врача и медицинской организации на срок их выбора дают информированное добровольное согласие на определенные виды медицинского вмешательства, которые включаются в перечень, устанавливаемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

7. 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 содержится в медицинской документации пациента.

8. Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинского вмешательства, форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форма отказа от медицинского вмешательства утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

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

1) 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, указанных в части 2 настоящей статьи);

2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);

5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

10. Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается:

1) в случаях, указанных в пунктах 1 и 2 части 9 настоящей статьи, - консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, - непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица, которое указано в части 2 настоящей статьи и в отношении которого проведено медицинское вмешательство;

2) в отношении лиц, указанных в пунктах 3 и 4 части 9 настоящей статьи, - судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации.

11. К лицам, совершившим преступления, могут быть применены принудительные меры медицинского характера по основаниям и в порядке, которые установлены федеральным законом.

1. Уровни здоровья населения.

Принято выделять ***4 уровня изучения здоровья:***

1-й уровень — здоровье ***отдельного человека.***

2-й уровень — здоровье малых или этнических групп — ***групповое здоровье.***

3-й уровень — ***здоровье населения,***т.е. людей, проживающих на конкретной административно-территориальной единице (область, город, район и т.д.).

4-й уровень — ***общественное здоровье***— здоровье общества, населения страны, континента, мира, популяции в целом.

БИЛЕТ № 26

1. Выбор врача и медицинской организации

**Статья 21. Выбор врача и медицинской организации**

1. При оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на выбор врача с учетом согласия врача. Особенности выбора медицинской организации гражданами, проживающими в закрытых административно-территориальных образованиях, на территориях с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, а также работниками организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, устанавливаются Правительством Российской Федерации.

2. Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.

3. Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется:

1) по направлению врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера, врача-специалиста;

2) в случае самостоятельного обращения гражданина в медицинскую организацию, в том числе организацию, выбранную им в соответствии с частью 2 настоящей статьи, с учетом порядков оказания медицинской помощи.

4. Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача. В случае, если в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

5. Медицинская помощь в неотложной или экстренной форме оказывается гражданам с учетом соблюдения установленных требований к срокам ее оказания.

6. При оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи выбор медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, осуществляется в порядке, устанавливаемом уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

7. При выборе врача и медицинской организации гражданин имеет право на получение информации в доступной для него форме, в том числе размещенной в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет"), о медицинской организации, об осуществляемой ею медицинской деятельности и о врачах, об уровне их образования и квалификации.

8. Выбор врача и медицинской организации военнослужащими и лицами, приравненными по медицинскому обеспечению к военнослужащим, гражданами, проходящими альтернативную гражданскую службу, гражданами, подлежащими призыву на военную службу или направляемыми на альтернативную гражданскую службу, и гражданами, поступающими на военную службу по контракту или приравненную к ней службу, а также задержанными, заключенными под стражу, отбывающими наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста осуществляется с учетом особенностей оказания медицинской помощи, установленных статьями 25 и 26 настоящего Федерального закона.

2. Группы здоровья детского населения.

Правильно оценить состояние организма человека и предоставить ему оптимальный пакет медицинских услуг позволяют**группы здоровья у взрослыхи детей.**

***Группы здоровья у детей:***

***I группа***— здоровые дети, физически и психически нормально развивающиеся, без функциональных отклонений.

***II группа***— здоровые дети, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, со сниженной сопротивляемостью к заболеваниям. Такие дети не должны иметь хронических заболеваний, но могут более 4 раз в год перенести острые заболевания.

***II группа***— дети с хроническими заболеваниями в состоянии компенсации (то есть в состоянии без обострения, никак себя не проявляющие). Эта группа объединяет детей с врожденной патологией или хроническими заболеваниями, при которых могут быть редкие и не тяжело протекающие обострения основного заболевания.

***IV группа***— дети с хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации. В эту группу входят дети с врожденной патологией или хроническими заболеваниями, при которых после обострения основного заболевания длительно нарушаются общее состояние и самочувствие.

***V группа***— дети с хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации. Это дети с тяжелой инвалидностью, которые не ходят, онкологические больные и другие тяжелые состояния. Дети этой группы имеют тяжелые пороки развития или хронические заболевания со значительно сниженными функциональными возможностями. Такие дети обычно не посещают детские и подростковые учреждения общего профиля и часто имеют инвалидность.

БИЛЕТ № 27

1. Информация о состоянии здоровья

**Статья 22. Информация о состоянии здоровья**

1. Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

2. Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении. В отношении лиц, не достигших возраста, установленного в части 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья предоставляется их законным представителям.

3. Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация.

4. Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов.

5. Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

2. Здоровье населения как экономическая категория.

Общественное здоровье, по мнению ВОЗ, следует рассматривать как ресурс национальной безопасности, средство, позволяющее людям жить благополучной, продуктивной и качественной жизнью.

Все люди должны иметь доступ к необходимым для обеспечения здоровья ресурсам.

Государственная политика России в последнее время больше внимания уделяет укреплению и сохранению здоровья населения.

В статье 41 Конституции Российской Федерации (1993 г.) закреплено право человека на охрану и укрепление здоровья.

С 01.01.12 года вступил в силу закон «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».

Такое внимание к здоровью связано с тем, что здоровье является экономической категорией.

**Во-первых**, здоровье оказывает прямое воздействие на производительность труда, и только полноценное здоровье позволяет добиваться высокой производительности труда. Состояние здоровья населения предопределяет благополучие семей, предприятий разного профиля, экономическое благополучие региона и страны.

**Во-вторых**, чем лучше состояние здоровья населения, тем меньше расходов на здравоохранение.

Экономические потери, которые несет общество в связи с заболеваемостью населения, делятся на прямые и косвенные.

**Прямые экономические потери**:

· затраты на оказание медицинской помощи (амбулаторное, стационарное, санаторно-курортное лечение, подготовка кадров, научно-исследовательская работа);

· оплачиваемые листы по временной нетрудоспособности;

· пенсии по инвалидности.

**Косвенные экономические потери:**

· снижение производительности труда;

· снижение национального дохода на уровне всего народного хозяйства в результате временной или стойкой потери трудоспособности или смерти людей в трудоспособном возрасте.

Косвенные экономические потери во много раз превышают прямой экономический ущерб вследствие заболеваемости.

*По данным американских аналитиков, на долю прямых экономических потерь приходится около 10% общего экономического ущерба из-за болезней, в то время как косвенные потери составляют почти 90%.*

***Снизить экономические потери государства возможно при условии:***

*1) улучшения материального обеспечения лечебных учреждений и повышения зарплаты медицинских работников;*

*2) профилактики хронических заболеваний и заболеваний инфекционного характера;*

*3) усиления гигиенического воспитания и обучения населения;*

*4) формирование у населения потребности к здоровому образу жизни.*

*5) внедрения в лечебный процесс передовых медицинских технологий;*

БИЛЕТ № 28

1. Соблюдение врачебной тайны

**Статья 13. 323-ФЗСоблюдение врачебной тайны**

1. Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

2. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных частями 3 и 4 настоящей статьи.

3. С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

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

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

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

3) по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно;

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

5) в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;

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

7) в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;

8) при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных;

9) в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования;

10) в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом.

2. Группы здоровья взрослого населения.

Правильно оценить состояние организма человека и предоставить ему оптимальный пакет медицинских услуг позволяют**группы здоровья у взрослыхи детей.**

У взрослых выделяют ***3 группы здоровья***, а у детей – ***5 групп здоровья.***

У взрослых к ***первой группе*** здоровья относятся люди, которые не имеют каких-либо хронических заболеваний. Здоровье у них достаточно крепкое, простудными заболеваниями болеют редко. Артериальное давление в норме или имеет небольшие отклонения, несущественные для нормальной социальной жизни и выполнения рабочих и семейных обязанностей.

Обычно люди с первой группой здоровья активно занимаются спортом, стараются вести здоровый образ жизни. Не имеют вредных привычек, наркотической или алкогольной зависимости. Очень внимательно относятся к состоянию собственного организма: рационально питаются, строго соблюдают все нормы гигиены, не забывают о зарядке. При появлении первых признаков заболевания сразу же обращаются к врачу.

Стандартный мониторинг проводится среди людей, относящихся к первой группе здоровья, не чаще одного раза в год. Этого вполне достаточно, чтобы не допускать развития хронических заболеваний.

Ко ***второй группе*** относятся люди, которые вполне трудоспособны, но имеют какие-либо хронические заболевания. Чаще всего эти заболевания протекают без каких-либо обострений, резкого ухудшения состояния.

Люди со второй группой здоровья сохраняют умеренный уровень физической активности, не всегда питаются рационально. Не имеют наркотических зависимостей, но могут иметь вредные привычки (например, курить). Мониторинг состояния организма проводится среди второй группы чаще, около двух раз в год. При необходимости назначается лечение.

Наиболее характерно назначение ***третьейгруппы здоровья*для пенсионеров**и людей, которые являются инвалидами с детства. Трудоспособность может быть потеряна полностью или частично, регулярно случаются обострения хронических заболеваний, которые существенно мешают сохранять человеку нормальный уровень социальной и физической активности.

Профилактический осмотр людей, относящихся к третьей группе здоровья, проводится особенно часто, около 3 – 4 раз в год. При необходимости назначается госпитализация. Человек, имеющий третью группу здоровья, имеет право на лечение в профилакториях и санаториях.

БИЛЕТ № 29

1. Права лиц, заключенных под стражу, отбывающих наказание в виде лишения свободына получение медицинской помощи

**Статья 26. ФЗ 323 от 21.11.2011 г.Права лиц, задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста, на получение медицинской помощи**

1. Лица, задержанные, заключенные под стражу, отбывающие наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста, ***имеют право на оказание медицинской помощи, в том числе в необходимых случаях в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения***, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2. ***Беременные женщины, женщины во время родов и в послеродовой период*** из числа лиц, указанных в части 1 настоящей статьи, ***имеют право на оказание медицинской помощи, в том числе в медицинских организациях охраны материнства и детства***.

3. ***При невозможности оказания медицинской помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы лица, заключенные под стражу или отбывающие наказание в виде лишения свободы, имеют право на оказание медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, а также на приглашение для проведения консультаций врачей-специалистов указанных медицинских организаций*** в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, предусмотренных на эти цели федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему правоприменительные функции, функции по контролю и надзору в сфере исполнения уголовных наказаний в отношении осужденных.

4. ***При оказании медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения сотрудниками органов и учреждений уголовно-исполнительной системы осуществляется охрана лиц, указанных в части 3 настоящей статьи, и при необходимости круглосуточное наблюдение в целях обеспечения безопасности указанных лиц, медицинских работников, а также иных лиц, находящихся в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения***, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере исполнения уголовных наказаний, совместно с уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

5. ***Испытание новых методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, а также лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий и дезинфекционных средств с привлечением в качестве объекта для этих целей лиц, указанных в части 1 настоящей статьи, не допускается.***

6. В отношении лиц, отбывающих наказание в учреждениях уголовно-исполнительной системы, ***договор о добровольном медицинском страховании расторгается***.

7. Порядок организации оказания медицинской помощи, в том числе в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, лицам, указанным в части 1 настоящей статьи, устанавливается законодательством Российской Федерации, в том числе нормативными правовыми актами уполномоченного федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере исполнения уголовных наказаний, по согласованию с уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

2 .Социально-значимые заболевания.

***Социально-значимые заболевания*** – заболевания, обусловленные преимущественно социально-экономическими условиями, приносящие ущерб обществу и требующие социальной защиты человека.

В настоящее время такие заболевания как ***сердечно-сосудистые, новообразования, травматизм, нервно-психические, инфекционные, туберкулез, наркомания, венерические, аллергические заболевания, СПИД,*** необходимо рассматривать как важнейшие ***социально-гигиенические проблемы***. Обусловлено это тем, что указанные заболевания наносят большой экономический ущерб обществу из-за их большой продолжительности и тяжести, а также расходов, связанных с оплатой пособий по социальному страхованию и пенсий по инвалидности. Большие экономические потери они также приносят производству. Решать проблему снижения распространенности этих заболеваний и травматизма необходимо совместными усилиями государства, общественности и медицины.

БИЛЕТ № 30

1. Права военнослужащих и лиц, подлежащих призыву на военную службу.

**Статья 25.ФЗ 323 от 21.11.2011 г.Права военнослужащих и лиц, приравненных по медицинскому обеспечению к военнослужащим, а также граждан, проходящих альтернативную гражданскую службу, граждан, подлежащих призыву на военную службу (направляемых на альтернативную гражданскую службу), и граждан, поступающих на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, на охрану здоровья**

1. Военнослужащие и лица, приравненные по медицинскому обеспечению к военнослужащим (далее - военнослужащие и приравненные к ним лица), а также граждане, проходящие альтернативную гражданскую службу, ***имеют право на прохождение военно-врачебной экспертизы для определения годности к военной службе или приравненной к ней службе и для досрочного увольнения с военной службы или приравненной к ней службы на основании заключения военно-врачебной комиссии***.

2. Граждане, подлежащие призыву на военную службу или направляемые на альтернативную гражданскую службу, и граждане, поступающие на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, ***проходят медицинское освидетельствование в порядке, предусмотренном статьей 61*** настоящего Федерального закона, и ***имеют право на получение полной информации о медицинских противопоказаниях для прохождения военной службы или приравненной к ней службы и показаниях для отсрочки или освобождения от призыва на военную службу по состоянию здоровья.***

3. Военнослужащие и приравненные к ним лица ***имеют право на получение медицинской помощи в ведомственных медицинских организациях, а при их отсутствии или при отсутствии в ведомственных медицинских организациях отделений соответствующего профиля, специалистов либо специального медицинского оборудования - на получение медицинской помощи в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, предусмотренных на эти цели федеральным органам исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба или приравненная к ней служба.***

4. ***Порядок организации медицинской помощи военнослужащим и приравненным к ним лицам устанавливается Правительством Российской Федерации, особенности организации оказания медицинской помощи военнослужащим и приравненным к ним лицам, в том числе порядок их освобождения от исполнения обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с заболеванием и иными причинами, устанавливаются федеральными органами исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба или приравненная к ней служба.***

5. Граждане при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования, призыве на военные сборы, а также граждане, направляемые на альтернативную гражданскую службу, имеют право на получение медицинской помощи в медицинских организациях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности к военной службе или приравненной к ней службе.

6. Особенности охраны здоровья военнослужащих и приравненных к ним лиц, а также отдельных категорий граждан, проходящих военную службу или приравненную к ней службу в федеральных органах исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба или приравненная к ней служба, определяются законодательством Российской Федерации, регламентирующим деятельность этих органов.

2. Медицинская форма, по которой изучают инфекционную заболеваемость.

***Инфекционная заболеваемость.*** О каждом случае возникновения инфекционного заболевания должны быть оповещены органы ГСЭН. Инфекции, о которых необходимо опове­щать, можно разделить на 4 группы:

1). Карантинные инфекции (чума, холера, натуральная оспа, желтая лихо­радка)

2). Туберкулез, сифилис, гонорея, трахома, грибковые заболевания, лепра -информация об этих заболеваниях собирается системой специализиро­ванных лечебно-профилактических учреждений

3). Заболевания, о которых лечебно-профилактическое учреждение пред­ставляет только суммарную (цифровую) информацию в органы сан-эпиднадзора и которые по классификации не относятся к классу инфек­ционных заболеваний (грипп, ОРВИ);

4). Заболевания, о каждом случае которых делаются сообщения в местные органы санэпиднадзора с приведением детальных сведений о заболева­нии (брюшной тиф, паратифы и другие сальмонеллезы, дизентерия, эн­териты, детские инфекции, менингиты, энцефалиты, инфекционный ге­патит, столбняк, полиомиелит, бешенство и др.)

В случае обнаружения заболеваний 2 и 4 группы заполняется **«Экс­тренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (ф.058/у).**Этот документ служит для информации органов санэпиднадзора по месту обнаружения заболевания с целью принятия необходимых мер.

Для учета и контроля движения извещений в лечебно-профилактичес­ких учреждениях и органах санэпиднадзора-имеются специальные журналы (**ф.060/у**), в которых ведется запись отправленных и полученных извещений.

На основании извещений и журналов органами санэпиднадзора ежеме­сячно составляется отчет «О движении инфекционных заболеваний» (**ф.85-инф**.), который является единственным источником информации для выше­стоящих организаций об инфекционной заболеваемости.

О заболеваниях 3 группы органы санэпиднадзора получают информа­цию из лечебно-профилактических учреждений на основании ф.95 - грипп (суммарные сведения о числе зарегистрированных заболеваний ОРВИ и гриппом).