

Оглавление

Билет 1	3
Билет 2	8
Билет 4	11
Билет 5	15
Билет 6	19
Билет 7.....	23
Билет 8	26
Билет 10.....	31
Билет 11	35
Билет 12	41
БИЛЕТ 13	45
Билет 14.....	48
Билет 15.....	51
Билет 16.....	57
Билет 17.....	64
Билет 18.....	70
Билет 19.....	80
Билет 20	84
Билет 21.....	87
Билет 22.....	91
Билет 23.....	98
Билет 24.....	102
Билет 25.....	106
Билет 26.....	113
Билет 27.....	117
Билет 28.....	122
Билет 30.....	124
Билет 31	129
Билет 32.....	135
Билет 33.....	142
Билет 34.....	147
Билет 35.....	153
БИЛЕТ 36	162
Билет 37	170

Билет 38.....	178
Билет 39.....	186
Билет 40.....	188
Билет 41.....	190
Билет 42.....	195
Билет 43.....	199
Билет 44.....	208
Билет 45	213
Билет 46	215
Билет 47.....	218
Билет 48	222
Билет 49.....	226
Билет 50.....	229

Билет 1.

1) Определение общественного здоровья и его значение для здравоохранения, уровни и критерии оценки общественного здоровья.

Общественное здоровье и здравоохранение – медицинская наука, изучающая здоровье населения, факторы, влияющие на здоровье населения, организацию медицинской помощи, вопросы управления, планирования, финансирования, экономики здравоохранения, прогнозирование состояния здоровья, с целью разработки стратегии и тактики здравоохранения, совершенствования медицинской помощи населению.

Здравоохранение – комплекс общественных государственных социально-экономических и медицинских мероприятий, обеспечивающих охрану здоровья населения путем профилактики заболеваний и организации медицинской помощи.

Изучается 4 уровня здоровья:

- I. Индивидуальное здоровье
- II. Групповое здоровье – отдельных групп населения
- III. Здоровье населения
- IV. Общественное здоровье

Для комплексной оценки общественного здоровья используются характеристики:

- Отчисление валового национального продукта на здравоохранение
- Доступность и качество первичной медико-санитарной помощи
- Охват населения профилактической помощью
- Сбалансированность питания беременных, детей и подростков
- Уровень нравственного здоровья и духовности и др.

Критерии оценки общественного здоровья:

- Заболеваемость
- Демографические показатели
- Физическое развитие
- Инвалидность.

Критерии индивидуального здоровья:

- Функциональное состояние организма
- Отсутствие и наличие болезней человека
- Способность организма к адаптации в окружающей среде
- Равновесие организма и окружающей среды.

Кроме того, критериями общественного здоровья являются:

1. Индекс здоровья – соотношение числа лиц, ни разу не болевших в отчетном году и численности этой группы населения. Рассчитывается в процентах.
2. Индекс DAILY (Disability adjusted life years) – суммарные потери лет здоровой жизни в результате предотвратимой преждевременной смерти и в силу наступившей нетрудоспособности.

2) Вариационный ряд, виды и методы исчисления средних величин.

Вариационный ряд – это ряд числовых измерений определенного признака, отличающихся друг от друга по величине, расположенных в порядке возрастания или убывания признака. Вариационный ряд состоит из вариантов (V) и соответствующих им частот (P).

Варианта (V) – это каждое числовое значение изучаемого признака. Частота (P) – это абсолютная численность отдельных вариантов в совокупности, указывающая, сколько раз встречается данная варианта в вариационном ряду.

Общее число случаев наблюдений, из которых вариационный ряд состоит, обозначают буквой n.

Вариационный ряд, в котором каждая варианта встречается только один раз (т.е. P = 1) называется простым. Если варианты встречаются более одного раза, такой ряд называется взвешенным.

Средняя - это величина, которая одним числовым значением дает представление обо всей статистической совокупности.

Для расчета средней арифметической величины, прежде всего числовые значения (варианты) располагают в возрастающем или, напротив, в убывающем порядке, т.е. составляют вариационный ряд.

Методы исчисления средних величин:

1) В простом вариационном ряду средняя арифметическая простая определяется по формуле

$$M = \frac{\sum V}{n}$$

2) Когда отдельные значения вариант начинают повторяться, нужно указать частоту встречаемости (P) каждой варианты (взвешенный вариационный ряд).

Вычисление средней арифметической «взвешенной».

Сумма (V * P)/n

3) Вычисление средней арифметической способом моментов:

В вариационном ряду выбирается варианта, которая наиболее часто встречается (мода) и её принимают за условную среднюю величину (M1). Находим отклонения всех других вариант от условной средней, затем сумму произведений отклонений всех вариант ($\sum a \times P$) делим на общее число наблюдений (n).

3) Родильный дом: структура, основные задачи и показатели работы.

Основной медицинской организацией, оказывающим стационарную акушерско-гинекологическую помощь, является родильный дом.

В его задачи входят: оказание квалифицированной стационарной медицинской помощи женщинам в период беременности, в родах, в послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях, а также оказание квалифицированной медицинской помощи и уход за новорожденным во время пребывания их в акушерском стационаре.

Родильный дом (отделение) создается как самостоятельная медицинская организация или как структурное подразделение в составе медицинских организаций с целью оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовой период, а также медицинской помощи новорожденным. Организация деятельности родильного дома (отделения) регламентирована приказом Минздрава России от 01.11.2012 N 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий).

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

Родильные дома, в основном, работают по территориальному принципу, но беременная женщина имеет право выбора родовспомогательного учреждения. Численность коек в роддоме варьирует от 60 до 300. Родильным домам, где создаются благоприятные условия для выхаживания новорожденных, реализуются меры по поддержке грудного вскармливания, совместного пребывания матери и ребенка экспертами ВОЗ (ЮНИСЕФ) присваивается статус «Больницы, доброжелательной к ребенку».

Рекомендуемая структура родильного дома в соответствии с приказом Минздрава России от 01.11.2012 N 572н:

* акушерский стационар:

- приемное отделение;
- отделение патологии беременности;
- палаты для беременных женщин;
- манипуляционная;
- процедурный кабинет;

* физиологическое родовое отделение:

- смотровая;
- предродовая палата;
- родовой зал (индивидуальный родовой зал);
- операционный блок:
- предоперационная;
- операционная;
- материальная;
- послеродовое палатное отделение:
- палаты для родильниц;
- палаты для совместного пребывания матери и ребенка;
- манипуляционная;
- процедурный кабинет;

* обзорное родовое отделение:

- смотровая;
- палата патологии беременности;
- предродовая палата;
- родовой зал (индивидуальный родовой зал);
- операционный блок:
- предоперационная;
- операционная;
- материальная;
- палаты для родильниц;
- палаты для совместного пребывания матери и ребенка;

- манипуляционная;
- процедурный кабинет;
- изолятор (мельтцеровский бокс).
- * отделение анестезиологии-реаниматологии (палаты интенсивной терапии) для женщин:
 - палата (пост) интенсивной терапии для женщин;
 - акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиологорезанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи;
- отделения неонатологического профиля:
 - * отделение новорожденных физиологическое:
 - палаты для новорожденных;
 - кабинет вакцинопрофилактики новорожденных;
 - молочная комната;
 - выписная комната;
 - процедурный кабинет;
 - вспомогательные помещения;
 - * отделение новорожденных при наблюдационном отделении:
 - палаты для новорожденных;
 - выписная комната;
 - процедурный кабинет;
 - * палата (пост) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных;
 - * гинекологическое отделение;
 - * клиничко-диагностическая лаборатория;
 - * кабинет функциональной диагностики;
 - * физиотерапевтический кабинет;
 - * рентгеновский кабинет;
 - * централизованное стерилизационное отделение;
 - * административно-хозяйственное подразделение со вспомогательными службами:
 - администрация;
 - пищеблок;
 - бухгалтерия;
 - отдел кадров;
 - отдел снабжения;
 - аптека;
 - техническая служба.

Показатели деятельности родильного дома:

1. Доля своевременных (срочных) родов

Общее число родов, проведенных в стационаре в данном году/Число женщин, у которых беременность закончилась своевременными родами *100

2. Доля преждевременных родов

Общее число родов, проведенных в стационаре в данном году/Число женщин, у которых беременность закончилась преждевременными родами * 100

3. Показатели, характеризующие активность медицинской помощи в родах:

а) частота родов с применением медикаментозного обезболивания в родах

Общее число родов, проведенных в стационаре в данном году/Число родов, проведенных в стационаре с медикаментозным обезболиванием *100

б) частота применения оперативных пособий в родах

Общее число родов, проведенных в стационаре в данном году/Число родильниц, получивших пособия в родах*100

в) частота кесаревых сечений:

Число родов/Число родов, завершенных операцией кесарево сечение* 100

4. Показатели, характеризующие здоровье матери:

а) частота осложнений родов (разрывов промежности, кровотечения, пре- и эклампсии)

Число родов/Число случаев разрывов промежности*100

б) частота послеродовых заболеваний

число родов/Число послеродовых заболеваний*100

в) Показатель материнской смертности

5. Показатели, характеризующие здоровье новорожденных:

а) заболеваемость новорожденных

Число случаев заболеваний новорожденных доношенных и недоношенных/Число родившихся живыми *1000

Аналогично рассчитываются показатели среди доношенных и недоношенных новорожденных.

б) структура заболеваемости новорожденных по нозологическим формам

Число случаев отдельных состояний перинатального периода/ Общее число случаев заболеваний среди новорожденных*100

Рассчитывается отдельно для доношенных и недоношенных новорожденных.

в) показатель перинатальной смертности

Число мертворожденных число детей, умерших в течение 6 суток жизни/ Число детей, родившихся живыми и мертвыми*1000

г) показатель мертворождаемости

Число мертворожденных /Число детей, родившихся живыми и мертвыми*1000

д) показатель ранней неонатальной смертности:

Общие число детей, умерших на первой неделе жизни/Число детей, родившихся живыми*1000

6. Среднегодовая занятость койки родильного дома

Норматив данного показателя для родильного дома составляет 310 дней.

Число койко дней, проведенных беременными женщинами, роженицами и родильницами в родильном доме/ Количество коек в родильном доме

7.Средняя длительность пребывания родильниц в родильном доме

В физиологическом отделении при не осложненных родах средняя длительность пребывания родильницы 3-5-7 дней.

Число проведенных всеми родильницами койко дней в течение года/ Число всех родильниц, прошедших через роддом в течение года

8.Оборот койки

Число всех родильниц, прошедших в течение года через родильный дом/Количество коек в родильном доме.

Задача

Рассчитать пособие по временной нетрудоспособности работнику в связи с бытовой травмой

1)Число дней ВН=55

2)156000:730(т.к. зарплата за 2 года 365+365=730)=2137 р каждый день

3)2137*0,8(т.к. стаж =7 лет ,то поэтому умножаем на 0,8)=1709 (ежедн.пособие за стаж)

4)1709*55=94028 р.

Билет 2.**1) ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ. ЗНАЧЕНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ, БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ.**

1) условия и образ жизни: курение, злоупотребление алкоголем, недостаточное и несбалансированное питание, гиподинамия, неблагоприятные условия труда и быта. Психосоциальный стресс - низкий жизненный уровень населения, потеря зарплаты и безработица, вынужденность нахождения в коллективе, который враждебно относится к нему, одиночество, развод.

2) генетические и биологические факторы:

Генетич: предрасположенность к наследственным болезням, хроническим заболеваниям

Биологический: пол, возраст, темперамент

3) внешняя (экологическая) среда: загрязнения атмосферного воздуха, почвы, воды вредными химическими и биологическими веществами и бытовыми отходами.

4) группа факторов, связанных со здравоохранением:

- неэффективные профилактические мероприятия

- низкое качество медицинской помощи

- несвоевременная медицинская помощь.

2) НЕОНАТАЛЬНАЯ И РАННЯЯ НЕОНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ: МЕТОДИКА ИСЧИСЛЕНИЯ, УРОВЕНЬ, ПРИЧИНЫ И ПУТИ СНИЖЕНИЯ.

Неонатальная смертность: (умершие от 0 до 28 дней/ число родившихся живыми) x1000.

Структура неонатальной смертности:

1. отдельные состояния перинатального периода (асфиксия плода, гипоксия плода, гемолитическая болезнь, родовые травмы, внутриутробное инфицирование плода) - 46% - занимают почти половину причин смерти

2. врожденные аномалии.

3. болезни крови и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм

Ранняя неонатальная смертность: (умершие от 0 до 7 дней/ число родившихся живыми) x1000;

Структура ранней неонатальной смертности:

1. отдельные состояния перинатального периода.

2. врожденные аномалии.

Пути снижения:

1. реализация профилактического направления. Прежде всего, первичная профилактика:

-социальная (обеспечение достойного жизненного уровня, оптимального образа жизни, охраны окружающей среды и сохранения генофонда человека);

-медицинская — раннее выявление риска заболеваний на основе скрининга, предотвращения их развития);

2.Совершенствование работы перинатальных центров;

3.Совершенствование скрининговых пренатальных методов диагностики состояния плода;

4.Динамическое наблюдение за беременной с проведением первичной и вторичной профилактики осложнений гестации в разных группах;

3)ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ЦЕЛЬ, ЗАДАЧИ. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ.

Экономика здравоохранения - это отраслевая экономическая наука, изучающая экономические законы взаимодействия здравоохранения с экономикой всей страны, а также формирование, распределение и использование в здравоохранении материальных, трудовых, финансовых, информационных и других ресурсов в целях сохранения и укрепления здоровья.

Задачи.

- анализ эффективности использования ресурсов;
- изучение экономической эффективности различных форм медицинской помощи (дневные стационары, стационары на дому, восстановительное лечение);
- изучение экономической эффективности целевых программ, направлений деятельности, профилактических мероприятий;
- выявление и рациональное использование внутренних резервов здравоохранения;
- определение расходов на различные виды медицинской помощи;
- изучение экономической эффективности учреждений нового типа (диагностические центры, стационары восстановительного лечения, частные учреждения)
- экономическое обоснование мероприятий по научной организации труда;
- анализ эффективности альтернативных технологий;

Эффективность можно характеризовать как результат, полученной от каждой единицы использованного ресурса (фактора производства) за определенное время.

Эффективность=результат деятельности/затраты ресурсов

Виды эффективности в здравоохранении:

1. медицинская
2. социальная
3. экономическая.

1. Показатели медицинской эффективности

- летальность
- смертность на дому от управляемых причин
- процент расхождения клинического и патологоанатомического диагноза
- процент расхождения диагноза в поликлинике, скорой медицинской помощи и стационарного учреждения
- запущенные случаи туберкулеза, онкопатологии
- количество удовлетворенных судебных исков

II. Показатели социальной эффективности

- средняя продолжительность предстоящей жизни
- уровень естественного движения населения (рождаемость, смертность)
- младенческая смертность
- материнская смертность
- первичный выход на инвалидность
- смертность в трудоспособном возрасте
- заболеваемость важнейшими неэпидемическими заболеваниями (туберкулез, наркология, венерические болезни)

4) Задача. Определите структуру инфекционной заболеваемости в двух районах города, используя данные, представленные в таблице.

В каком из районов выше заболеваемость инфекционным гепатитом, если известно, что численность населения в районе А составляет 200000 человек, а в районе В – 150000.?

Структура заболеваемости = кол-во случаев заболевания какой-либо болезнью/численность населения * 100

Город А

Корь = кол-во случаев заболевания корью/ численность населения города А * 100% = $8/200\ 000 * 100 = 0,004\ %$

Коклюш = кол-во случаев заболевания коклюшем/ численность населения города А * 100% = $10/200\ 000 * 100 = 0,005\ %$

Дизентерия = кол-во случаев заболевания дизентерией/ численность населения города А * 100% = $60/200\ 000 * 100 = 0,03\ %$

Инф гепатит = кол-во случаев заболевания инф гепатитом/ численность населения города А * 100% = $11/200\ 000 * 100 = 0,0055\ %$

Город В

Корь = кол-во случаев заболевания корью/ численность населения города В * 100% = $4/150\ 000 * 100\% = 0,003\ %$

Коклюш = кол-во случаев заболевания коклюшем/ численность населения города В * 100% = $9/150\ 000 * 100\% = 0,006\ %$

Дизентерия = кол-во случаев заболевания дизентерией/ численность населения города В * 100% = $68/150\ 000 * 100\% = 0,045\ %$

Инф гепатит = кол-во случаев заболевания инф гепатитом/ численность населения города В * 100% = $11/150\ 000 * 100\% = 0,007\ %$

Далее **НЕ УВЕРЕНА**: нужно сравнить структуру заболеваемости гепатитом в городе А и В. В городе В (0,007 %) > в городе А (0,0055 %), значит, заболеваемость инф

гепатитом выше в городе Б.

Если это неправильно, см решение на картинке ниже (где p_1 , p_2 , m_{p1} , m_{p2} , t)

Задача 2 (2 билета)

город А	город Б
население 200000 - 100%	население 150000 - 100%
вода 0,004%	вода 0,0027%
пища 0,005%	пища 0,006%
грызуны 0,03%	грызуны 0,045%
инф. клещи 0,0055%	инф. клещи 0,007%
$p_1 = 0,0055\%$	$p_2 = 0,007\%$
$m_{p1} = \pm \sqrt{\frac{p \cdot q}{n}} = \pm \sqrt{\frac{0,0055 \cdot 99,9}{200000}} = \pm 0,0016$	
$m_{p2} = \pm \sqrt{\frac{0,007 \cdot 99,9}{150000}} = \pm 0,0021$	
$t = \frac{ p_1 - p_2 }{\sqrt{m_{p1}^2 + m_{p2}^2}} = \frac{ 0,0055 - 0,007 }{\sqrt{0,0016^2 + 0,0021^2}} = \frac{ -0,0015 }{0,0026} = 0,58$	

Билет 4.

1) Основные методы социально-гигиенических исследований, применяемые в общественном здоровье и здравоохранении.

- 1) Статистический
- 2) Исторический
- 3) Экономический
- 4) Бюджетный
- 5) Экспериментальный
- 6) Метод экспертных оценок
- 7) Социологический

1. статистика здоровья населения разрабатывает методы сбора, обработки и анализа данных о состоянии здоровья населения (позволяет объективно определить уровень здоровья населения: рождаемость, смертность, заболеваемость, инвалидность и т.д.).

2. исторический. В динамике оцениваются изменения показателей здоровья и здравоохранения. Определяются эффективность мероприятий, направленных на охрану здоровья (за 3 года, 5, 10 лет). Составляется прогноз показателей на 5-10 лет.

3. экономический. Применяется для оценки: эффективности использования ресурсов здравоохранения; экономических потерь за счет ухудшения здоровья населения в случае заболеваемости, инвалидности, смертности в трудоспособном возрасте; или наоборот для оценки экономической эффективности выполненных мероприятий.

4. бюджетный. Используется для изучения: бюджета рабочего времени медицинских работников; изучения затрат времени пациента при вызове СМП, обращении в медицинские организации; бюджета здравоохранения, т.е. источники поступления финансовых средств и их расходование; бюджет семьи – при реализации платных мед.услуг

5. экспериментальный. Заключается в апробировании или изучении новых, эффективных методов организации труда, работы МО.
6. экспертных оценок. Заключается в организации экспертизы качества медицинской помощи. Внутренний контроль качества, ведомственный, государственный.
7. социологический. Метод опроса: интервьюирование, анкетирование.

2) Планирование в здравоохранении

План – надлежаще оформленное управленческое решение, включающее точно сформулированные цели, задачи, пути и средства их достижения, а также показатели конечных результатов. По существу, **план** – это программа деятельности отдельных организаций, системы здравоохранения в целом. Он обязателен для выполнения и должен быть обеспечен необходимыми ресурсами.

Планирование в здравоохранении – это процесс определения необходимых ресурсов и механизма эффективного их использования для решения задач повышения качества и доступности медицинской помощи, достижения конкретных показателей здоровья населения и деятельности здравоохранения.

Виды планирования в здравоохранении **по времени исполнения (срокам выполнения)**:

- **Стратегическое**: определяет цели, задачи, приоритеты, ресурсы, прогнозируемые результаты деятельности системы здравоохранения на перспективу 10 лет и более. Осуществляется на двух уровнях – федеральном, субъекта РФ.
- **Перспективное**: предусматривает разработку планов и программ развития здравоохранения субъектов РФ в рамках утвержденных стратегических планов, как правило, на 3–5 лет.
- **Текущее**: предусматривает разработку ежегодных планов и программ деятельности системы здравоохранения субъектов РФ, конкретных организаций здравоохранения в соответствии с перспективными планами и программами, утвержденными на уровне субъекта РФ.

Виды планирования в здравоохранении **по уровню планирования**:

· **Федеральный уровень**:

1. Разрабатываются и принимаются нормативы оказания медицинской помощи.
2. Объем финансирования здравоохранения.
3. Утверждается перечень высокотехнологичных видов мед. Помощи.
4. Квоты на подготовку кадров высшей квалификации.

5. Утверждается перечень лекарственных препаратов, финансируемых из федерального бюджета и другие.

· **Региональный уровень:**

1. Утверждаются объемы мед. помощи (государственный заказ).
2. Утверждается бюджет здравоохранения.
3. Утверждается квота на подготовку специалистов со средним профессиональным образованием.
4. Разрабатываются и реализуются нормативные документы.

· **Уровень медицинских организаций:**

1. Определяется потребность в кадрах.
2. Потребность в медикаментах, лекарствах, мягком инвентаре и др.
3. Планируемый объем мед. помощи.
4. Источники финансирования.

3) Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.

(утв. приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. N 388н "Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи")

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

3. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается на основе стандартов медицинской помощи и с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения).

4. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь **оказывается в следующих условиях:**

а) вне медицинской организации - по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации;

б) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

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

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

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

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

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

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

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

9. **Вызов скорой медицинской помощи осуществляется:**

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

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

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

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

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

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

а) нарушения сознания;

б) нарушения дыхания;

в) нарушения системы кровообращения;

г) психические расстройства, сопровождающиеся действиями пациента, представляющими непосредственную опасность для него или других лиц;

д) болевой синдром;

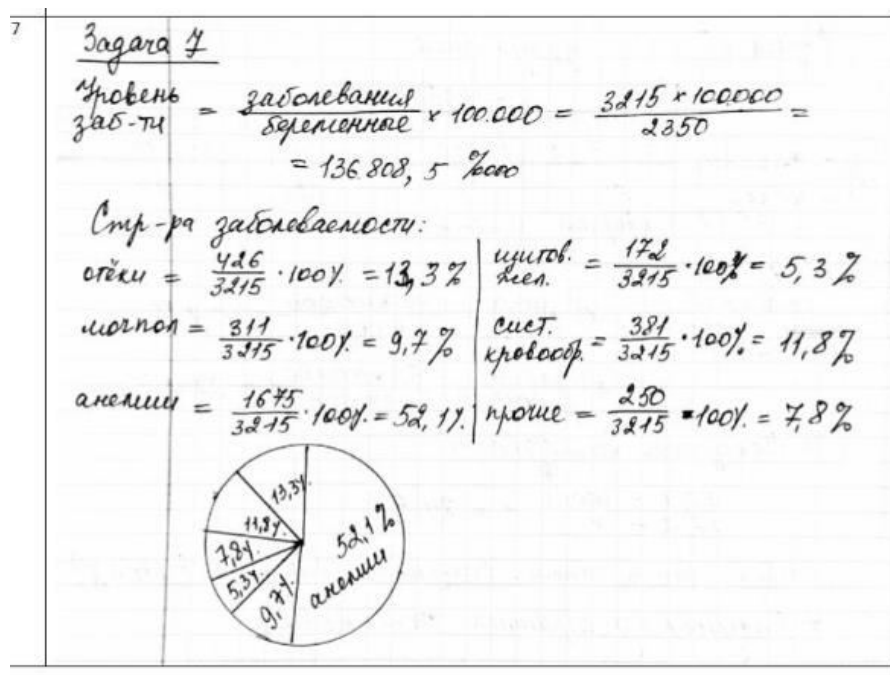
е) травмы любой этиологии, отравления, ранения (сопровождающиеся кровотечением, представляющим угрозу жизни, или повреждением внутренних органов);

ж) термические и химические ожоги;

з) кровотечения любой этиологии;

и) роды, угроза прерывания беременности.

4) **Задача.** В женской консультации №2 города Н. у 2350 беременных женщин было зарегистрировано 3215 заболеваний, в том числе...



Билет 5.

1) Социологический метод и его использование в медицине и здравоохранении.
Структура и виды анкет.

Метод опроса: а) интервьюирование; б) анкетирование.

С помощью интервьюирование собирается короткая информация за непродолжительный период (мнение населения).

Анкетирование, преимущества:

- простота метода
- экономичность
- оперативность получения информации
- по единой методике у множества респондентов.

Классификация анкет:

- анонимные: более подробнее можно узнать об образе жизни (более достоверная информация)

-с указанием фамилии: информация по поводу оказания медицинской помощи (можно зять амбулаторную карту этого респондента).

Ответы на вопрос:

-закрытого типа: на вопрос имеется перечень готовых ответов

-открытого типа: свободный ответ на вопрос (впишите сами)

-смешанные: закрытые и открытые

Структура анкет: 1-преамбула, 2-паспортная часть, 3-основная часть, 4-детектор

1-обращение к респондентам, объяснение цели исследования

2- пол, возраст, семейное положение, профессия

3- а) фаза адаптации – легкие вступительные вопросы

Б)фаза достижения цели – основные вопросы

В)завершение – пожелания, мнение

2) Рождаемость: общие и специальные показатели, уровень, влияние различных факторов на динамику рождаемости. Воспроизводство населения и его показатели. Суммарный коэффициент рождаемости. Коэффициенты воспроизводства брутто и нетто.

Рождаемость населения формируется под воздействием целого ряда социально-экономических условий. Общий коэффициент рождаемости рассчитывается как отношение числа родившихся живыми в течение календарного года к среднегодовой численности населения. (*1000).

Среднегодовая численность населения рассчитывается как средняя арифметическая из численностей на начало и конец года:

Коэффициент рождаемости также может быть исчислен за месяц, квартал, полугодие.

Рождаемость изучается путем заполнения в родильных домах «Медицинского свидетельства о рождении». Корешок остается в родильном доме, матери отдают документ, который в течение 1 мес. обменивается на «Медицинское свидетельство о рождении» в ЗАГСе, где в 2-х экземплярах заполняется «Акт о рождении».

Воспроизводство населения - это процесс смены поколений в результате рождаемости и смертности.

I.Специальные показатели воспроизводства

Коэффициент общей плодовитости (фертильности) дает углубленное представление о размерах рождаемости. Принято считать плодовитым (детородным, фертильным)

возраст женщин 15–49 лет. Представляет собой отношение числа рождений за год у женщин детородного возраста к численности женщин детородного возраста, выражается в расчете на 1000 (в промиллях).

Повозрастные коэффициенты плодovitости (ПКП) – отношение числа рождений за год у женщин определенного возраста к численности женщин той же возрастной группы, выражается в расчете на 1000 (в промиллях).

Коэффициент брачной плодovitости – это отношение числа рождений у женщин, состоящих в браке, к численности женщин в плодovitом возрасте (15–49 лет), состоящих в браке, выражается в расчете на 1000 (в ‰).

Коэффициент повозрастной брачной плодovitости – отношение числа рождений за год у женщин определенной возрастной группы, состоящих в браке, к числу женщин той же возрастной группы, состоящих в браке, выражается в расчете на 1000 (в ‰).

Брутто-коэффициент воспроизводства населения – это число девочек, которое в среднем родит каждая женщина за весь репродуктивный период.

Нетто-коэффициент воспроизводства населения – это среднее число девочек, рожденных за всю жизнь женщиной и доживших до конца репродуктивного периода.

Коэффициент частоты абортов – отношение числа абортов к числу рождений и абортов, в процентах (*100).

Факторы, влияющие на показатель рождаемости:

1. социально-экономический кризис
2. повышение уровня образования и занятости женщин
3. низкая обеспеченность дошкольными учреждениями
4. уменьшение количества женщин детородного возраста
5. высокая смертность в трудоспособном возрасте.

3) Бюджет здравоохранения, источники формирования. Финансирование медицинских организаций.

Бюджет здравоохранения – это часть государственного бюджета, предусматривающая ассигнования на содержание лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических, научно-исследовательских учреждений и медицинских учебных заведений, включая приобретение оборудования, капитальный ремонт зданий и сооружений.

Финансирование здравоохранения в настоящее время осуществляется из: бюджета Российской Федерации и Республики Башкортостан, ФОМС, ДМС, платных услуг.

Федеральный закон от 08.12.2020 № 385-ФЗ «О федеральном бюджете на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»

Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 30.04.2021) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Статья 83. Финансовое обеспечение оказания гражданам медицинской помощи и санаторно-курортного лечения

1. Финансовое обеспечение оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи осуществляется за счет:

- 1) средств обязательного медицинского страхования;
- 2) бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации

2. Финансовое обеспечение оказания гражданам специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется за счет:

- 1) средств обязательного медицинского страхования;
- 2) бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации,
- 3) бюджетных ассигнований федерального бюджета,
- 4) бюджетных ассигнований бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
- 5) бюджетных ассигнований федерального бюджета на софинансирование расходов субъектов Российской Федерации, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования.

3. Финансовое обеспечение оказания гражданам скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи осуществляется за счет:

- 1) средств обязательного медицинского страхования;
- 2) бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации
- 3) бюджетных ассигнований федерального бюджета

4. Финансовое обеспечение оказания гражданам паллиативной медицинской помощи осуществляется за счет:

- 1) бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации

4)Задача. При изучении артериального давления у больных пиелонефритом по данным урологического отделения городской больницы получены следующие данные: до лечения $145,8 \pm 1,2$ мм. рт. ст. ($M \pm mM$), после лечения $125,2 \pm 0,8$ мм. рт. ст. ($M \pm mM$). Определить доверительные границы с 95 % вероятностью и оценить достоверность различий.

1) Определяем критерий Стьюдента(t)

M1 и M2- средние арифметические величины (До и после лечения: 145,8 и 125,2 соответственно)

m1 и m2- статистические ошибки средних арифметических ($\pm 1,2$ и $\pm 0,8$)

$$t = \frac{M1-M2}{\sqrt{m1^2+m2^2}} = \frac{145,8 - 125,2}{\sqrt{1,2^2+0,8^2}} = \frac{20,6}{\sqrt{2,08}} = \frac{20,6}{1,44} = 17,8$$

Объём наблюдения– в условиях не дан, но допустим пусть будет 10

2) **определяем степень свободы (n)**= сумма чисел наблюдений (в случае, если число наблюдений меньше 30, то вычитается 1, а если в обеих группах $n < 30$, то вычитается два). На нашем примере $(10 + 10) - 2 = 18$.

3) **По таблице Стьюдента определяем вероятность (P):** при критерии достоверности 17,8 вероятность различий $P > 99,9\%$, вероятность ошибки $p < 0,001$.

Вывод: можно утверждать о наличии статистически достоверных различий между показателями значений АД.

Билет 6.

1) Общество Красного Креста и Красного Полумесяца: история, роль и задачи в проведении лечебно-профилактических мероприятий, международная деятельность.

Международное движение Красного Креста и Красного Полумесяца является крупнейшим в мире гуманитарным объединением. Задача Движения – облегчать страдания людей, защищать жизнь и здоровье человека и обеспечивать уважение к человеческой личности, особенно во время вооруженных конфликтов и других чрезвычайных ситуаций.

Свою историю Красный Крест начинает в середине XIX века, когда во многих странах Европы были созданы общества попечения о больных и раненых воинах.

1867 г., - год рождения Российского общества Красный Крест (РОКК). В первые годы существования РОКК главной задачей общества было оказание помощи раненым только в военное время. Однако по мере накопления материальных средств, появления сети лечебных и других специальных учреждений у большого числа его членов, главным идеологом которых стал Н.И. Пирогов сформировалось убеждение, что необходимо не только сосредоточиться на потребностях военного времени, но и

стараться в мирной жизни удовлетворять чрезвычайные и повседневные нужды населения, так как это способствовало бы повышению авторитета РОКК и доверия к нему.

активное участие принимали русские врачи Н.В.Склифосовский, Н.И.Пирогов, Н.А.Вельяминов, С.П.Боткин, С.И.Спасокукоцкий.

Сегодня основные усилия РОКК реализуются в нескольких направлениях:

1. Оказание медико-социальной помощи слабозащищенным слоям населения: одиноким пожилым людям, инвалидам, многодетным семьям. Эти мероприятия осуществляются с помощью патронажных сестер, оказывающих помощь на дому, а также в специальных центрах (комнатах) медико-социальной помощи РОКК.
2. Помощь детям. Под покровительством РОКК находятся дети-сироты, дети-жертвы национальных конфликтов, дети из неблагополучных и малообеспеченных семей. Детям предоставляется горячее питание, одежда, обувь, проводятся медицинские осмотры, оказывается психологическая помощь. Опытные педагоги помогают осваивать школьную программу.
3. Помощь беженцам. РОКК осуществляет программу оказания многосторонней помощи беженцам и вынужденным переселенцам, которая включает в себя:
 - медицинскую помощь;
 - лекарственную помощь;
 - социальную, психологическую и юридическую помощь;
 - профессиональное обучение;
 - обучение детей мигрантов (прежде всего русскому языку).
4. Обучение населения приемам оказания первой медицинской помощи.
5. Борьба против туберкулеза.
6. Профилактика ВИЧ/СПИДа среди молодежи.
7. Донорство.

2)Использование абсолютных и относительных величин в работе врача. Виды относительных величин.

В повседневной практической деятельности врач, как правило, получает любую информацию в абсолютных числах.

Абсолютные величины несут важную информацию о размере того или иного явления и могут быть использованы в анализе, в том числе в сравнительном. Однако они часто не отвечают на все поставленные вопросы. Так, например, врачу интересны сведения о

здоровье обслуживаемого населения (показатели заболеваемости и др.), а у него есть информация только о числе зарегистрированных заболеваний (абсолютные числа), которые «заболеваемость» не характеризуют.

Для более углубленного анализа общественного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения, а также деятельности медицинского работника используются обобщающие показатели, называемые относительными величинами. Они применяются для изучения совокупности, которая характеризуется, главным образом, альтернативным распределением качественных признаков.

Относительные величины, получаемые из соотношения двух сравниваемых чисел, для удобства сопоставления обычно умножаются на какое-либо круглое число (100, 1000, 10000, 100000 и т.д.), которое называется основанием. В результате полученные коэффициенты приобретают форму "процентов" (%), "промилли" (‰), "продецимилли", "просантимилли" и т.д. Чем реже встречается изучаемое явление, тем больше числовое основание следует избрать с тем, чтобы не было коэффициентов меньше единицы, которыми неудобно пользоваться.

Виды:

Интенсивные показатели характеризуют частоту (интенсивность, уровень, распространенность) явления в среде, в которой оно происходит и с которой непосредственно органически связано.

(число заболеваний за год, число рождений за год, число смертей за год и т.д.)

Экстенсивные показатели характеризуют распределение явления или среды на его составные части, его внутреннюю структуру или отношение части к целому (удельный вес).

Показатели соотношения характеризуют численное соотношение двух, не связанных между собой совокупностей, сопоставляемых только логически, по их содержанию. К ним относятся показатели обеспеченности населения врачами, медсестрами, больничными койками, рассчитанные на 10 000 населения.

Показатель наглядности характеризует динамику изучаемого явления и означает, на сколько процентов или во сколько раз увеличилось или уменьшилось явление.

3) Виды временной нетрудоспособности. Порядок выдачи листков нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.

По виду временная нетрудоспособность может быть:

- заболевание
- травма
- аборт
- беременность и роды
- усыновление из роддома

- санаторно-курортное лечение
- на период медицинской реабилитации
- карантин
- на протезирование
- уход за больным членом семьи
- при переходе на легкий труд

Временная нетрудоспособность по характеру:

1) Полная нетрудоспособность - это когда человек вследствие заболевания не может и не должен выполнять никакой работы и нуждается в специальном лечебном режиме.

2) Частичная нетрудоспособность - это нетрудоспособность в своей профессии при сохранении способности выполнения другой работы.

Если человек может работать в облегченных условиях или выполнять меньший объем работы, то он считается частично утратившим трудоспособность.

Листок нетрудоспособности выдают по уходу:

- за взрослым членом семьи и больным подростком старше 15 лет, получающим лечение в амбулаторно-поликлинических условиях сроком до 3 дней, по решению клинико-экспертной комиссии — до 7 дней;
- за ребенком до 7 лет при амбулаторном лечении на весь период острого заболевания или до наступления ремиссии при обострении хронического заболевания; за ребенком старше 7 лет — на срок до 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего срока;
- за ребенком до 7 лет при стационарном лечении на весь срок лечения, старше 7 лет — после заключения клинико-экспертной комиссии о необходимости осуществления ухода;
- за детьми до 15 лет, инфицированными вирусом иммунодефицита, страдающими тяжелыми заболеваниями крови, злокачественными новообразованиями, ожогами — на весь период пребывания в стационаре;
- в случае болезни матери, находящейся в отпуске по уходу за ребенком до 3-х лет, листок нетрудоспособности выдают лицу, осуществляющему уход за ребенком, учреждением, в котором лечится мать, сроком до 5 дней, по решению клинико-экспертной комиссии до 10 дней, а в исключительных случаях — на весь период, в течение которого она не может осуществлять уход;
- при одновременном заболевании двух и более детей по уходу за ними выдают один листок нетрудоспособности;

- при разновременном заболевании двух детей листок нетрудоспособности выдается после закрытия первого документа без зачета дней, совпавших с днями освобождения от работы по первому листку нетрудоспособности;
- при заболевании ребенка в период, не требующий освобождения матери от работы, листок нетрудоспособности выдают со дня, когда она должна приступить к работе, без учета дней от начала заболевания ребенка.

4) Задача. Проанализировать деятельность хирургического отделения по среднегодовой занятости койки и летальности, если:- число дней, проведенных больными - 20 800,- среднегодовое число коек - 60,- число выписанных больных - 1 850,- число умерших больных – 23.

Среднегодовая занятость койки = число койко-дней проведенных больными в стационаре в течение года/среднегодовое число коек = $20800/60 = 346,7$ дня

Больничная летальность = число умерших/число выживших(выписанных+умерших)* 100=

$$(23/(1850+23))*100=1,2\%$$

Оборот койки = число выписанных+число умерших/среднегодовое число коек = $(1850+23)/60 = 31,2$ больных.

Билет 7

1) Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья, определяемые Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". (13)

Статья 19. 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.

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) Врач общей практики (семейный врач): определение понятия, основные задачи, организация деятельности. (75)

Врач общей практики (семейный врач) (ВОП) - специалист в области **общей** медицины, осуществляет свою деятельность в медицинских организациях преимущественно муниципальной системы здравоохранения, оказывающих **первичную медико-санитарную помощь населению** (в соответствии с Приказом МЗ и СР РФ 2005 г. «О порядке осуществления деятельности врача общей практики»):

- центрах общей врачебной (семейной) практики;
- амбулаториях и участковых больницах муниципальной системы здравоохранения;
- отделениях общей врачебной (семейной) практики амбулаторно-поликлинических учреждений;

ВОП оказывает многопрофильную помощь по следующим специальностям: оториноларингология, офтальмология, неврология, амбулаторная хирургия, при специальном обучении –эндокринология. Принимают ВОП своих пациентов в поликлинике, куда больной обращается на начальном этапе своего заболевания. Специалист общей практики может осуществлять тонометрию, ларингоскопию, отоскопию, риноскопию, расшифровку кардиограммы.

К обязанностям докторов общей практики относятся:

- установление или подтверждение диагноза заболевания при помощи различных обследований, анамнеза, клинических наблюдений за пациентом и данных клиничко-лабораторных исследований;

- наблюдение пациентов и оказание квалифицированной и своевременной помощи с использованием современных профилактических, диагностических и лечебных методик;
- разработка мероприятий по реабилитации больных при некоторых заболеваниях;
- назначение и контроль терапии, диагностических процедур и реабилитационных мероприятий; подготовка необходимой медицинской экспертной документации.

3) Показатели эффективности использования медицинских кадров. Современные аспекты подготовки кадров. (118)

Определяя показатели обеспеченности населения медицинскими кадрами, мы оцениваем имеющиеся возможности для оказания медицинской помощи. Для анализа эффективности использования медицинских кадров рассчитываются следующие показатели.

1) Число медицинских работников поликлиники на 1000 жителей = число медперсонала x 1000 / средняя численность населения x 1000. Аналогично - показатели численности врачей и среднего медицинского персонала на 1000 жителей.

2) Показатель соотношения численности врачей и средних медработников = число медперсонала x 1000 / среднегодовое число средних медработников. Аналогично определяется соотношение числа врачей и среднего медицинского персонала для стационара.

3) Число всех медицинских работников на 100 коек = число медработников в стационаре x 100 // среднегодовое число коек стационара. Число врачей, медперсонала на 100 коек стационара аналогично.

Показатели экономического анализа деятельности лечебного учреждения необходимо сравнивать в динамике за несколько лет, а также с показателями однотипных учреждений.

Современные аспекты подготовки кадров: Предстоит обеспечить внедрение уровневых программ, а также их переход на модульно-кредитную систему с целью предоставления учащимся возможности самостоятельно определять свою образовательную траекторию. В Концепции развития здравоохранения РФ определены задачи для образовательных учреждений: совершенствование целевой формы подготовки кадров; создание учебно-клинических комплексов: колледж - ЛПУ; оптимизация правовых и экономических взаимоотношений в рамках создания единой клинической базы; внедрение информационных технологий и систем управления качеством образовательного процесса; совершенствование системы непрерывного медицинского образования.

Болонская декларация определила 2 уровня обучения - додипломный и постдипломный. Уровень бакалавриата - 3 года (180-240 кредитов); магистратура - 5 лет (еще 60-120 кредитов); докторантура - 8 лет (от 300 кредитов). Необходим пересмотр характера и содержания медицинского образования.

Качество подготовки специалистов зависит от целей обучения, содержания образования, принципов организации учебного процесса. Для определения содержания образования необходимо разработать систему целей по специальности и отобрать вопросы учебных программ, строго ориентированные на конкретные цели обучения.

Система целей – это совокупность компонентов, взаимосвязанное функционирование которых направлено на решение общей для системы задачи. При этом все базисные дисциплины должны преподаваться как основа для изучения специальных клинических дисциплин, которые своими конечными целями реализуют требования квалификационной характеристики специалиста.

Билет 8

1. Профилактическое направление здравоохранения, его развитие и совершенствование с учетом современных требований.

Профилактика — составная часть медицины. Социально-профилактическое направление в деле охраны и укрепления здоровья народа включает в себя медицинские, санитарно-технические, гигиенические и социально-экономические мероприятия. Создание системы предупреждения заболеваний и устранения факторов риска является важнейшей социально-экономической и медицинской задачей государства. **Выделяют индивидуальную и общественную профилактику.**

В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии у человека рассматривают 3 вида профилактики.

Первичная профилактика — это система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, оздоровление окружающей среды и др.). К первичной профилактике относят социально-экономические мероприятия государства по оздоровлению образа жизни, окружающей среды, воспитанию и др. Профилактическая деятельность обязательна для всех медицинских работников. Не случайно поликлиники, больницы, диспансеры, родильные дома называются лечебно-профилактическими учреждениями.

Вторичная профилактика — это комплекс мероприятий по устранению выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (снижение иммунного статуса, перенапряжение, адаптационный срыв) могут привести к возникновению, обострению или рецидиву заболевания. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления.

Ряд специалистов предлагают термин **“третичная профилактика”** как комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Третичная профилактика имеет целью социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности личности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем) реабилитацию. Важнейшей составной частью всех профилактических мероприятий является формирование у населения медико-социальной активности и установок на здоровый образ жизни.

2. Задачи и функции страховых медицинских организаций.

Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования - страховая организация, имеющая лицензию, выданную в установленном законодательством Российской Федерации порядке. Особенности лицензирования деятельности страховых медицинских организаций определяются Правительством Российской Федерации. Страховая медицинская организация осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенным между территориальным фондом и страховой медицинской организацией.

Основными задачами страховой медицинской организации являются:

- обеспечение застрахованного населения страховыми медицинскими полисами;
- финансирование медицинской помощи застрахованным гражданам, предоставляемой в соответствии с территориальной программой ОМС и договорами ОМС;
- осуществление контроля за объемом, сроками и качеством оказания медицинской помощи;
- защита прав застрахованных граждан в случаях некачественного оказания им медицинской помощи в учреждениях здравоохранения.

Страховая медицинская организация обязана: 1) осуществлять обязательное медицинское страхование в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

2) оформлять (переоформлять) выдавать полис обязательного медицинского страхования застрахованному лицу;

3) вести учет застрахованных лиц, выданных им полисов обязательного медицинского страхования, а также обеспечить учет и сохранность сведений, поступающих от медицинских

- организаций в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- 4) представлять в территориальный фонд заявки на получение целевых средств на финансирование оплаты медицинской помощи и оплату счетов за оказанную медицинскую помощь в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;
 - 5) использовать полученные по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования средства по целевому назначению;
 - 6) возвратить остаток целевых средств после расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в территориальный фонд в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования;
 - 7) заключить с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
 - 8) осуществлять сбор, обработку данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, обеспечить их сохранность и конфиденциальность, осуществлять обмен указанными сведениями между субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования
 - 9) информировать застрахованных лиц о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи медицинскими организациями, о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи, об их праве на выбор медицинской организации, о необходимости обращения за получением полиса обязательного медицинского страхования, а также об обязанностях застрахованных лиц.

3. Маркетинг в здравоохранении. Основные понятия маркетинга: нужда, потребность, запрос, товар, обмен, сделка и рынок.

Маркетинг – деятельность, направленная на удовлетворение рыночных потребностей с целью извлечения прибыли.

Основные понятия в маркетинге: нужда, потребность, запрос, товар, обмен, сделка и рынок.

Нужда – чувство ощущаемой человеком нехватки чего-либо.

Потребность – нужда, принявшая специфическую форму в соответствии с культурным укладом и личностью индивида.

Запрос – потребность, подкрепленная покупательной способностью.

Товар – всё, что может удовлетворить потребность или нужду.

Обмен – акт получения от кого-либо желаемого объекта с предложением чего-либо взамен.

Сделка – коммерческий обмен ценностями между двумя сторонами.

Рынок – совокупность существующих и потенциальных покупателей товара.

Основная **цель** деятельности маркетолога – создание условий, гарантирующих абсолютное удовлетворение любых нужд и потребностей людей.

Основными **этапами реализации этой цели** являются: определение потенциальных потребителей; анализ факторов, влияющих на формирование и развитие в будущем

конкретных потребностей; разработка и налаживание производства товаров, удовлетворяющих эти потребности. Структура рынка в здравоохранении

Рынок:

- Медицинских услуг
- Труда медицинского персонала
- Лекарственных препаратов
- Научно-медицинских разработок
- Медицинского оборудования и техники
- Ценных бумаг и т.д.

Особенности медицинских услуг

1. Неосязаемость медицинской услуги.
2. Невозможность ощутить до момента её приобретения.
3. Неотделимость от источника услуги.
4. Несохраняемость услуги.
5. Непостоянство качества медицинской услуги.
6. Медицинскую услугу не всегда можно оценить положительно.

Механизм рынка услуг здравоохранения функционирует благодаря взаимодействию:

- спроса,
- предложения,
- цены.

Маркетинговый план в узком смысле представляет собой комплексный документ, в котором изложены рекламные активности на определенный промежуток времени. Цель маркетингового плана — сбалансировать ценовые изменения, оптимальным образом расщредоточить во времени рекламные усилия, целенаправленно развивать бытовую активность.

Задача № 21 Определить уровень и структуру первичной инвалидности в городе Н. за 2019 год, если количество лиц, признанных инвалидами впервые от: - болезней системы кровообращения - 60 - злокачественных новообразований - 487 - болезней органов дыхания - 300 - болезней эндокринной системы – 67 -

прочих причин - 286 Численность взрослого населения в городе - 226 158 жителей. Структуру первичной инвалидности изобразить графически...

Решение:

ДАНО:

226 158 жителей

322-БСК

462-ЗЛОК.НОВООБР

54-БКМС

45-ПСИХ

43-БНС

275-ПРОЧИЕ

СТРУКТУРА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ?

УРОВЕНЬ?

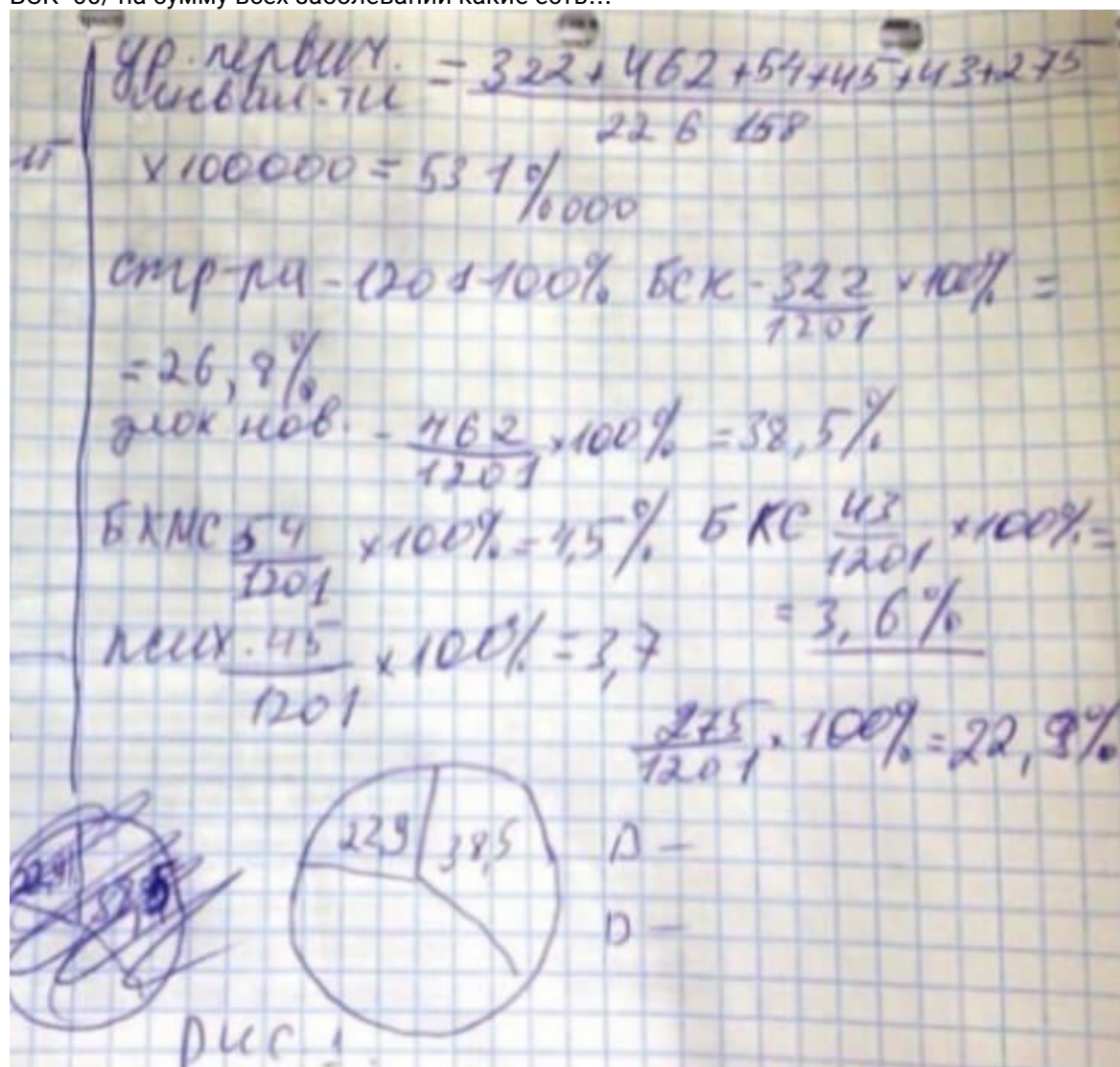
РЕШЕНИЕ:

1) Уровень первичной инвалидности = заболевание/общая часть населения * 10 000

Первич инвал = 60/226158*10000 и тд

2) Структура первич инвал = число лиц призн инвал по заб/число лиц впервые призн инвал за год*100

БСК=60/ на сумму всех заболеваний какие есть...



Билет 10

1-Центры медицинской профилактики, структура, задачи и функции. Научные основы пропаганды медицинских и гигиенических знаний, гигиенического обучения и воспитания населения, основные цели, задачи, методы и средства санитарного просвещения. (6)

Согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации № 455 от 23.09.2003 г. «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации», республиканский, краевой, областной, окружной, городской центр медицинской профилактики - это самостоятельное специализированное учреждение здравоохранения особого типа

Центр возглавляет руководитель (главный врач или директор), имеющий сертификационную подготовку по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» или тематическое усовершенствование по проблеме укрепления здоровья и профилактики заболеваний.

Структура центра медицинской профилактики

- организационно-методический отдел;
- отд.подготовки и тиражирования инф.материалов
- отдел мониторинга здоровья;
- отдел межвед. связей и комплексных программ;
- консультативно-оздоровительный отдел;
- отд.организации и проведения мероприятия в области гигиен.обучения и воспитания;

Функции центра медицинской профилактики

- разработка и совершенствование методов и критериев оценки медико-соц., медико-эконом. Эффективности мероприятий по форм-ю ЗОЖ и профилактике ХНИЗ (хр.неинф.забол.)
- разработка стандартов оказания профилак.мед.помощи населению
- подготовка научных и педагог.кадров
- международное сотрудничество в области формирования ЗОЖ и профилактики ХНИЗ
- разработка стратегии профилактики ХНИЗ и формирования ЗОЖ
- внедрение в деятельность научно-обоснованных и эффективных методов и технологий профилактики ХНИЗ на индивид., групп., популяционном уровне
- разработка и тиражирование материалов по профилактике ХНИЗ, памяток по доврачебной помощи
- участие в разработке федеральных и разработка региональных стандартов оказания профилактической мед.помощи

- учебно-методическая, консультативная помощь в РБ
- разработка, руководство и контроль реализации мероприятий и комплексных программ профилактики ХНИЗ, формирования ЗОЖ среди населения

Гигиеническое воспитание (санитарное просвещение) — совокупность образовательных, воспитательных, агитационных и пропагандистских мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, профилактику заболеваний, сохранение и укрепление здоровья, повышение трудоспособности людей, продление их активной жизни.

В основу гигиенического обучения и воспитания положена концепция формирования здорового образа жизни, сформулированы основные задачи:

- снижение распространенности курения;
- улучшение качества питания;
- увеличение физической активности;
- смягчение влияния повреждающих психосоциальных факторов и повышение качества жизни;
- соблюдение населением мер личной и общественной гигиены;
- снижение потребления алкоголя;
- профилактика употребления наркотиков;

Пропаганда медицинских и гигиенических знаний среди населения способствует снижению заболеваемости и смертности, помогает воспитывать здоровое, физически крепкое поколение. Средства санитарного просвещения — это радио, телевидение, видео, газеты, журналы, учебная литература, плакаты, витрины, кино, брошюры, памятки.

-Метод устной пропаганды является наиболее эффективным. Это самый популярный, экономичный, простой и доступный в организационном отношении метод. Он включает следующие средства пропаганды: лекции, беседы, дискуссии, конференции, кружковые занятия, викторины.

-Метод печатной пропаганды охватывает широкие слои населения. Он включает статьи, санитарные листки, памятки, листовки, стенные газеты, журналы, буклеты, брошюры, книги, лозунги.

-Наглядный метод — самый многообразный по числу входящих в него средств. Их можно разделить на 2 группы: натуральные объекты и изобразительные средства (объемные и плоскостные)

-Комбинированный метод — метод массовой пропаганды, при которой происходит одновременное воздействие на слуховые и зрительные анализаторы.

2- Мертворождаемость и перинатальная смертность: методика исчисления, уровень, причины, пути снижения. Критерии живорождения и мертворождения по ВОЗ. (45)

Мертворождаемость – это отношение числа родившихся мертвыми к общему числу родившихся живыми и мертвыми на 1000. РБ 2019г. – 6,8‰

$$\text{Коэффициент мертворождаемости} = \frac{\text{число родившихся мёртвыми}}{\text{общее число родившихся живыми и мёртвыми}} \times 1000$$

Причины мертворождаемости в РБ (в %):

Внутриутробная гипоксия, асфиксия в родах – 83,1

Врожденные аномалии – 4,6

Респираторные нарушения у новорожденных, возникшие в перинатальном периоде – 2,1

Инфекционные заболевания, специфичные для перинатального периода – 7,7

Перинатальная смертность - смертность жизнеспособных плодов (начиная с 22 недель внутриутробного существования) до начала родовой деятельности у матери, во время родов и смертность новорождённых детей в возрасте до 7 дней в расчете на 1000 родившихся живыми и мертвыми. РБ 2019г. – 8,8 ‰

В структуре перинатальной смертности ведущими причинами являются отдельные состояния перинатального периода, врожденные аномалии развития.

Коэффициент перинатальной смертности – рассчитывается в промиллях.

$$\text{Перинатальная смертность} = \frac{\text{число мертворожденных число умерших детей на 1 й неделе}}{\text{число детей, родившихся живыми и мертвыми за год}} \times 1000$$

Перинатальный период:

- антенатальный - с 22 недели до родов

- интранатальный – во время родов

- ранний неонатальный период – после родов до 7 дней (168 ч)

Медицинские аспекты снижения перинатальной заболеваемости и смертности заключаются в следующем:

1. Совершенствование службы охраны здоровья плода и новорожденного (оснащение современными УЗ-аппаратами, кардиомониторами, биохимическими лабораториями, лабораториями по определению бактериальной флоры, вирусов, иммуноглобулинов, генотипированию)

2. Своевременное лечение экстрагенитальных заболеваний и осложнений беременности.

3. Повышение уровня квалификации врачей и улучшение технического оснащения родовспомогательного стационара.

4. Профилактика преждевременных родов.

5. Охрана репродуктивного здоровья матери, профилактика гинекологических заболеваний.

6. Планирование семьи

Критерии живорождения

Живорождением называют полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, в случае наличия у него хотя бы одного из признаков жизни:

Дыхание

Сердцебиение

Пульсация пуповины

Явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента

- Срок беременности более 22 недель

- Вес плода более 500 гр (или менее 500 гр при многоплодной беременности)

- Рост плода более 25 см

Критерии мертворождения

Мертворождением называют смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности.

Смерть определяют по отсутствию дыхания и любых других признаков жизни у плода
Уровень мертворождаемости 6,8 детей на 1000 родившихся живыми и мертвыми

3- Виды маркетинга в здравоохранении, особенности рынка медицинских услуг (121)

Маркетинг (от англ. marketing «рыночная деятельность») – деятельность, направленная на удовлетворение рыночных потребностей с целью извлечения прибыли. В широком смысле предназначение маркетинга состоит в «определении и удовлетворении человеческих и общественных потребностей».

В зависимости от спроса на рынке выделяют:

Конверсионный маркетинг – в условиях отриц. спроса, когда значительная часть рынка не принимает продукт и может заплатить за отказ от его использования. Задача – изменение отрицательного отношения потребителей к продукту. Инструменты маркетинга – переделка продукта, более эффективное продвижение и снижение цены.

Стимулирующий – связан с наличием товаров и услуг, на которые нет спроса по причине безразличия и незаинтересованности потребителей. План должен учитывать причины безразличия и определить мероприятия по его преодолению.

Развивающий – связан с формирующимся спросом на товары/услуги.

Ремаркетинг оживляет спрос в определенный период угасания жизненного цикла товаров и услуг.

Синхромаркетинг – исп в условиях колеблющегося спроса. Пример – товары сезонного потребления.

Поддерживающий маркетинг – исп когда уровень и структура спроса на товары полностью соответствуют уровню и структуре предложения.

Противодействующий маркетинг – исп для снижения спроса, который с т.зрения общества/потребителя расценивается как иррациональный (алкоголь, табак).

Демаркетинг – исп для снижения спроса на свой продукт в ситуации, когда спрос превышает предложение, и нет возможности увеличить объем производства. Добиться результатов можно при – повышении цены на товар, снижение рекламы/усиления по продвижению. Цель – не разрушить спрос, а лишь уменьшить его, сбалансировав с производ. мощностями.

Медицинский маркетинг – деятельность, направленная на получение полной информации о потребностях населения в разл. видах медико-социальной помощи, обеспечивающей сохранение общественного здоровья.

Медицинские услуги, как и другие товары, попадающие на рынок, в своей потребительской ценности проходят ряд стадий, которые называются стадиями жизненного цикла: внедрение, рост, зрелость, насыщение, спад. На стадии внедрения требуются большие затраты, на прибыль рассчитывать не приходится. Задача этой стадии – создать основу для последующих. Чем быстрее пройдена ранняя стадия, тем более успешной может считаться маркетинговая деятельность.

4- задача про 500 койк

Среднегодовая занятость койки в 500-коечном стационаре городской объединенной больницы за отчетный год составила 317 дней. Рассчитать экономический ущерб из-за нерационального использования больничной койки и число больных, которых можно было бы дополнительно госпитализировать на эти койки. Средняя стоимость койко-дня – 1960,9 руб., средняя длительность пребывания больного на койке составило 12,3 дня, норматив средней годовой занятости койки – 340 дней.

сколько дней в году койка не занята? $340 - 317 = 23$

не доработано койко-дней = $23 \cdot \text{на кол-во коек}(500) = 11500$

стоимость пустой койки - $1960,9 \cdot 0,6$

экон ущерб = не доработано койко-дней * стоимость пустой койки = $11500 \cdot 1960,9 \cdot 0,6$

Число больных при занятости койки = $11500 / 12,3 = 934,9$ больных

среднее количество освободившихся коек = $11500 / 340 = 33$

Дано:
 I) $K = 500$
 II) $СГЗК_{н} = 340 \text{ д}$
 III) $СГЗК_{ф} = 317 \text{ д}$
 IV) $СДПБ = 12,3 \text{ д}$
 V) $С_{п.к.} = 1960,9 \text{ р}$
 VI) $ЭУ - ?$
 VII) $Б_{эп.} - ?$

Решение:

$$СГЗК = \frac{\text{койко-дни (КД)}}{\text{койки (К)}}$$

$$СДПБ = \frac{\text{койко-дни } 1 \text{ б-го}}{\text{все больные (выписанные + умершие)}} = \frac{КД}{Б}$$

I) Эконом. ущерб за счет невыполнения среднесредовой занятости

- 1) сколько не доработала 1 койка = $340 - 317 = 23 \text{ дня}$
- 2) в целом по стационару = $23 \cdot 500 = 11500 \text{ койко-дней}$
- 3) стоимость пустой койки сост-ет 60% от функциональной = $1960,9 \cdot 0,6 = 1176,54 \text{ руб.}$
- 4) $ЭУ = 11500 \cdot 1176,54 = 13.530.210 \text{ руб.}$

II) сколько больных можно дополнительно принять (б.ст.)
 $СДПБ = \frac{КД}{Б_{эп.}} \Rightarrow Б_{эп.} = \frac{КД}{СДПБ} = \frac{11500}{12,3} = 871,2 \text{ больного}$

Билет 11

Вопрос 1. Роль медицинских организаций в профилактике заболеваний и формировании здорового образа жизни. Школы здоровья. (8)

1. Формирование системы мотивации граждан, особенно детей и лиц трудоспособного возраста, к ведению здорового образа жизни

2. Формирование у граждан мотивации к переходу на здоровое питание, в том числе в целях снижения риска развития алиментарно-зависимых заболеваний, а также развитие системы информирования граждан о качестве продуктов питания.

3. Формирование эффективной системы профилактики заболеваний; охват всех граждан профилактическими мед осмотрами, проводимыми не реже 1 раза в год.

4. Разработка и реализация системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление заболеваний, а также на снижение риска их развития, предупреждение и устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды.

5. гигиеническое воспитание

Школы здоровья

«Школой» наз-ся цикл занятий для одной и той же группы слушателей по утвержденной программе. Программа должна включать как лекции, так и практич занятия.

Работа «школ» яв-ся одним из механизмов реализации прав пациента на здоровье, на получение необходимой ему информации и является одним из видов образования населения, поэтому организация и работа «школ» должны проводиться в обязательном порядке в каждой МО.

Приказ МЗ РБ от 19.07.99 г. №445-Д «Об организации и проведении образовательных программ для больных хроническими заболеваниями».

Школы здоровья:

1. Для пациентов
2. ЗОЖ для здоровых

Школы здоровья для больных:

- сахарным диабетом
- сердечной недостаточностью
- артериальной гипертензией
- бронхиальной астмой
- заболеваниями суставов и позвоночника
- для больных на хроническом гемодиализе

Функции:

- Повышение информированности пациента
- Повышение ответственности за свое здоровье
- Мотивация к оздоровлению

- Формирование умений и навыков по самоконтролю и самопомощи
- Коррекция поведенческих факторов риска.

Вопрос 2. Статистическая совокупность. Единица наблюдения. Типы данных. Виды статистического наблюдения по времени и объему. (21)

Статистическая совокупность – это группа, состоящая из большого числа относительно однородных элементов (единиц наблюдения), взятых вместе в известных границах времени и пространства.

Единица наблюдения – один элемент статистической совокупности, который имеет признаки.

Данные могут быть количественными и качественными.

Количественные делятся на дискретные или прерывные (число посещений врача за год, ЧСС, ЧД) и непрерывные (масса тела, рост, параметры крови).

Качественные могут быть номинальными (жив/умер, пол ж/м, заболевание есть или нет) и порядковыми (баллы, стадии процесса, степени тяжести, степень выраженности боли).

Различают два вида наблюдения по времени – текущее и единовременное:

- единовременное** (одномоментное) наблюдение – когда сбор информации по каждой единице наблюдения изучаемого явления приурочен к какому-либо определенному моменту (час, день). Например, перепись населения.
- текущее** (постоянное) наблюдение – когда регистрация проводится постоянно по мере возникновения единиц наблюдения. Например, регистрация диагнозов в «Карте выбывшего из стационара» производится по мере выписки больных.

Различают два способа проведения исследования по объему:

- сплошное** наблюдение - регистрация всех единиц наблюдения, входящих в изучаемую группу (совокупность)
- выборочное** наблюдение - регистрация только части совокупности для характеристики целого.

Вопрос 3. Сельский врачебный участок. Сельская участковая больница (амбулатория). Задачи и организация работы. (96)

Сельский врачебный участок, включает в себя сельскую участковую больницу (СУБ) или врачебную амбулаторию (СВА), фельдшерско-акушерские пункты (ФАП). Основным (головным) медицинским учреждением на сельском врачебном участке является сельская участковая больница (СУБ) или самостоятельная сельская врачебная амбулатория (СВА).

Мощность участковой больницы зависит от численности и плотности населения, радиуса обслуживания, расстояния до ЦРБ, от особенностей местных условий.

Выделяют следующие особенности в организации амбулаторной и стационарной помощи в СУБ:

- нет чёткого ограничения времени амбулаторного приема;
- часы приема больных должны назначаться в более удобное для населения время с учётом сезонности сельскохозяйственных работ;
- возможность приема пациентов фельдшером при отсутствии врача;
- вызовы на дом обслуживаются врачом лишь в пунктовом селе, где расположена СУБ, вызовы на дом в других населенных пунктах сельского врачебного участка обслуживаются фельдшером;
- дежурство в стационаре с правом пребывания дома и обязательной информацией персонала о своем местонахождении, на случай необходимости оказания неотложной помощи;
- выделение у врача одного профилактического дня в неделю для объезда участка.

Правила организации деятельности врачебной амбулатории.

Врачебная амбулатория организуется для оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи, а доврачебной в рамках оказания неотложной медицинской помощи населению.

Врачебная амбулатория является самостоятельной медицинской организацией либо структурным подразделением медицинской организации (ее структурного подразделения).

Оказание первичной врачебной медицинской помощи во врачебной амбулатории осуществляется врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) и врачами-специалистами по территориально-участковому принципу.

Врачебная амбулатория обеспечивается автомобилями скорой медицинской помощи класса А.

В структуре рекомендуется предусматривать следующие помещения:

регистратура;

процедурная;

кабинеты врачей;

кабинет медицинской профилактики;

клиническая лаборатория;

биохимическая лаборатория

Во врачебной амбулатории может организовываться кабинет (отделение) доврачебной помощи, кабинет (отделение) неотложной медицинской помощи, дневной стационар.

Основными задачами врачебной амбулатории являются:

диагностика и лечение острых заболеваний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений и других состояний;

осуществление диспансерного наблюдения за больными хроническими заболеваниями;

осуществление мероприятий по медицинской реабилитации;

устранение угрожающих жизни состояний с последующей организацией медицинской эвакуации в медицинские организации;

оказание неотложной медицинской помощи больным при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний;

направление пациентов в медицинские организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в случаях, предусмотренных порядками оказания отдельных видов медицинской помощи (по профилям);

организация стационара на дому;

активное выявление злокачественных новообразований и предопухолевых заболеваний и направление больных с подозрением на злокачественные новообразования в первичные онкологические кабинеты;

осуществление мероприятий по формированию здорового образа жизни;

осуществление мероприятий по медицинской профилактике, включая организацию школ здоровья для больных с социально значимыми неинфекционными заболеваниями и лиц с высоким риском их возникновения;

осуществление санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

выявление курящих лиц и лиц, избыточно потребляющих алкоголь, с высоким риском развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя; оказание медицинской помощи лицам, курящим и избыточно потребляющим алкоголь, по отказу от курения и злоупотребления алкоголем, включая направление их для консультации и лечения в отделения медицинской профилактики, центры здоровья и специализированные медицинские организации;

Работа врачебной амбулатории должна организовываться по сменному графику, обеспечивающему оказание медицинской помощи в течение всего дня, а также предусматривать оказание неотложной медицинской помощи в выходные и праздничные дни.

Задача

В неврологическом отделении многопрофильной больницы стоимость активной части основных фондов составила 45 млн. руб., пассивной части - 15 млн. руб. Годовой фонд заработной платы составил 3,5 млн. рублей. Расходы на питание на 1 к/д предусмотрены в размере 215 руб., на медикаменты - 400 руб. Затраты на прочие расходы составили 195000 руб. В течение года выбыло из отделения 1546 больных. Определить фактическую стоимость содержания одного больного в день и среднюю стоимость лечения больного. Число проведенных койко-дней - 20100. Износ активной части составил 15%, пассивной – 1%

$$= \frac{\quad}{653150} \cdot 100.000 = 1,5 / 1000$$

Задача 24.

<p>Дано:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) $lim \rightarrow \text{норм. ставка} = 45.000.000$ 2) $lim \rightarrow \text{норм. ставка} = 45.000.000$ 3) $log \rightarrow \text{ставка} = 1500.000$ 4) $log \rightarrow \text{ставка} = 15\%$ 5) $log \rightarrow \text{ставка} = 19\%$ 6) $log \rightarrow \text{ставка} = 95.000 \text{ р.}$ 7) $lim \rightarrow \text{ставка} = 1200 \text{ руб./год}$ 8) $KD = 17500$ 9) $log \rightarrow \text{ставка} = 15\%$ 10) $log \rightarrow \text{ставка} = 1\%$ 	<p>Решение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) $450 \cdot 17500 = 2.625.000 \text{ руб. (норматив)}$ 2) $190 \cdot 17500 = 3.325.000 \text{ руб. (ЛП)}$ 3) $45.000.000 \cdot 0,15 = 6.750.000 \text{ руб. - норма мин. ставки}$ 4) $45.000.000 \cdot 0,01 = 450.000 \text{ руб. - норма минимальной ставки}$ 5) $log \rightarrow \text{ставка} = 19\%$ 6) $log \rightarrow \text{ставка} = 95.000 \text{ р.}$ 7) $\Sigma = 4500.000 + (2.625.000 + 3.325.000 + 6.750.000 + 450.000) + 95.000 = 14.445.000 \text{ руб.}$ 8) $\frac{\Sigma}{14500} = 825,4 \text{ руб. на 1 рубль-год}$
---	--

$$825,4 \cdot 14,6 = 12050,84$$

$$825,4 \frac{\text{руб}}{\text{год}} \cdot 14,6 \frac{\text{руб}}{\text{ставка}} = 12050,84 \frac{\text{руб}}{\text{на 1-го рубля}}$$

Ответ: факт. стоимость 1 рубль = 825,4 руб.

средняя стоимость рубля 8-го = 12050,84 руб.

Билет 12**Вопрос 1. Система здравоохранения в РБ. Уровни оказания мед помощи населению (9).**

Здравоохранение в Башкортостане — совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья жителей Республики Башкортостан, продления их долголетней жизни, предоставление им медицинской помощи в случае утраты здоровья.

В РБ трехуровневая система оказания медицинской помощи населению

1 уровень

Мед.организации первого уровня – это мед.организации, оказывающие населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) : первичную медико-санитарную помощь, и (или) специализированную МП (за исключением ВМП) по 4 профилям, терапевтический, хирургический и педиатрический профили, и (или) скорую, в т.ч. скорую специализированную МП и (или) паллиативную МП.

Относятся: подразделения ЦРБ, городские поликлиники и больницы.

2 уровень

Мед. Организации второго уровня- это мед.организации, оказывающие специализированную (за искл.ВМП) по 5 и более профилям населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, БСМП, центры, диспансеры (противотуберкулезные, психоневрологические, наркологические и иные).

Относятся: межмуниципальные центры, крупные многопрофильные городские больницы.

3 уровень

Мед.организации третьего уровня – это мед.организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие высокотехнологическую мед помощь.

Вопрос 2. Порядок и условия признания лица инвалидом. Группы инвалидности. Порядок направления пациентов на МСЭ.

Инвалид - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Ограничение жизнедеятельности - полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Признание лица инвалидом осуществляется федеральным учреждением медико-социальной экспертизы (МСЭ) Порядок и условия признания лица инвалидом устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Условиями признания человека инвалидом являются:

- 1) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- 2) ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата человеком способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);
- 3) необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

ВАЖНО: для признания человека инвалидом, необходимо наличие всех трех условий! Причем признание человека инвалидом решается специально собранной комиссией экспертов бюро медико-социальной экспертизы.

Критерием для установления первой группы инвалидности является нарушение здоровья человека с IV степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к 3 степени выраженности ограничений одной из следующих категорий жизнедеятельности человека (или их сочетанию), определяющих необходимость его социальной защиты.

Критерием для установления второй группы инвалидности является нарушение здоровья человека с III степенью выраженности стойких нарушений функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее ко 2 степени выраженности ограничений одной из следующих категорий жизнедеятельности человека (или их сочетанию), определяющих необходимость его социальной защиты:

Критерием для установления третьей группы инвалидности является нарушение здоровья человека со II степенью выраженности стойких нарушений функций

организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к 1 степени выраженности ограничений следующих категорий жизнедеятельности человека в их различных сочетаниях, определяющих необходимость его социальной защиты:

Критерием для установления инвалидности лицу в возрасте до 18 лет является нарушение здоровья со II и более выраженной степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне от 40 до 100 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению любой категории жизнедеятельности человека и любой из трех степеней выраженности ограничений каждой из основных категорий жизнедеятельности, определяющих необходимость социальной защиты ребенка.

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

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

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

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

Вопрос 3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья, определяемые Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

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 помощи.

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; 21

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.

Задача

Исчислить показатели младенческой смертности по допустимому методу и методу Ратса, если в городе в 2019 году родилось живыми 2 800, а в 2020 году – 2 960 детей. В 2020 году в возрасте до 1 года умерло - 23 ребенка.

1) Допустимый метод(в ‰)

Младенческая смертность = Число детей умерших на 1м году жизни за данный год/число детей родившихся за год*1000 = $23/2960*1000=7,8 ‰$

2) По методу Ратса:

Число детей умерших на 1м году жизни за данный год/ $2/3$ детей родившихся живыми в отчетном году+ $1/3$ детей родившихся живыми в прошлом году*1000= $23/1973,3+933,3*1000=7,9 ‰$

БИЛЕТ 13

ВОПРОС 1. ВИДЫ, ФОРМЫ И УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ (15)

К видам медицинской помощи относятся:

- 1) первичная медико-санитарная помощь;
- 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- 4) паллиативная медицинская помощь.

Формы оказания мед помощи

- плановая
- неотложная

Условия оказания мед помощи

- амбулаторно (в медицинской организации и по месту вызова мобильной бригады)
- в дневном стационаре (в стационаре на дому)

ВОПРОС 2. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ИНВАЛИДНОСТИ, СМЕРТНОСТИ. (108)

Нетрудоспособность в связи с заболеваемостью, инвалидностью, а также преждевременная смерть наносят значительный экономический ущерб национальному хозяйству. Заболевший работник не участвует в общественном производстве и, следовательно, в создании национального дохода. Кроме того, в период нетрудоспособности выплачивается пособие и расходуются средства на лечение. Таким образом, экономические потери в связи с временной и стойкой утратой трудоспособности состоят из следующих компонентов:

- стоимость произведенной продукции на 1 работающего в день
- оплата пособия по листкам нетрудоспособности
- расходы на лечение

Экономические потери в связи с инвалидностью слагаются из следующих компонентов :

- стоимость произведенной продукции за год
- пособие по социальной защите населения (инвалидности)
- затраты на лечение
- затраты на реабилитацию
- затраты на приобретение средств передвижения , протезирования на льготных условиях
- Льготное лекарственное обеспечение

Экономические потери в связи со смертностью лиц трудоспособного возраста слагаются из следующих компонентов :

- стоимость произведенной продукции за не дожитые годы до пенсии – ущерб от снижения работающих в народном хозяйстве
- пособие по случаю потери кормильца

ВОПРОС 3. СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА. СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ ПО ПРИЧИНАМ. МЕРОПРИЯТИЯ ПО СНИЖЕНИЮ СМЕРТНОСТИ. (41)

Коэффициенты смертности населения в трудоспособном возрасте - рассчитываются по субъектам Российской Федерации как отношения числа умерших в данном возрасте (мужчины 16-59 лет, женщины 16-54 года) в течение календарного года к среднегодовой численности лиц данного возраста по текущей оценке численности населения. Исчисляется на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста.

Структура смертности по причинам:

- 1.Болезни системы кровообращения
- 2.Новообразования
- 3.Несчастные случаи, травмы, отравления
- 4.Болезни органов дыхания
- 5.Болезни органов пищеварения

Мероприятия по снижению смертности

1 В последние годы в России руководством страны уделяется повышенное внимание как вопросам охраны и укрепления здоровья населения, так и снижению смертности от ряда причин. Принято ряд законов об охране здоровья граждан («О санитарно-эпидемиологическом благополучии», «Об ограничении курения табака», «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» и т.д.). Указом Президента Российской Федерации №1351 от 9 октября 2007 года утверждена Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. Основными задачами демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года являются:

- сокращение уровня смертности не менее чем в 1,6 раза, прежде всего в трудоспособном возрасте от внешних причин;

- сокращение уровня материнской и младенческой смертности не менее чем в 2 раза, укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков;
- сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение продолжительности активной жизни, создание условий и формирование мотивации для ведения здорового образа жизни, существенное снижение уровня заболеваемости представляющими опасность для окружающих, улучшение качества жизни больных, страдающих хроническими заболеваниями, и инвалидов.

2. С 2008 г. в России в рамках национального проекта «Здоровье» начата реализация программ по совершенствованию оказания медицинской помощи по трем приоритетным направлениям, вносящим наибольший вклад в смертность населения: сердечно - сосудистые заболевания, онкология и дорожная травма.

4. Задача (22)

В городе Н. с численностью населения 110 000 человек бригадами станции скорой медицинской помощи (СМП) было выполнено 35012 выездов, в том числе 2815 безрезультативных. Число выездов бригад СМП по времени доезда до 20 минут составило 18906. Рассчитать показатели деятельности станции скорой медицинской помощи: число вызовов на 1000 населения, удельный вес безрезультативных вызовов и вызовов с опозданием.

Обеспеченность населения СМП = число выездов СМП/среднегодовая численность населения * 1000 = 35 012/110 000 * 1000 = 318,3 ‰

Удельный вес безрезультативных выездов = число безрезультативных выездов/общее число выездов * 100 = 2815/35012 * 100 = 8%

Вызовы с опозданием = число выездов СМП - число выездов до 20 минут = 35012 - 18906 = 16106

Удельный вес выездов с опозданием = число выездов с опозданием/общее число выездов СМП * 100% = 16106/35012 * 100% = 46%

Задача 22.

Обеспеченность населения СМП = $\frac{\text{число выездов СМП}}{\text{среднегод. численность населения}} \cdot 1000 = \frac{35012}{110000} \cdot 1000 = 318,3\text{‰}$

Удельный вес безрезультативных выездов = $\frac{\text{число безрезультативных выездов}}{\text{общее число выездов}} \cdot 100 = \frac{2815}{35012} \cdot 100 = 8\%$

Вызовы с опозданием = 35012 - 18906 = 16106.

Уд. вес выездов с опозданием = $\frac{16106}{35012} \cdot 100\% = 46\%$

Билет 14

Вопрос 1. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Структура, задачи, стоящие перед ней. (10)

ВОЗ, англ. World Health Organization, WHO) — специальное агентство Организации Объединённых Наций, состоящее из 193 государств-членов, основная функция которого лежит в решении международных проблем здравоохранения и охране здоровья населения мира. основана в 1948г. со штаб-квартирой в Женеве в Швейцарии.

Структура ВОЗ:

Всемирная ассамблея по здравоохранению, Исполнительный комитет, Секретариат.

Задачи ВОЗ

1. предоставление международных рекомендаций в области здравоохранения,
2. установление стандартов здравоохранения
3. сотрудничество с правительствами стран в области усиления национальных программ здравоохранения
4. разработка и передача соответствующих технологий, информации и стандартов здравоохранения.

Сферы деятельности ВОЗ

Укрепление и совершенствование национальных служб здравоохранения;
Предупреждение неинфекционных и инфекционных заболеваний и борьба с ними;
Охрана и оздоровление окружающей среды;
Охрана здоровья матери и ребёнка;
Подготовка медицинских кадров;
Развитие медико-биологических исследований;
Санитарная статистика.

Вопрос 2. Виды временной нетрудоспособности. Порядок выдачи листков нетрудоспособности по беременности и родам и при карантине. (67)

Виды врем. нетрудоспособности

- травма или заболевание
- уход за больным членом семьи
- дородовой и послеродовой отпуск
- карантин
- бактерионосительство
- стационарное протезирование
- санаторно-курортная реабилитация

Порядок выдачи листка нетрудоспособности при карантине

При временном отстранении от работы граждан, контактировавших с инфекционными больными, или граждан, выявленных как бактерионосители, листок нетрудоспособности выдается врачом-инфекционистом, а в случае его отсутствия - лечащим врачом. Продолжительность отстранения от работы в этих случаях

определяется утвержденными сроками изоляции лиц, перенесших инфекционные заболевания и соприкасавшихся с ними.

При карантине листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет, посещающим дошкольное образовательное учреждение, или за членом семьи, признанным в установленном порядке недееспособным, выдается лечащим врачом, который осуществляет наблюдение за ребенком (за членом семьи, признанным в установленном порядке недееспособным), одному из работающих членов семьи (опекуну) на весь период карантина.

Гражданам, работающим в организациях общественного питания, водоснабжения, детских учреждениях, при наличии у них гельминтоза листок нетрудоспособности выдается на весь период дегельминтизации.

Порядок выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам

Листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается врачом акушером-гинекологом, при его отсутствии - врачом общей практики (семейным врачом), а при отсутствии врача - фельдшером. Выдача листка нетрудоспособности по беременности и родам производится в 30 недель беременности единовременно продолжительностью 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов).

При многоплодной беременности листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается в 28 недель беременности единовременно продолжительностью 194 календарных дня (84 календарных дня до родов и 110 календарных дней после родов).

При осложненных родах листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается дополнительно на 16 календарных дней медицинской организацией, где произошли роды.

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

При прерывании беременности при сроке до 21 полной недели беременности листок нетрудоспособности выдается на весь период нетрудоспособности, но на срок не менее трех дней, в том числе и при прерывании беременности малого срока.

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

Вопрос 3. Виды спроса на медицинские услуги, изучение потребительского спроса. Сегментация рынка, принципы сегментации (122)

Виды спроса и стратегии маркетинга

- Отрицательный - спрос на товары и услуги, которые недолюбливает потребитель (например, прививки от гриппа, стоматологические процедуры). При этом осуществляется конверсионный маркетинг, направленный на анализ причин существующего положения и поиск путей изменения негативного отношения к товару (услуге).

- Скрытый - спрос, который невозможно удовлетворить с помощью имеющихся на рынке товаров и услуг. Здесь требуется развивающий маркетинг, цель которого - оценка величины потенциального спроса и создание товара (услуги), способных этот спрос удовлетворить.
- Падающий - снижение спроса на один или несколько товаров. Задача ремаркетинга - проанализировать причины этого снижения и добиться обратной тенденции благодаря поиску новых рынков, изменению характеристик товара, установлению более эффективной коммуникации.
- Нерегулярный - колебание спроса во времени, что обуславливает проблемы перегрузки или недогрузки производителя. Здесь проводится синхромаркетинг, призванный сгладить колебания спроса по времени с помощью гибких цен, гибких графиков работы специалистов и т.д.
- Полноценный - спрос, совпадающий с торговым оборотом фирмы. ЛПУ оказывает то количество медицинских услуг, которое возможно, исходя из его материальной базы, количества врачей и потребности пациентов не только в количественном, но и в качественном отношении. При данном спросе проводится поддерживающий маркетинг, направленный на сохранение высокого качества товара и анализ уровня потребительской удовлетворенности.
- Чрезмерный спрос – спрос выше, чем могут (или хотят) удовлетворить производители товаров и услуг. Проведение демаркетинга направлено на постоянное или временное сокращение спроса в целом или на определенных участках рынка.
- Нерациональный спрос - спрос на товары и услуги, вредные для здоровья и безопасности потребителей. Необходим противодействующий маркетинг, который предполагает повышение цен, ограничение доступности товаров (услуг), распространение устрашающих сведений. Может наблюдаться ситуация, когда потребители не заинтересованы в товаре и услуге или безразличны к ним, то есть отсутствие спроса. Используется стимулирующий маркетинг, задачей которого является поиск способов увязки выгод предлагаемого товара (услуги) с естественными потребностями человека.

Сегментация рынка — процесс разбивки потребителей или потенциальных потребителей на рынке на различные группы (или сегменты), в рамках которых потребители имеют схожие или аналогичные запросы, удовлетворяемые определенным комплексом маркетинга

Разработка возможной классификации *сегментирования* рынка медицинских услуг представляется по следующим параметрам:

- по возрастно-половым признакам (мужчины, женщины, дети, подростки, взрослые, престарелые);
- по видам обеспечения медицинской помощью (амбулаторно-поликлиническая, госпитальная, родовспоможение, стоматологическая, лекарственное обеспечение и т.д.);
- по декретированным группам (здоровые, больные, работающие в условиях, связанных с профессиональными вредностями, военнослужащие, студенты и т.п.)
- по нозологическим группам (как частный случай - по группам диспансеризации); · по медико-диагностическим группам;

- по группам равного медицинского стандарта;
- по экономическим группам (уровню благосостояния и платежеспособности),
- по видам медицинских услуг.

Отбор целевых рынков (*сегментация*).

1. Географическая сегментация
2. Демографическая сегментация
3. Психографическая сегментация. (по степени нуждаемости, по поведению на рынке, по степени чувствительности, по степени приверженности).

Задача

Вычислить интенсивный и экстенсивные показатели по основным классам болезней населения сельского района за 2020 год по следующим данным: численность населения в районе 38 530 человек, общее число зарегистрированных заболеваний по талонам амбулаторного пациента составило - 50 200 случаев, в том числе болезней системы кровообращения 9187, болезней органов дыхания 16526 и болезней органов пищеварения, 4568, болезней мочеполовой системы 4267, костно-мышечной системы – 3 765, прочие 11887.

Задача 28.

Интенс. показ-ти = уровень, частота
Экстенс. - структура.

ИП	ЭП
$\text{БСК} = \frac{9187}{38530} \cdot 1000 = 238,4\text{‰}$	$\text{БСК} = \frac{9187}{50200} \cdot 100\% = 18,3\%$

Задача 29.

Билет 15

Порядки, клинические рекомендации и стандарты оказания медицинской помощи

Виды, формы и условия оказания медицинской помощи населению

В рамках Программы бесплатно предоставляются:

-первичная медико-санитарная помощь

-специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
-скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

Медицинская помощь оказывается в следующих формах.

экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента,

неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью. При оказании в рамках Программы первичной медико-санитарной помощи осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 года N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств", и медицинскими изделиями, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи.

2. Методика изучения естественного движения населения. Роль врачей и медицинских организаций в регистрации рождаемости и смертности. Брачность и разводимость, их значение при изучении демографических показателей.

Естественное движение населения – изменение численности и состава населения в результате рождаемости и смертности, браки и разводы

К показателям естественного движения населения относят общие и специальные демографические показатели:

- **Общие демографические показатели** – это показатели рождаемости, смертности, естественного прироста, средней продолжительности предстоящей жизни, брачности и разводимости. Общие демографические показатели вычисляются обычно на 1000 человек населения.

1. Рождаемость.

Показатель рождаемости = число родив-ся жив за год*1000/среднегод.численность

Рождаемость изучается путем заполнения в родильных домах «Медицинского свидетельства о рождении». Корешок остается в родильном доме, матери отдают документ, который в течение 1

мес. обменивается на «Медицинское свидетельство о рождении» в ЗАГСе, где в 2-х экземплярах заполняется «Акт о рождении».

2. **Смертность** – процесс уменьшения численности населения в результате смерти отдельных людей.

Показатель смертности = число умерших за год × 1 000/среднегодовая численность населения

Смертность изучается путем заполнения «Медицинского свидетельства о смерти» медицинским работником.

3. **Естественный прирост (убыль) населения** – разность числа родившихся и числа умерших на данной территории за определённый период, обычно за год.

Может быть положительным, отрицательным и равным нулю в зависимости от соотношения уровней и динамики рождаемости и смертности.

Естественный прирост = число родивш-ся - число умерших × 1 000/среднегод.числен населения

4. **Средняя продолжительность предстоящей жизни (СППЖ)** – число лет, которое предстоит прожить данному поколению родившихся, если на протяжении всей жизни поколения (т.е. при переходе из одного возраста в другой) по возрастные показатели смертности будут такими, какими они являются на год определения СППЖ.

Для определения СППЖ составляют таблицы смертности

5. **Брачность** – процесс образования брачных (супружеских) пар в населении; включает вступление в первый и повторные браки. Демографическое значение брачности заключается в том, что она тесно связана с воспроизводством населения и является важнейшим демографическим фактором рождаемости, формирования семьи и изменения семейной структуры населения.

Общий коэффициент брачности= число заключенных браков× 1 000/среднегод численность

Разводимость – процесс распада супружеских пар вследствие расторжения брака (т.е., развода).

Общий коэффициент разводов = общее число разводов в году × 1 000/среднегод числен

• Специальные демографические показатели – это показатели общей и брачной плодovitости, повозрастной плодovitости, возрастной смертности, младенческой смертности, перинатальной и неонатальной смертности и т.д. Специальные показатели рассчитываются на 1000 представителей соответствующей среды (например, родившиеся живыми, женщины в возрасте 15–49 лет и т.д.):

1. Специальные показатели воспроизводства:

- Коэффициент общей плодovitости (фертильности)

Коэффициент общей плодovitости = число родивш-я жив за год × 1 000/число женщин 15-49 лет

- Повозрастные коэффициенты плодovitости (ПКП)

ПКП = число рождений у женщин соотв возраста × 1 000/число женщин соотв возраста

- Коэффициент брачной плодovitости

Брачная плодovitость = число рождений у женщин в браке × 1 000/число женщин 15-49 лет в браке

- Коэффициент повозрастной брачной плодovitости

Повозрастная брачная плодovitость = число рожд год у женщин опр возраста и в браке × 1 000/число женщин этого возраста в браке

- Брутто-коэффициент воспроизводства населения – это число девочек, которое в среднем родит каждая женщина за весь репродуктивный период.

- Нетто-коэффициент воспроизводства населения – это среднее число девочек, рожденных за всю жизнь женщиной и доживших до конца репродуктивного периода.

- Коэффициент частоты абортoв

Коэффициент частоты аборт = общее число аборт \times 1 000/общее число рождений и аборт

2. Специальные показатели смертности:

- Повеозрастной коэффициент смертности

Повеозрастной коэффициент смертности = число умерших опр возраста в год \times 1 000/численность населения этого возраста

- Материнская смертность

М. с. = общ число умерших беременных, в родах и в теч 42 дней после родов \times 100 000/число родившихся живыми за этот период

- Младенческая смертность

= число умерших детей на первом году жизни / дети родившиеся живыми \times 1000

РБ в 2019г. – 6,1 ‰

- Структура смертности населения по причинам

:

Доля данной причины число умерших от даннойпричины \times 100/число умерших от всех причин

Система обязательного социального страхования

Федеральный закон от 29 декабря 2006 г.

N 255-

ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетр удоспособности и в связи с материнством

Обязательное социальное страхование — часть государственной системы социальной защиты населения, спецификой которой является осуществляемое в соответствии с федеральным законом страхование работающих граждан от возможного изменения материального и (или) социального положения, в том числе по независящим от них обстоятельствам^[1].

Социальное страхование — это особая система защиты работающих граждан и находящихся на их иждивении членов семей от потери трудового дохода при наступлении страхового случая (нетрудоспособности вследствие старости, инвалидности, болезни, безработицы, материнства, смерти кормильца).

Страховой случай – свершившееся событие, с наступлением которого возникает обязанность страховщика, а в отдельных случаях, утсановл-х наст ФЗ, страхователя осуществлять страховое обеспечение.

Страховое обеспечение – исполнение страховщиком или страхователем своих обязательств перед застрахован лицом при наступлении страхового случая посредством выплаты пособий.

Средства обязательного социального страхования – это денежные средства, формируемые за счет уплаты страхователями страховых взносов на обязательное социальное страхование.

Страховые взносы – обязательные платежи, осуществляемые страхователями в ФСС РФ в целях обеспечения обязательного социального страхования лиц на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

Страховые риски – это временная утрата заработка или иных выплат, вознаграждений застрахованному лицу в связи с наступлением страхового случая.

Страховые случаи

Виды обязательного социального страхования: пособия по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, женщинам вставшим на учет в ранние сроки беременности, при рождении ребенка единовременно, ежемесячное пособие по уходу за ребенком, пособие на погребение.

Обязательное социальное страхование в России состоит из 6 частей:

Обязательное страхование на случай временной нетрудоспособности (болезни),

Обязательное страхование в связи с материнством,

Обязательное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний,

Обязательное [медицинское страхование](#),

Обязательное [пенсионное страхование](#),

Обязательное страхование на случай смерти застрахованного лица или несовершеннолетнего члена его семьи.

Видами страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством являются следующие выплаты:

1) пособие по временной нетрудоспособности;

2) пособие по беременности и родам;

КонсультантПлюс: примечание.

С 01.07.2021 п. 3 ч. 1 ст. 1.4 утрачивает силу ([ФЗ](#) от 26.05.2021 N 151-ФЗ).

3) единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности;

(в ред. Федерального [закона](#) от 25.11.2013 N 317-ФЗ)

(см. текст в предыдущей редакции)

4) единовременное пособие при рождении ребенка;

5) ежемесячное пособие по уходу за ребенком;

6) социальное пособие на погребение.

2. Условия, размеры и порядок выплаты страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством определяются настоящим Федеральным законом, Федеральным [законом](#) от 19 мая 1995 года N 81-ФЗ "О государственных пособиях гражданам, имеющим детей" (далее - Федеральный закон "О государственных пособиях гражданам, имеющим детей"), Федеральным [законом](#) от 12 января 1996 года N 8-ФЗ "О погребении и похоронном деле" (далее - Федеральный закон "О погребении и похоронном деле").

Задача. Рассчитать и проанализировать показатели оборота койки, средней длительности пребывания больного на койке по стационару, если известно: - общее число койко-дней, проведенных всеми больными - 80 250, - число выписанных больных - 6573, - среднегодовое число коек - 230, - число умерших больных - 27.

Задача 38

$$\text{Оборот койки} = \frac{\text{число выписанных + умерших}}{\text{число коек}} = \frac{348}{12,2} = 28,5 \text{ раз.}$$

$$\text{среднегодов. занятость койки (стзк)} = \frac{\text{дней}}{\text{коек}} = \frac{80.250}{230} = 348 \text{ дней} \quad (N=25)$$

$$\text{средн. длит-ть пребывания больного (СДПБ)} = \frac{\text{дней}}{\text{больных}} = \frac{80.250}{6573+27} = \frac{80.250}{6600} = 12,16 \text{ дн.} \quad (N=12,5)$$

Билет 16

1. Системы здравоохранения в различных странах мира, их основные характеристики

В настоящее время в мире существуют три основные формы или системы здравоохранения.

1. Государственная, или система Беверидиа.

Основные ее характеристики:

- центральное и региональное планирование,
- финансирование путем прямого налогообложения,
- управление системой через медицинских работников,
- контроль качества со стороны государства и медицинских работников,
- экономичное использование ресурсов,
- низкая оплата труда персонала,
- низкие административные расходы.

Принципиальные проблемы:

- мало стимулов для повышения эффективности лечебной работы,
- государство сдерживает рост расходов посредством макро- экономических моментов,
- учет мнения и свобода выбора для пациентов ограничены,
- очереди являются регулятором обеспечения медицинской помощи и стимулируют частную практику в отношении привилегированного населения, недостаточная комфортность больниц,

- неравенство в доступности медицинской помощи для отдельных социальных групп и территорий,
- централизованное планирование ограничивает новаторство, слабо учитывает местные интересы и интересы потребителей,
- тенденция к ограничению контактов пациента и персонала стенами ЛПУ,
- государственный монополизм в определении приоритетов,
- авторитарная система управления, слабые связи между центром и периферией.

2. Система медицинского страхования, или система Бисмарка.

Основные характеристики:

- децентрализованное финансирование,
- свобода выбора страховых организаций,
- конкуренция между страховыми организациями,
- большое внимание контролю за качеством и расходами со стороны страховых организаций,
- разделение в финансировании государства, финансирование органов и ЛПУ в ОЗГ,
 - высокий комфорт больниц, широкий их выбор.

Принципиальные проблемы:

- неравенство в доступности медицинской помощи для различных социальных групп и территорий,
- тенденция к неоправданному росту стоимости медицинской помощи,
- плохой контроль за деятельностью персонала,
- пренебрежение пациентами, входящими в группу высокого риска, длительно находящимися в стационаре и незастрахованными (5— 10% населения),
- слабое внимание долгосрочному планированию,
- низкий приоритет общественного здравоохранения, профилактики, укрепления здоровья и санитарного просвещения,
- высокие административные расходы (особенно на обработку информации и финансовые расчеты).

3. Частная (рыночная) система здравоохранения (США, ЮАР).

Основные характеристики:

- широкий выбор услуг соответственно интересам пациентов,
- отсутствие очередей,
 - гарантия доступности специализированной помощи,
- конфиденциальность лечения, внимание к пациенту,
- высокое качество условий госпитализации.

Принципиальные проблемы:

- высокая стоимость, 20
- низкая доступность для неимущих,
- большое число судебных процессов,
 - неадекватное территориальное распределение медицинских учреждений,
- низкая степень использования капитала и кадровых ресурсов,

- недостаточное внимание к оказанию помощи на дому и профилактике,
- ограниченный спектр деятельности вспомогательного персонала по уходу за больными,
- трудности регулирования и контроля качества лечебной работы.

В I группу стран (с государственным здравоохранением) входят Дания, Англия, Канада, Италия, Швеция, Норвегия, Финляндия. Основные направления реформирования здравоохранения в зарубежных странах: Снижение административных затрат на систему управления. Децентрализация. Снижение цен на медицинские услуги. Удовлетворение запросов потребителей (улучшение качества). Социальная направленность систем

2. Среднее квадратическое отклонение. Методы расчета. Значение среднего квадратического отклонения.

ЗНАЧЕНИЕ СРЕДНЕГО КВАДРАТИЧЕСКОГО ОТКЛОНЕНИЯ

1. С помощью среднего квадратического отклонения проводится *оценка колеблемости* вариационного ряда. В симметричном вариационном ряду в пределах значения одной сигмы от величины средней арифметической, т.е. $M \pm 1 \delta$ находится 68,3% вариант от их общего числа. В пределах двух сигм ($M \pm 2 \delta$) находится 95,5% вариант, в интервале трех сигм ($M \pm 3 \delta$) уже 99,7% вариант вариационного ряда. Таким образом, при нормальном распределении практически весь вариационный ряд укладывается в интервале $\pm 3 \delta$ от значения средней арифметической. Последнее известно как «правило трех сигм».

2. Среднее квадратическое отклонение применяется для *оценки физического развития*. Индивиды со значениями признака в пределах $M \pm 1 \delta$ оцениваются как имеющие нормальное развитие, а этот интервал считают нормой. Индивиды со значением по признаку в пределах от $+1 \delta$ до $+2 \delta$ или от -1δ до -2δ оцениваются как имеющие развитие выше или ниже нормального, т.е. как субнорма. Если варианта находится в пределах от $+2 \delta$ до $+3 \delta$ или от -2δ до -3δ , то такой индивид расценивается как высокий или низкий (субаномалия).

3. Среднее квадратическое отклонение используется для *оценки изменчивости* нескольких вариационных рядов. В тех случаях, когда сравниваются ряды, имеющие одну и ту же систему измерений, (например, характеризуется только рост или масса тела) можно сделать выводы непосредственно по величине среднего квадратического отклонения. Однако при характеристике неоднородных рядов, когда значения одних представлены в метрах, других в килограммах, следует использовать коэффициент вариации:

$$C = \frac{\delta}{M} \times 100\%$$

В практике приняты следующие критерии оценки коэффициента вариации:

- *Низкий* - если его величина не превышает 10,0%;
- *Средний* - если его величина колеблется в пределах от 10,0% до 20,0%;
- *Высокий* - если его величина больше 20,0%.

4. Среднее квадратическое отклонение применяется для *оценки достоверности средних величин*, о чем будет сказано ниже.

ОЦЕНКА ДОСТОВЕРНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

В практической и научно-практической работе врачи обобщают результаты, полученные, как правило, на выборочных совокупностях. Для более широкого распространения и применения полученных при изучении репрезентативной выборочной совокупности данных и выводов надо уметь по части явления судить о явлении и его закономерностях в целом.

Учитывая, как правило, что врачи проводят исследования на выборочных совокупностях, теория статистики позволяет с помощью математического аппарата (формул) переносить данные с выборочного исследования на генеральную совокупность. При этом врач должен уметь не только пользоваться математическими формулами, но и делать выводы, соответствующие каждому способу оценки достоверности полученных данных. С этой целью врач должен знать способы оценки достоверности.

В статистических исследованиях применяются 2 вида наблюдений - сплошное и выборочное. Самые надежные результаты можно получить при применении сплошного метода, т.е. при изучении генеральной совокупности.

Между тем изучение генеральной совокупности связано со значительной трудоемкостью. Поэтому в медико-биологических исследованиях, как правило, проводятся выборочные наблюдения. С тем, чтобы полученные при изучении выборочной совокупности данные можно было перенести на генеральную совокупность, необходимо провести оценку достоверности результатов статистического исследования. Выборочная совокупность может недостаточно полно представлять генеральную совокупность, поэтому выборочным наблюдениям всегда сопутствуют

56

ошибки репрезентативности.

По размерам средней ошибки (m) можно судить, насколько найденная выборочная средняя величина отличается от средней генеральной совокупности. Малая ошибка указывает на близость этих показателей, большая ошибка такой уверенности не дает.

На величину средней ошибки средней арифметической *влияют* следующие два обстоятельства:

- однородность собранного материала: чем меньше разбросанность вариант вокруг своей средней, тем меньше ошибка репрезентативности.
- число наблюдений: средняя ошибка будет тем меньше, чем больше число наблюдений.

Средняя ошибка средней арифметической вычисляется по формуле: $m_M = \pm \sqrt{\frac{P \cdot q}{n}}$

Средняя ошибка для относительных величин вычисляется по формуле: $m_P = \pm \sqrt{\frac{P \cdot q}{n}}$, где

P - величина показателя в расчете на 100, 1000, 10 000 и т.д.

q - разность между основанием, на которое рассчитывается показатель, и его конкретным числовым значением (100 - P, 1000 - P, 10 000 - P и т.д.).

При $n < 30$ в знаменателе $n - 1$.

$$m_P = \pm \sqrt{\frac{P \cdot q}{n-1}}$$

Пример 8.

Средний рост восьмилетних мальчиков составил - 125,5 см, среднее квадратическое отклонение δ

$= \pm 3,4$ см, $n=73$

$$m_M = \pm 3,4 \div \sqrt{73} = \pm 0,4 \text{ см}$$

Пример 9.

Численность детей в возрасте до года по данным детской поликлиники составила 450, из них ни разу не болели 100 детей. Необходимо определить "Индекс здоровья" (процент ни разу не болевших детей) и вычислить ошибку для данного показателя.

$$\text{Индекс здоровья} = \frac{100}{450} \times 100 = 22,2\%$$

$$m_P = \pm \sqrt{\frac{22,2 \cdot 77,8}{450}} = 1,9\%$$

ОЦЕНКА ДОСТОВЕРНОСТИ СРЕДНИХ И ОТНОСИТЕЛЬНЫХ ВЕЛИЧИН

При оценке достоверности средних или относительных величин руководствуются следующим правилом: средняя арифметическая или относительная величина при числе наблюдений в выборочной совокупности 30 и более должны превышать свою ошибку не менее чем в 2 раза.

$$\frac{M}{m} > 2 \quad \text{или} \quad \frac{P}{m} > 2$$

В рассматриваемых примерах средняя арифметическая, характеризующая рост восьмилетних мальчиков и показатель „индекс здоровья” превышают свои ошибки соответственно:

57

$$\frac{125,5}{0,4} = 313,75 \quad \text{раз,} \quad \frac{22,2}{1,9} = 11,7 \quad \text{раз,}$$

что соответствует высокой степени их статистической достоверности с вероятностью более чем 99,7 %.

Высказанное положение вытекает из теории «вероятности», под которой понимается числовая мера объективной возможности появления случайного события.

Вероятность - число, которое находится между 0 и 1, или между 0% и 100%. Математиками определено, что той или иной вероятности, выраженной в процентах, соответствует определенное значение критерия t Стьюдента.

Так, например, вероятности равной P = 68,3% соответствует t = 1,0,
 вероятности равной P = 95,5 % соответствует t = 2,0
 вероятности равной P = 99,7 % соответствует t = 3,0

В медико-биологических исследованиях событие является статистически достоверным, если вероятность его появления соответствует значению критерия t Стьюдента, равное 2.

3. Алкоголизм, наркомания и токсикомания как медико-социальная проблема. Организация медицинской помощи.

Алкоголизм, наркомания и токсикомания как медико-социальная проблема.

алкоголизмом следует понимать хроническое психическое заболевание, характеризующееся патологической (вне ремиссии) потребностью организма человека в алкоголе.

Пьянство - систематическое чрезмерное употребление алкоголя, характеризующееся не болезненным пристрастием человека к нему. Борьба с алкоголизмом - это проблема медицинская. Борьба с пьянством - это проблема в большей степени социальная.

Рост алкоголизации населения с 90-х годов обусловлен следующими причинами:

1. социально-экономической нестабильностью в обществе;
2. повышением доступности и наличием относительно низких цен на спиртные напитки;
3. реорганизацией наркологической службы (ликвидацией лечебно - трудовых профилакториев и наркологических кабинетов на предприятиях, т.е. учреждений, деятельность которых была основана на принудительном привлечении больных алкоголизмом к лечению);

4. снижением интереса государства к решению проблем, порождаемых пьянством и алкоголизмом. На фоне роста распространенности пьянства и алкоголизма среди населения наблюдается рост 94 алкоголизации женщин, детей и подростков

Проблемы, связанные со злоупотреблением алкоголем можно объединить в три группы.

1. Проблемы для пьющего:

- последствия острого алкогольного опьянения (снижение самоконтроля, агрессивность, несчастные случаи и т.д.);
- отравления алкоголем (только в 2001 г. от случайных отравлений алкоголем погибло более 40 тыс. человек);
- последствия длительного употребления алкоголя (риск ряда заболеваний, снижение умственных способностей, преждевременная смерть).

2. Проблемы для семьи пьющего: ухудшение взаимоотношений в семье; педагогическая запущенность детей и т.д.

3. Проблемы для общества: нарушения общественного порядка; преступность; рост числа заболеваний с ВУТ; инвалидизация; экономический ущерб.

Профилактика алкоголизма. При осуществлении антиалкогольной политики предпочтение должно отдаваться мерам профилактического, культурно-воспитательного и образовательного характера, направленным на разумное и осознанное ограничение потребления алкоголя.

Профилактика включает в себя:

- 1) антиалкогольное воспитание;
- 2) контроль за оборотом алкоголя;
- 3) помощь всем проблемным потребителям спиртного.

Приоритетные направления профилактики:

1. Усиление государственного контроля в области производства и оборота алкогольных напитков.
2. Необходимо усилить контроль со стороны государства за производством и продажей этилового спирта из пищевого и непищевого сырья, алкогольных напитков и спиртосодержащих растворов.
3. Внедрить систему более жестких мер экономической, административной и уголовной ответственности за нелегальное производство и реализацию спиртных напитков, их фальсификацию, за несоблюдение норм и правил производства и реализации алкогольной продукции, за самогонование с целью сбыта, а также за нарушение законодательных ограничений на рекламу алкоголя. Устранить с рынка наиболее токсичные разновидности алкогольных напитков
4. Создание эффективной, материально обеспеченной системы наркологической помощи населению. Для этого необходимо признать алкоголизм социально значимым заболеванием и разработать новую концепцию наркологической помощи, предполагающую широкое использование немедицинских (психотерапевтических, психологических, социальных) методик работы с больными. алкоголизация наркотический профилактика реабилитационный **С целью организации и проведения диагностики и лечения опьянения и абстинентного синдрома**, вызванных употреблением алкогольных напитков или наркотических средств, состояния

алкогольного или интоксикационного психоза и оказания консультативной и организационно-методической помощи лечебно-профилактическим учреждениям организуются отделения неотложной наркологической помощи.

В населенных пунктах с численностью населения менее 100 тыс. человек в многопрофильных больницах организуются палаты неотложной наркологической помощи.

Специализированную реабилитационную помощь в настоящее время оказывают наркологические реабилитационные центры. Центры могут являться структурным подразделением наркологического учреждения или быть самостоятельным учреждением здравоохранения. Прием больных в центр осуществляется по направлению наркологических учреждений (кабинетов). Пациент должен дать добровольное письменное согласие. При поступлении с больным заключается договор. Реабилитационная помощь больным в центре оказывается конфиденциально. Продолжительность пребывания на реабилитации определяется физическим и психическим состоянием больного, его социальным статусом, достигнутыми результатами и соглашением между пациентом и учреждением.

Задача реабилитационного центра состоит в закреплении терапевтического успеха, достигнутого в наркологических учреждениях (отделениях), и реинтеграции пациентов в общество.

Наркологическая помощь должна быть многоступенчатой, поливариантной, преемственной и дифференцированной и направленной: 1) на первичную профилактику; 2) на диагностику, неотложную помощь, лечение; 3) на вторичную профилактику

Билет 17

1. Основные положения законодательства о трансплантации органов и (или) тканей человека

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, а также реклама этих действий влекут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

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 Министерством здравоохранения Российской Федерации 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.

Статья 4. Учреждения здравоохранения, осуществляющие забор, заготовку и трансплантацию органов и (или) тканей человека. Забор и заготовка органов и (или) тканей человека разрешаются только в государственных учреждениях здравоохранения. Трансплантация органов и (или) тканей человека разрешается в специализированных учреждениях здравоохранения.

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 МЗ РФ

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

Статья 8. Презумпция согласия на изъятие органов и (или) тканей.

Изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту.

Статья 9. Определение момента смерти.

Органы и (или) ткани могут быть изъяты у трупа для трансплантации, если имеются бесспорные доказательства факта смерти, зафиксированного консилиумом врачей – специалистов

Статья 10. Разрешение на изъятие органов и (или) тканей у трупа.

Изъятие органов и (или) тканей у трупа производится с разрешения главного врача учреждения здравоохранения при условии соблюдения требований настоящего Закона

Статья 12. Права донора.

Донор, изъявивший согласие на пересадку своих органов и (или) тканей, вправе: -
-получать бесплатное лечение, в том числе медикаментозное, в учреждении здравоохранения в связи с проведенной операцией.

Статья 14. Ответственность за разглашение сведений о доноре и реципиенте.

Врачам и иным сотрудникам учреждения здравоохранения запрещается разглашать сведения о доноре и реципиенте

Статья 15. Недопустимость продажи органов и (или) тканей человека.

2. Урбанизация как медико-социальная проблема. Характеристика городов в зависимости от численности населения. Урбанизация как медико-социальная проблема. Характеристика городов в зависимости от численности населения.

Динамика населения – это движение и изменение количества населения, которое происходит вследствие: механического движения— под влиянием миграционных процессов и естественного движения— рождаемости и смертности.

1. Механические движение населения.

Миграция населения — это перемещение людей (мигрантов), через границы территорий с постоянной переменой места жительства или на более или менее длительные сроки. Миграционный поток - это общее число мигрантов, или миграций, имеющих общие районы прибытия и выбытия в течение конкретного отрезка времени.

В зависимости от того, обменивается ли данная территория населением с другими, различают открытое и закрытое население. Примером открытого населения может служить население любого города. Абсолютно закрытым является только население всего земного шара.

Миграция подразделяется:

- 1) на безвозвратную - с постоянной сменой постоянного места жительства;
- 2) на временную - переселение на достаточно длительный, но ограниченный срок;

- 3) на сезонную – перемещение в определенные периоды года;
- 4) на маятниковую - регулярные поездки к месту работы или учебы за пределы своего населенного пункта.

Различают также:

- 1) внешнюю миграцию - миграцию за пределы своей страны. К ней относится эмиграция - выезд граждан из своей страны в другую страну на постоянное жительство или длительный срок и иммиграция - въезд граждан из другой страны в данную.
- 2) внутреннюю миграцию - перемещение внутри страны. К ней относятся межрайонные переселения населения и переселение жителей из села в город.

Значение миграции для органов практического здравоохранения:

- 1) миграция в города способствует процессу урбанизации, что приводит к изменению экологической обстановки, требует пересмотра нормативов медицинской помощи, изменения сети медицинских учреждений, изменяет структуру заболеваемости и смертности населения, влияет на эпидемическую обстановку региона;
- 2) маятниковая миграция увеличивает число контактов, способствующих распространению инфекционных заболеваний, ведет к росту стрессовых ситуаций и травматизма;
- 3) сезонная миграция ведет к неравномерной сезонной нагрузке учреждений здравоохранения, влияет на показатели здоровья населения;
- 4) показатели здоровья мигрантов существенно отличаются от показателей здоровья коренного населения. Данные о миграции населения получаются в результате разработки талонов статистического учета прибытия и убытия, которые составляются одновременно с адресными листками при прописке и выписке и поступают от органов внутренних дел.

Для оценки миграционных процессов рассчитывается ряд показателей. Чаще всего используются:

- 1) число прибывших на 1000 населения;
- 2) число выбывших на 1000 населения;
- 3) миграционный прирост;
- 4) коэффициент эффективности миграции

3. Медико-социальная экспертиза. Первичная и общая инвалидность: уровень, причины, пути снижения. Медико-социальная экспертиза (МСЭ) — один из видов медицинской экспертизы.

медико-социальная экспертиза — определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма

Учреждения медико-социальной экспертизы в установленном законом порядке проводят освидетельствования граждан с целью установления группы инвалидности, определения степени утраты профессиональной трудоспособности, а также изучают распространенность и структуру инвалидности, причины, факторы и условия, влияющие на возникновение, развитие и исход инвалидности.

Первичная и общая инвалидность:

Инвалидность населения являются показателем общественного здоровья

Методика расчета показателей: Определяется первичная и общая инвалидность среди детского (до 18 лет) и взрослого населения (старше 18 лет) на 10 тыс. соответствующего населения.

Уровень первичной инвалидности в РБ в 2013г. составил: среди взрослого населения – 64,1, среди детского - 21,6 на 10 000 соответствующего населения.

Ведущими причины первичной инвалидности взрослого населения являются:

болезни органов кровообращения (34,5% случаев),

злокачественные новообразования (28,2%);

болезни костномышечной системы (7,8%).

В структуре заболеваний детской инвалидности первой место занимают психические расстройства и расстройства поведения – 30,5%,

на втором – врожденные аномалии (21,4%),

на третьем – болезни нервной системы (19,4%).

Пути снижения: предупреждение и уменьшение заболеваемости основными болезнями, предупреждение травматизма, реабилитация (медицинская, социальная и профессиональная).

Бюро медико-социальной экспертизы: структура и функции

Структура:

- Федеральное бюро медико-социальной экспертизы;
- Главное бюро медикосоциальной экспертизы в субъектах Российской Федерации (экспертные составы главного бюро);
- Бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах - филиалы соответствующего главного бюро.

Создаются следующие бюро или экспертные составы: общего профиля, специализированного профиля, в том числе: для освидетельствования больных туберкулезом, лиц с психическими расстройствами, заболеваниями и дефектами органа зрения, лиц в возрасте до 18 лет, смешанного профиля.

ЗАДАЧА 31

В эндоскопическом кабинете городской поликлиники годовой фонд заработной платы составил 480 900 руб. Стоимость активной части основных фондов составила 950 тыс. руб., а пассивной части - 590 тыс. руб. На приобретение медикаментов было выделено 30720 руб. Затраты на прочие расходы составили 35000 руб. Определить стоимость одного обследования в эндоскопическом кабинете, если в течение года проведено 1800 обследований. Износ активной части – 15%, пассивной – 1%.

Задача 31.
Дано:
 2 дозы
 Заплата на донора: 480900
 стоимость акт. части: 950 руб.
 пассив части: 590 руб.
 Препараты медицинские: 30720
 обеды - 1800
 прочие расходы: 35000

Целевое актив части 15%
 целевое пассив части - 1%
 стоимость 1-го исхода?

Решение:
 1) $950000 \cdot 0,15 = 142500$ р. (целевое актив части)
 2) $590000 \cdot 0,01 = 5900$ (целевое пассив части)
 3) $\Sigma = 480900 + 142500 + 5900 + 30720 + 35000 = 695020$
 4) $\frac{\Sigma}{1800} = 386,1$ руб.

Ответ:
 стоимость 1-го исхода
386,1 руб

Билет 18

1. Основные положения и разделы Федерального закона «О донорстве крови и ее компонентов»

Федеральный закон от 20.07.2012 N 125-ФЗ (ред. от 08.12.2020) "О донорстве крови и ее компонентов"

Основные положения и разделы Федерального закона «О донорстве крови и ее компонентов»

Статья 2. Принципы донорства крови и ее компонентов

Донорство крови и ее компонентов - свободно выраженный добровольный акт.

- Кровь и ее компоненты, применяемые в лечебных целях, могут быть получены только от человека.
- Донором крови, ее компонентов может быть каждый дееспособный гражданин, прошедший медицинское обследование.
- Донорами, как правило, могут быть граждане в возрасте от 18 до 60 лет. В отдельных случаях по решению врача донорами могут быть граждане иного возраста.

- Порядок аутологичного донорства определяется федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.
- Взятие от донора крови и ее компонентов допустимо только при условии, если здоровью донора не будет причинен вред.

Статья 3. Правовое регулирование в области донорства крови и ее компонентов в Российской Федерации Законодательство Российской Федерации о донорстве крови и ее компонентов состоит из настоящего Федерального закона, других федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации, а также законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.

Статья 4. Полномочия Российской Федерации в области донорства крови и ее компонентов в Российской Федерации

К полномочиям Российской Федерации в области донорства крови и ее компонентов в Российской Федерации (далее - в области донорства крови и ее компонентов) относятся:

- проведение в Российской Федерации государственной политики в области донорства крови и ее 36 компонентов;
- разработка и принятие нормативных правовых актов, направленных на развитие, организацию и пропаганду донорства крови и ее компонентов;
- определение порядка оказания трансфузиологической помощи гражданам на территории Российской Федерации;
- осуществление надзора за исполнением законодательства Российской Федерации в области донорства крови и ее компонентов;
- осуществление лицензирования медицинской деятельности по заготовке, производству, транспортировке и хранению донорской крови и ее компонентов;
- осуществление лицензирования производства препаратов крови; государственный контроль качества препаратов крови;
- организация государственного учета доноров крови и ее компонентов;
- разработка правил, нормативов, требований и государственных стандартов в области донорства крови и ее компонентов;
- организация государственного статистического наблюдения в области донорства крови и ее компонентов;
- обеспечение экономических, социальных и правовых условий для развития донорства крови и ее компонентов;
- осуществление иных предусмотренных законодательством Российской Федерации в области донорства крови и ее компонентов полномочий.

Статья 7. Обязанности администрации предприятий, учреждений и организаций по содействию донорству крови и ее компонентов

Руководители предприятий, учреждений, организаций независимо от форм собственности, командиры (начальники) воинских частей обязаны:

- оказывать содействие государственным и муниципальным организациям здравоохранения в привлечении граждан в ряды доноров;
- беспрепятственно отпускать работника, являющегося донором, в организацию здравоохранения в день обследования и сдачи крови и ее компонентов;
- предоставлять безвозмездно необходимые помещения для взятия крови;
- предоставлять работнику, являющемуся донором, установленные законодательством льготы.

Статья 8. Участие Российского общества Красного Креста и других организаций в организации и пропаганде донорства крови и ее компонентов

Российское общество Красного Креста, другие организации, учредительными документами которых предусмотрено оказание содействия охране здоровья населения, участвуют совместно с органами государственного управления здравоохранением в организации донорства крови и ее компонентов, его финансировании, а также в пропаганде среди населения безвозмездной добровольной сдачи крови и ее компонентов для лечебных целей. Раздел II Права, обязанности донора и льготы, предоставляемые ему

Статья 10. Защита государством прав донора

Государство гарантирует донору защиту его прав и охрану его здоровья, а также предоставляет ему льготы.

Должностные лица организаций здравоохранения обязаны проинформировать донора о донорской функции и гарантиях сохранения его здоровья при сдаче крови и ее компонентов.

Донор подлежит обязательному страхованию за счет средств службы крови на случай заражения его инфекционными заболеваниями при выполнении им донорской функции.

Средства на страхование должны входить в себестоимость крови.

Медицинское обследование донора перед сдачей крови и ее компонентов и выдача справок о состоянии его здоровья производятся бесплатно.

В порядке, установленном законодательством Российской Федерации, донору возмещается ущерб, причиненный ему повреждением его здоровья в связи с выполнением им донорской функции, включая расходы на лечение, проведение медико-социальной экспертизы, социально-трудовую и профессиональную реабилитацию.

Инвалидность донора, наступившая в связи с выполнением им донорских функций, приравнивается к инвалидности, наступившей вследствие трудового увечья.

Статья 11. Льготы, предоставляемые донору

В день сдачи крови и ее компонентов, а также в день медицинского обследования работник, являющийся донором, освобождается от работы на предприятии, в учреждении, организации независимо от форм собственности с сохранением за ним среднего заработка за эти дни.

Военнослужащий, являющийся донором, освобождается от несения нарядов, вахт и других форм службы.

В случае, если по соглашению с администрацией работник, являющийся донором, в день сдачи крови вышел на работу (за исключением работ, связанных с особыми условиями труда), ему предоставляется по его желанию другой день отдыха с сохранением за ним среднего заработка.

В случае сдачи крови и ее компонентов в период ежегодного отпуска, в выходной или праздничный день донору по его желанию предоставляется другой день отдыха или день сдачи крови оплачивается не менее чем в двойном размере.

В день сдачи крови донор обеспечивается бесплатным питанием за счет средств соответствующего бюджета. Компенсация за питание не должна превышать одного минимального размера оплаты труда, установленного в Российской Федерации.

Статья 12. Дополнительные льготы, предоставляемые донору

Донору, сдавшему безвозмездно в течение года кровь и (или) ее компоненты в суммарном количестве, равном двум максимально допустимым дозам, предоставляются следующие дополнительные льготы:

- в течение шести месяцев студентам образовательных учреждений - надбавка к стипендии в размере 25 процентов за счет средств соответствующих бюджетов;
- в течение года - пособие по временной нетрудоспособности при всех видах заболеваний в размере полного заработка независимо от трудового стажа;
- в течение года - лечение в государственных или муниципальных учреждениях здравоохранения за счет средств соответствующих бюджетов;
- в течение года - первоочередное выделение по месту работы или учебы льготных путевок для санаторно-курортного лечения.

Статья 13. Льготы для лиц, награжденных знаком "Почетный донор России"

Граждане, награжденные знаком "Почетный донор России", имеют право:

- на внеочередное лечение в государственных или муниципальных учреждениях здравоохранения;
- на первоочередное приобретение по месту работы или учебы льготных путевок для санаторно-курортного лечения;
- на предоставление ежегодного оплачиваемого отпуска в удобное для них время года;
- на компенсационные выплаты за счет средств федерального бюджета.

Статья 14. Обязанности донора

Гражданин, изъявивший согласие стать донором крови и ее компонентов, обязан сообщить известные ему сведения о перенесенных им и имеющихся у него заболеваниях, а также об употреблении им наркотических средств.

Гражданин, умышленно скрывший или искаживший сведения о состоянии своего здоровья, несет ответственность, установленную законодательством Российской Федерации, если такие действия повлекли или могли повлечь существенное расстройство здоровья реципиентов.

Раздел III Организация донорства крови и ее компонентов

Статья 15. Организации здравоохранения, осуществляющие заготовку, переработку, хранение донорской крови и ее компонентов

Заготовку, переработку, хранение донорской крови и ее компонентов осуществляют организации здравоохранения, являющиеся государственными и муниципальными учреждениями, государственными и муниципальными унитарными предприятиями.

Статья 16. Порядок взятия крови и ее компонентов от донора

Взятие крови и ее компонентов проводится после медицинского обследования донора в порядке, определенном федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения. Результат обследования донора должен быть документирован и любые отклонения от нормы сообщаются донору.

Статья 17. Контроль за качеством донорской крови и ее компонентов

Качество крови и ее компонентов контролируется службой качества организации здравоохранения, осуществляющей заготовку, переработку, хранение донорской крови и ее компонентов. Контроль деятельности организации здравоохранения, осуществляющей заготовку, переработку, хранение донорской крови и ее компонентов осуществляется органом, лицензирующим медицинскую деятельность, не реже одного раза в течение двух лет. Данные, необходимые для полной прослеживаемости в соответствии с настоящей Статьей должны храниться не менее 30 лет.

2. Характеристика населения по демографическим показателям. Типы возрастной структуры, показатели, характеризующие демографическую старость населения. Типы возрастных структур населения: прогрессивный, стационарный и регрессивный в зависимости от удельного веса.

Типы возрастных структур населения: прогрессивный, стационарный и регрессивный в зависимости от удельного веса. В основу классификации положена возможность участия населения в воспроизводстве.

Все население разделено на 3 возрастные группы:

I группа - 0-14 лет, дофертильный возраст;

II группа - 15-49 лет, фертильный возраст;

III группа - 50 лет и более, постфертильный возраст.

На основании расчета удельного веса лиц в возрасте 0-14 лет, 15-49 лет, 50 лет и старше определяется тип возрастной структуры населения.

а) прогрессивный - доля детей в возрасте от 0 до 14 лет превышает долю населения в возрасте 50 лет и старше.

б) регрессивный тип - доля лиц в возрасте 50 лет и старше превышает долю лиц в возрасте от 0 до 14 лет.

в) стационарный - доля детей от 0 до 14 лет равна доле лиц в возрасте от 50 лет и старше. Прогрессивный тип возрастной структуры населения обеспечивает дальнейшее увеличение численности населения, регрессивный угрожает нации вымиранием.

В зависимости от возрастной структуры населения, выделяют 3 типа населения:

1. прогрессивный - графически изображается в виде треугольника с широким основанием и острой вершиной. Характеризуется высокой, часто неконтролируемой, рождаемостью, в связи с чем отмечается значительный процент детей в структуре населения ("широкое основание"). С другой стороны, на высоком уровне также находится и смертность населения, что является причиной низкого числа лиц пожилого возраста ("острая вершина"). Естественный прирост при этом всегда положительный. Прогрессивный тип населения характерен для развивающихся государств с низким культурным уровнем и отсутствием социальной защищенности населения. Среди них многие страны Средней и Юго-Восточной Азии, Африки, Центральной Америки.

2. стационарный - графически представляет собой фигуру с одинаковой шириной по всей высоте и закругленной вершиной. Стационарный тип населения с демографической точки зрения - благоприятен, главной его особенностью является приблизительное равенство рождаемости и смертности, что обеспечивает стабильность численности населения, отсутствие его убыли. Естественный прирост - близок к нулю или положительный. Численность населения всех возрастов за исключением наступления поздней старости - практически одинаковая. Стационарный тип населения характерен для развитых стран с высокой социальной защищенностью населения, благоприятной демографической ситуацией и значительной продолжительностью жизни.

3. регрессивный - с точки зрения демографии является наименее благоприятным, несмотря на то, что характерен для многих экономически развитых стран с высоким уровнем жизни населения. Графически регрессивный тип описывается фигурой, напоминающей овал, с узким основанием, постепенно расширяющимся к середине, и закругленной вершиной. Главным отличием данного типа населения является низкая рождаемость, не превышающая смертность и, в связи с этим, не способная обеспечить воспроизводство населения. Естественный прирост - отрицательный. В структуре населения преобладают лица средних лет и пожилого возраста, детей и подростков - мало, и с каждым годом их число уменьшается. Демографический прогноз для регрессивного типа - вымирание населения.

3. Методы планирования в здравоохранении. Программа развития здравоохранения до 2020 года.

План – надлежаще оформленное управленческое решение, включающее точно сформулированные цели, задачи, пути и средства их достижения, а также показатели конечных результатов. По существу, **план** – это программа деятельности отдельных организаций, системы здравоохранения в целом. Он обязателен для выполнения и должен быть обеспечен необходимыми ресурсами.

Таким образом, **планирование в здравоохранении** – это процесс определения необходимых ресурсов и механизма эффективного их использования для решения задач повышения качества и доступности медицинской помощи, достижения конкретных показателей здоровья населения и деятельности здравоохранения.

Основные принципы планирования в здравоохранении:

- системный подход;
- сочетание отраслевого и территориального планирования;
- выделение приоритетных направлений;
- директивность планов;
- единство методических подходов к планированию на всех уровнях управления системой здравоохранения;
- обеспечение сбалансированности в развитии всех секторов здравоохранения: государственного, муниципального и частного.

1) Системный подход в управлении здравоохранением – это подход, при котором система здравоохранения рассматривается как совокупность взаимосвязанных элементов, имеющая вход (ресурсы), выход (результаты) и взаимосвязь с внешней средой (коммуникации).

2) Суть принципа сочетания отраслевого и территориального планирования состоит в том, что план развития здравоохранения (как отрасли) является частью общего плана социально-экономического развития субъекта РФ, муниципальных образований. Он должен быть связан с общим планом единством целей и задач.

3) Принцип выделения приоритетных направлений. Реализация этого принципа позволяет достигать максимальных результатов с наименьшими затратами. Используется для разработки целевых медикосоциальных программ, касающихся, например, охраны здоровья матери и ребёнка, профилактики, диагностики, лечения социально-значимых заболеваний, снижения смертности населения трудоспособного возраста и др.

4) Директивность планов предполагает, что план, утверждённый на вышестоящем уровне, является обязательным для исполнения на нижестоящих уровнях управления. Дополнения могут только добавлять (но не уменьшать) показатели, утверждённые на федеральном уровне.

5) Принцип единства методических подходов к планированию на всех уровнях управления системой здравоохранения реализуется прежде всего в разработке единых методических подходов для установления нормативов материальных, финансовых, трудовых ресурсов для возмещения затрат на оказание медицинской помощи с учётом региональных особенностей здоровья населения и функционирующей системы здравоохранения.

6) Обеспечение сбалансированности в развитии всех секторов здравоохранения: государственного, муниципального и частного. Работа по развитию этих секторов должна идти параллельно, сбалансированно, но с приоритетом обеспечения

конституционных прав граждан на получение гарантированной (бесплатной) медицинской помощи.

Виды планирования в здравоохранении:

- стратегическое;
- перспективное;
- текущее.

Стратегическое планирование осуществляется на двух уровнях управления: федеральном и субъекта РФ на перспективу 10 лет и более. Минздрав РФ разрабатывает и утверждает:

- стратегические цели, задачи и приоритеты развития здравоохранения РФ;
- прогнозируемые показатели состояния здоровья населения и деятельности системы здравоохранения;
- федеральные нормативы, стандарты и методику их разработки с учётом региональных особенностей субъектов РФ;
- федеральные целевые медикосоциальные программы.

Разработка стратегических планов на уровне субъектов РФ предполагает следующие этапы: - анализ и прогноз состояния здоровья населения субъекта РФ на расчётный период; - определение цели, задач и приоритетов развития здравоохранения региона: - расчёт прогнозируемых показателей деятельности системы здравоохранения субъекта РФ; - разработка и утверждение региональных нормативов для планирования развития системы здравоохранения субъекта РФ; - определение необходимых для достижения поставленных целей и задач ресурсов, источников их получения; - разработка и утверждение планов и целевых медикосоциальных программ развития системы здравоохранения субъекта РФ.

Перспективное планирование – это разработка планов и программ развития здравоохранения субъектов РФ и муниципальных образований в рамках стратегических планов на 3 – 5 лет с учётом имеющихся особенностей социально-экономического развития муниципальных районов и городских округов.

Текущее планирование – разработка ежегодных планов и программ деятельности системы здравоохранения субъектов РФ, муниципальных образований и конкретных организаций здравоохранения в соответствии с перспективными планами и программами, утверждёнными вышестоящими органами.

План – надлежаще оформленное управленческое решение, включающее точно сформулированные цели, задачи, пути и средства их достижения, а также показатели конечных результатов. По существу, план – это программа деятельности отдельных организаций, системы здравоохранения в целом. Он обязателен для выполнения и должен быть обеспечен необходимыми ресурсами.

Таким образом, **планирование в здравоохранении** – это процесс определения необходимых ресурсов и механизма эффективного их использования для решения задач повышения качества и доступности медицинской помощи, достижения конкретных показателей здоровья населения и деятельности здравоохранения.

В теории управления здравоохранением используются многие методы планирования: аналитический, нормативный, балансовый, экономико-математический, организационного эксперимента и др. **На практике применяют 3 метода:**

1. **Аналитический метод** используется для планирования сети амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений на основе анализа показателей здоровья населения и результатов деятельности медицинских учреждений.

Если вдруг спросят, что и как можно посчитать этим методом:

Для расчёта необходимого числа врачей амбулаторно-поликлинических учреждений используют формулу:

$V=L*N/\Phi$, где

V – необходимое количество врачебных должностей;

L – норматив посещений на 1 человека в год;

N – численность населения территории;

Φ – функция врачебной должности.

Функция врачебной должности, ведущего только амбулаторный приём в поликлинике, определяется числом посещений, обслуживаемых одной врачебной должностью в течение года. Рассчитывается по формуле:

$\Phi=B*C*Г$, где:

Φ – функция одной врачебной должности данной специальности;

B – нагрузка врача данной специальности на 1 час в поликлинике и на дому;

C – число часов работы отдельно на приеме в поликлинике и по оказанию помощи на дому;

Г – число рабочих дней в году врача.

Определение функций врачебной должности производится отдельно для врачей разных специальностей, имеющих различные нормы нагрузки на 1 час приема и оказания медицинской помощи на дому.

В практической деятельности при планировании потребности во врачебных кадрах, а так же других специалистах, необходимых для деятельности лечебно-профилактических учреждений, пользуются нормативами, приведенными в программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

2. **Нормативный метод** применяется в стратегическом, перспективном и текущем планировании, и в его основе лежит использование утверждённых нормативов – расчётная количественная величина затрат материальных, финансовых, временных и других ресурсов. Нормативы разрабатываются и утверждаются Минздравом РФ или другими уполномоченными органами исполнительной власти.

Типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 июня 2015 г. N 290н "Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога")

Нормы времени на одно посещение пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием, необходимые для выполнения в амбулаторных условиях трудовых действий по оказанию медицинской помощи (в том числе затраты времени на оформление медицинской документации) :

- а) врача-педиатра участкового - 15 минут;
- б) врача-терапевта участкового - 15 минут;
- в) врача общей практики (семейного врача) - 18 минут;
- г) врача-невролога - 22 минуты;
- д) врача-оториноларинголога - 16 минут;
- е) врача-офтальмолога - 14 минут;
- ж) врача-акушера-гинеколога - 22 минуты.

Нормы времени на повторное посещение врача-специалиста одним пациентом в связи с заболеванием устанавливаются в размере **70 - 80% от норм времени, связанных с первичным посещением** врача-специалиста одним пациентом в связи с заболеванием.

Затраты времени врача-специалиста на оформление медицинской документации с учетом рациональной организации труда, оснащения рабочих мест компьютерной и организационной техникой, должны составлять **не более 35% от норм времени, связанных с посещением одним пациентом врача-специалиста** в связи с заболеванием.

Нормы времени на посещение одним пациентом врача-специалиста с профилактической целью устанавливаются в размере **60 - 70% от норм времени, связанных с посещением одним пациентом врача-специалиста** в связи с заболеванием, установленных в медицинской организации или иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность (далее - медицинская организация).

Средние нормативы объема медицинской помощи по Программе госгарантий рассчитываются в единицах объема на 1 жителя в год при финансировании из бюджета, по базовой программе обязательного медицинского страхования – на 1 застрахованное лицо. Средние нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования деятельности медицинской организации.

3. Балансовый метод позволяет увязывать потребности населения в видах медицинской помощи с их ресурсным обеспечением. С его помощью вскрываются диспропорции в развитии отдельных видов медицинской помощи, например, амбулаторно-поликлинической и стационарной.

4. При изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности больных с острыми респираторными вирусными инфекциями было установлено, что в течение 5 дней болели 5 человек, 6 дней – 5; 7 дней – 5; 8 дней – 2; 9 дней – 3; 10 дней – 5. Составить вариационный ряд. Рассчитать среднюю арифметическую величину.

сп. арифм-ая, взвешенная

V	F	V · F
5	5	25
6	5	30
8	2	16
9	3	27
10	5	50
	n = 20	∑VP = 148

$$\mu = \frac{\sum VP}{n} = \frac{148}{20} = 7,4 \text{ дня}$$

Билет 19

1. Определение статистики как науки. Санитарная статистика, ее составные разделы. Значение статистики для теории и практики здравоохранения и медицины.

Статистика - наука, изучающая количественную сторону массовых социально-экономических явлений и процессов, в неразрывном единстве с их качественной стороной в конкретных условиях места и времени.

Медицинская (санитарная) статистика - изучает количественную сторону явлений и процессов, связанных с медициной, гигиеной и здравоохранением.

Выделяют 3 раздела медицинской статистики:

1. Статистика здоровья населения - изучает состояние здоровья населения в целом или его отдельных групп
2. Статистика здравоохранения - решает вопросы сбора, обработки и анализа информации о сети учреждений здравоохранения (их размещении, оснащении, деятельности) и кадрах
3. Клиническая статистика - это использование статистических методов при обработке результатов клинических, экспериментальных и лабораторных исследований;

Задачами медицинской статистики являются:

- 1) изучение состояния здоровья населения, анализ количественных характеристик общественного здоровья.

- 2) выявление связей между показателями здоровья и различными факторами природной и социальной среды, оценка влияния этих факторов на уровни здоровья населения.
- 3) изучение материально-технической базы здравоохранения.
- 4) анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений.
- 5) оценка эффективности (медицинской, социальной, экономической) проводимых лечебных, профилактических, противоэпидемических мероприятий и здравоохранения в целом.
- 6) использование статистических методов при проведении клинических и экспериментальных медико-биологических исследований.

2. Заболеваемость: значение ее изучения для здравоохранения, основные понятия.

Методы изучения заболеваемости.

Заболеваемость – это показатель характеризующий распространенность, структуру, динамику зарегистрированных болезней среди населения.

Наиболее распространенными методами изучения заболеваемости в практике здравоохранения являются:

- по обращаемости в медицинские организации,
- по данным о причинах смерти,
- по данным медицинских осмотров;
- по данным анкетирования.

Метод обращаемости характеризуется учетом всех первичных случаев заболеваний, а так же первичных обращений в поликлинику больных с хроническими заболеваниями. В связи с этим он дает наиболее полное выявление острых заболеваний. Основной документ – ф. № 025/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»

Изучение заболеваемости по причинам смерти дает возможность сплошного учета всех случаев смерти с указанием диагнозов, а также пола, возраста, места жительства умерших.

Изучение заболеваемости по данным медицинских осмотров способствует активному и наиболее полному выявлению хронических заболеваний и патологических состояний в начальной стадии, а также факторов риска развития заболеваний. Вместе с тем необходимо иметь в виду, что патологические состояния и заболевания выявляются только на момент проведения осмотров, что затрудняет сравнение данных заболеваемости в динамике.

Помимо указанных методов, в настоящее время используется также метод изучения заболеваемости по данным опроса населения. Его положительной характеристикой является то, что метод:

- позволяет выявить заболевания, с которыми население не обращалось в медицинскую организацию,
- дополняет и расширяет информацию о заболеваемости.

К недостаткам метода следует отнести следующее:

- метод экономически дорогой,
- выявление заболеваний зависит от уровня санитарной культуры населения и возможностей получения информации о своем здоровье, что нередко формирует субъективную оценку состояния здоровья,
- применяется ограниченно для некоторых контингентов (медицинские работники, преподаватели, учителя и др.).

Все методы изучения заболеваемости дополняют один другой и в целом дают наиболее полное и объективное представление о состоянии здоровья.

3. Организация медицинской помощи сельскому населению: особенности и причины, их обуславливающие. Состояние здоровья сельского населения.

Организация медицинской помощи сельскому населению обусловлена особенностями расселения сельского населения (меньшая плотность населения, чем в городах, рассредоточенность населенных пунктов), спецификой условий организации сельскохозяйственного производства (сезонность основных работ), а также состоянием дорог.

Сельский врачебный участок, включает в себя сельскую участковую больницу (СУБ) или врачебную амбулаторию (СВА), фельдшерско-акушерские пункты (ФАП). Сеть этих учреждений строится в зависимости от расположения и величины населенных пунктов, радиуса обслуживания, экономики района, состояния дорог между населенными пунктами.

Численность прикрепленного населения на участках составляет:

- на терапевтическом участке, расположенного в сельской местности - 1300 человек (взросло-го населения);
- на участке врача общей практики - 1200 человек (взрослого населения в возрасте 18 лет и старше);
- на участке семейного врача - 1500 человек (взрослого и детского населения);
- на комплексном участке - 2000 и более человек (взрослого и детского населения).

Наличие фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) является одной из особенностей здравоохранения на селе, обусловленной необходимостью приближения медицинской помощи к населению в условиях большого радиуса обслуживания участковой больницы (СУБ) или СВА и невысокой плотности расселения сельских жителей.

Заведующим ФАП обычно является фельдшер.

Фельдшерско-акушерский пункт (далее - ФАП) является структурным подразделением медицинской организации (ее структурного подразделения).

ФАП организуется для оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи (далее - доврачебная медицинская помощь) и паллиативной медицинской помощи населению в сельских населенных пунктах.

Рекомендуемая численность обслуживаемого ФАПом населения от 300 до 700 человек, включая детское население.

Структура фельдшерско-акушерского пункта:

- процедурная;
- комната фельдшера и акушерки;
- комната экстренного приема родов;
- комната временного пребывания пациентов и др.

ФАП обеспечивается автомобилем скорой медицинской помощи класса расстояния до ближайшей медицинской организации.

Основными задачами ФАПа являются:

- диагностика и лечение неосложненных острых заболеваний, хронических заболеваний и их обострений, других состояний, травм, отравлений по назначению врача;
- своевременное и в полном объеме выполнение назначений врача в соответствии с действующими стандартами оказания первичной медико-санитарной помощи;
- направление больных с хроническими заболеваниями, в том числе состоящих под диспансерным наблюдением, к участковому врачу с целью коррекции лечения и плана диспансерного наблюдения;
- организация патронажа детей и беременных женщин;

- проведение профилактических и лечебных мероприятий; и тд

В малочисленных населенных пунктах с числом жителей менее 100 человек, в том числе временных (сезонных), находящихся на значительном удалении от медицинских организаций или их структурных подразделений (более 6 км), создаются домовые хозяйства, оказывающие первую помощь, которые создаются из расчета не менее 1 домового хозяйства на каждый населенный пункт.

Основным (головным) медицинским учреждением на сельском врачебном участке является сельская участковая больница (СУБ) или самостоятельная сельская врачебная амбулатория (СВА).

Мощность участковой больницы зависит от численности и плотности населения, радиуса обслуживания, расстояния до ЦРБ, от особенностей местных условий.

Выделяют следующие особенности в организации амбулаторной и стационарной помощи в СУБ:

- нет четкого ограничения времени амбулаторного приема;
- часы приема больных должны назначаться в более удобное для населения время с учетом сезонности сельскохозяйственных работ;
- возможность приема пациентов фельдшером при отсутствии врача;
- вызовы на дом обслуживаются врачом лишь в пунктовом селе, где расположена СУБ, вызовы на дом в других населенных пунктах сельского врачебного участка обслуживаются фельдшером;
- дежурство в стационаре с правом пребывания дома и обязательной информацией персонала о своем местонахождении, на случай необходимости оказания неотложной помощи;
- выделение у врача одного профилактического дня в неделю для объезда участка.

4. Задача № 38

Рассчитать и проанализировать показатели оборота койки, средней длительности пребывания больного на койке по стационару, если известно:

- общее число койко-дней, проведенных всеми больными - 80 250,
- число выписанных больных - 6573,
- среднегодовое число коек - 230,
- число умерших больных - 27

3 / 26 100%

3) $0,46 \cdot 446,55 = 205,49$

4) $0,6 \cdot 1328,58 = 797,15$

Задача 38

Дано:	Решение:
$K_{\Sigma} = 80250$	$CGZK = \frac{K_{\Sigma}}{K} = \frac{80250}{230} = 348,9 \text{ дней}$
$B_{\text{вып.}} = 6573$	$CGПБ = \frac{K_{\Sigma}}{B} = \frac{80250}{6573 + 27} = \frac{80250}{6600} = 12,2 \text{ дня}$
$K = 230$	$OK = \frac{B}{K} = \frac{CGZK}{CGПБ} = \frac{6600}{230} = 28,7 \text{ больных}$
$B_{\text{ум.}} = 27$	
$OK - ?$	
$CGПБ - ?$	

Терапевтическое отделение городской больницы, рассчитано на 60 коек. За год проведено больными 18600 койко-дней. Средняя длительность пребывания больного на терапевтической койке составила 15 дней. Рассчитать показатели использования коечного фонда отделения и сделать выводы.

Задача 32.

<p>Исходные данные:</p> <p>К = 60</p> <p>КД = 18600</p> <p>СДПБ = 22 дня</p>	<p>Решение:</p> $СГЗК = \frac{КД}{К} = \frac{18600}{60} = 310 \text{ дней}$ $СДПБ = \frac{КД}{б} \Rightarrow б = \frac{КД}{СДПБ} = \frac{18600}{22} = 845,5 \text{ больных}$ $ОК = \frac{б}{К} = \frac{СГЗК}{СДПБ} = 14,1 \text{ койко-мест}$
--	---

Билет 20.

1. Организация статистического исследования и его этапы. План и программа исследования.

Статистическое исследование (СИ) позволяет получить представление о том или ином явлении, изучить его размер, уровень, выявить закономерности. Предметом СИ могут быть здоровье населения, организация медицинской помощи, факторы внешней среды, влияющие на здоровье и т.д.

Этапы статистического исследования:

1 этап. Составление плана и программы исследования на нем определяется цель и задачи исследования, решаются организационные вопросы.

2 этап. Сбор материала.

3 этап. Обработка материала, вычисление статистических показателей и статистическая обработка материала, графическое изображение полученных показателей.

4 этап. Анализы, выводы и предложения.

5 этап. Внедрение полученных результатов в практику.

План исследования:

- 1) Выбор объекта исследования
- 2) Определение объема статистической совокупности
- 3) Определяются:
 - сроки работы, материальные и финансовые ресурсы

- тип работы (отчет, статья, курсовая, дипломная, диссертация)

4) Вид наблюдения – непосредственный, выкопировка, анамнестический (опрос)

5) Вид исследования по ВРЕМЕНИ , по ОБЪЕМУ

Программа исследования:

- 1) программа сбора - определение ед наблюдения, учетных признаков, составление макета первичного учетного документа.
- 2) программа разработки и сводки - определение групповых признаков(типологическая для качественных потзнаков, вариационная для количественных), составление листа намеченных табл., составление макетов табл (прост, групповые, комбинационные).
- 3) программа анализа - перечень спец статистических методик обработки результатов

2. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья, определяемые Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". (13)

Статья 19. 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.

5. Пациент имеет право на:

- 1) выбор врача и выбор медицинской организации;
- 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;
- 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.

Статья 27. Обязанности граждан в сфере охраны здоровья

1. Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.

2. Граждане 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.

3. Организация стационарной помощи населению. Структура, функции и показатели стационара. Финансирование стационарной медицинской помощи.

Стационарная помощь – это медицинская помощь, оказываемая в условиях, предусмотренных круглосуточным медицинским наблюдением и лечением в больничных организациях здравоохранения.

Задачи:

- 1) оказание высококвалифицированной специализированной лечебно-профилактической помощи
- 2) апробация и внедрение в практику здравоохранения современных методов лечения, диагностики и профилактики;
- 3) развитие и совершенствование организационных форм и методов оказания медицинской помощи и ухода за больными;
- 4) создание лечебно-охранительного режима;
- 5) проведение противоэпидемических мероприятий и профилактика инфекций, связанных с оказанием стационарной медицинской помощи;
- 6) проведение санитарно-просветительной работы и гигиенического воспитания;
- 7) повышение качества стационарной медицинской помощи

Функции:

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

Структура стационара

Основными структурными подразделениями стационара являются:

- приемное отделение,
- лечебные отделения (терапевтическое, хирургическое, урологическое и т.д. - в зависимости от профиля стационара),
- диагностическое отделение (лаборатория, кабинеты УЗИ, рентгенографии, ЭФГДС и т.д.),
- патологоанатомическое отделение,
- пищеблок,

- административно-хозяйственная часть (администрация, гараж, кислородная, прачечная ит.д.).

Финансирование стационара осуществляется за счет средств бюджета и из средств обязательного медицинского страхования.

Задача № 40

Оформить временную нетрудоспособность трех женщин, если роды произошли при сроках 38, 23 и 18 недель беременности. Какие документы в родильном доме можно заполнить на родившихся детей?

38 недель - 70 календарных дней (в 30 нед единовременно 70 дней до родов и 70 дней после родов);

23 нед. - 156 дней (22-30 нед -156 дней)

18 нед.- на весь период нетрудоспособности , но не более 3 дней (до 21 нед. беременности), до 22 недель ребенок еще не родился и листок не выдается.

Билет 21.

1. Статистические таблицы: их виды, правила оформления, использование в работе врача

Статистическая таблица - это форма рационального, наглядного изложения данных о явлениях и процессах. По виду построения таблицы представляют собой пересечение горизонтальных строк и вертикальных граф (колонок, столбцов), образующих графо-клетки. После нанесения строк и граф получаем макеты таблиц, не содержащие цифровых данных. По содержанию таблица представляет собой статистическое предложение, имеющее подлежащее и сказуемое. Статистическое подлежащее - это основной признак статистической совокупности.

Статистическое сказуемое - это перечень характеризующих изучаемый объект дополнительных признаков. Обычно подлежащее располагается слева в виде названия строк, сказуемое - справа в виде названия граф.

Требования к оформлению таблиц:

1. Сверху-справа над названием таблицы пишется слово "Таблица" и дается нумерация арабскими цифрами без проставления знака "№".
2. Каждая таблица должна иметь название, из которого становится ясным круг излагаемых вопросов, географические границы статистической совокупности, период времени за который или момент времени, на который относятся данные.
3. В таблице все слова пишутся полностью. Допускаются только общепринятые сокращения /например, ММ, МЛРД, КГ и т.д./.
4. Если таблица большая и не умещается на одном лице, ее переносят на следующую страницу, на которой заголовочную часть таблицы не пишут, а повторяют только нумерацию граф.
5. Желательно давать нумерацию граф.
6. Рекомендуется пользоваться двойными горизонтальными и вертикальными линиями для отделения табличных клеток от заголовков и отделения некоторых частей таблицы друг от друга.
7. Большое значение в статистической таблице имеет итоги. Они бывают вертикальные и горизонтальные. Вертикальные итоги получаются в результате суммирования всех чисел графы, а горизонтальные - строки. Без итогов таблица не может считаться законченной. Следует различать "итога" и "всего". "Итого" является итогом для определенной части, а "Всего" - для всей совокупности, то есть для всей таблицы в целом.
8. Если нет необходимости в том, чтобы приводить все элементы итога, следует ограничиться некоторыми из них, спустив остальные. В таких случаях делают приписку "в том числе" или "из них" и заголовок строки несколько отодвигают вправо.

9. При употреблении в клетках таблицы многозначных чисел следует каждые три цифры, отсчитывая их справа, отделять друг от друга /напр. 4 582 973/.

10. Отсутствие чисел в клетке может иметь ряд причин, и эти причины должны быть показаны в таблице и обозначены знаками:

(...) - отсутствие сведений о данном факте;

(-) - отсутствие самого явления;

(X) - вообще не подлежит заполнению.

11. При монтаже таблицы надо стремиться к тому, чтобы числа, которые особенно важно сравнивать друг с другом, были расположены рядом (например, показатели за смежные периоды, показатели экспериментальной и контрольной групп, показатели плана и его выполнения).

12. Необходимо указывать источник данных, включенных в таблицу.

13. В каждой табличной клетке должно быть только одно число. Не рекомендуется представлять цифровой материал в виде числителя и знаменателя.

Различают три вида таблиц: простые, групповые и комбинационные.

В простой таблице приводится подсчет по основным делениям изучаемой группы или совокупности

В групповой таблице различается статистическое подлежащее (основной изучаемый признак, например заболевания) и статистические сказуемые (признаки, характеризующие основной, например возраст и пол). В групповой таблице подлежащее сочетается каждый раз только с одним из признаков сказуемого

При одновременном сочетании подлежащего таблицы с несколькими признаками сказуемого таблица носит название комбинационной.

Статическая таблица является важным элементом статистического метода исследования. Она позволяет представить цифровой материал в систематизированном виде, значительно облегчает ориентацию в нем, позволяет устанавливать закономерности и дает сводную количественную характеристику изучаемого явления.

2. Общая заболеваемость по обращаемости в поликлиники и амбулатории. Методика изучения: единица наблюдения, учетные и отчетные документы, их содержание.

Показатели заболеваемости.

Общая заболеваемость – частота, распространенность всех зарегистрированных случаев заболеваний, по поводу которых население впервые обратилось в данном году за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения.

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

Впервые зарегистрированными случаями считаются:

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

б) только первое обращение в календарном году по поводу хронического заболевания, последующие обращения в данном году по поводу обострений регистрации не подлежат.

Основным учетным документом в амбулаторно-поликлинич. учреждениях явл. мед. карта.

Единицей наблюдения при изучении общей заболеваемости явл. первичное обращ. больного в текущем календарном году по поводу данного заб.. При изучении общей заб-ти вычисляются общие и спец. показатели. Показатель общей заболеваемости опред. числом первичных обращений за мед. помощью в ЛПУ в данном году на 1000 или 10000 жителей. Общий показатель — это отнош. числа заболевших за год к общей численности населения.

Специальные показатели заболеваемости: заболеваемость по полу, возрасту, нозологическим формам, административным территориям.

3. Годовой отчет медицинской организации: структура, порядок составления и представления,

основные показатели, значение для улучшения работы медицинских организаций.

Основной отчетной формой, отражающей деятельность медицинской организации, является «Отчет лечебно-профилактической организации» (ф. 30). Эту форму составляют лечебно-профилактические организации всех профилей для взрослых и детей и представляют вышестоящему органу управления здравоохранением, Министерству здравоохранения и далее Министерству статистики и анализа в установленные сроки.

В отчете представлены следующие разделы:
Паспортная часть.

Раздел 1. Сведения о подразделениях, установках лечебно-профилактической организации. В этом разделе указываются: наименования отделений (кабинетов), передвижных установок, прочих подразделений, входящих в состав медицинской организации. Напротив названия отделения, кабинета указывается их количество. Приводятся данные о работе дневных стационаров и стационара на дому, а также о реанимационном отделении и отделении экстренной и планово-консультативной помощи. В конце раздела показывается мощность поликлиники, выраженная числом посещений в смену.

Раздел 2. Штаты лечебно-профилактической организации на конец отчетного года. В таблицу «Штаты» включаются сведения о штатных должностях в соответствии со штатным расписанием, утвержденным в установленном порядке, а также данные о занятых должностях и физических лицах на конец года.

Для анализа штатов организации здравоохранения рассчитываются показатели:

- 1) показатель укомплектованности медицинским персоналом (врачами, средним медицинским персоналом)
- 2) коэффициент совместительства

Раздел 3. Работа врачей поликлиники (амбулаторий), диспансера, консультации.

Этот раздел заполняется всеми лечебно-профилактическими организациями, ведущими амбулаторный прием пациентов. Анализ деятельности поликлиники целесообразно начинать с изучения числа территориальных участков (терапевтических, педиатрических), средней численности населения на одном участке. Основные показатели раздела:

- средняя численность населения на одном участке
- число посещений на одного жителя:
- распределение посещений поликлиники по виду обращения
- структура посещений к врачам по специальностям:
- объём врачебной помощи на дому:
- среднечасовая нагрузка врача на приеме в поликлинике
- среднечасовая нагрузка врача по обслуживанию на дому

Раздел 4. Профилактические медицинские осмотры и работа стоматологических (зубоврачебных) и хирургических кабинетов лечебно-профилактической организации.

Для оценки организации профилактической работы поликлиники рассчитываются показатели:

- охват профилактическими осмотрами
- структура осмотренных лиц по группам диспансерного наблюдения
- охват целевыми профилактическими осмотрами на туберкулез

Раздел 5. Работа лечебно-вспомогательных отделений (кабинетов).

В данном разделе содержатся сведения о работе кабинета лучевой терапии, физиотерапевтического отделения, кабинета лечебной физкультуры кабинета рефлексотерапии, отделения гемодиализа, логопедического кабинета.

Для анализа состояния работы лечебно-вспомогательных служб рассчитываются показатели:

- число процедур (по видам) на 100 посещений поликлиники или на 100 выбывших из стационара;
- число процедур (по видам) на одного пролеченного в отделении (кабинете);
- структура процедур по видам и др.

Раздел 6. Работа диагностических отделений.

Для анализа диагностической работы медицинской организации рассчитываются интенсивные и экстенсивные показатели:

- число исследований (по видам) на 100 посещений поликлиники или на 100 выбывших из стационара
- число исследований (по видам) на одного пролеченного в отделении)
- структура исследований по видам
- удельный вес сложных видов исследований и специализированных исследований
- число исследований на одну занятую должность врача, нагрузка врача отделения и др.

Отчет подписывает руководитель лечебно-профилактической организации (главный врач) и лицо, ответственное за составление отчета.

Задача 11.

100 - рандомный охват
1 - беременных диспансеризации
11 - небел-илии

$$= \frac{\text{число бер., поступивших под наблюдение со сроком до 12 нед.}}{\text{общее число бер., поступивших под наблюдение в течение консультационного периода}} \cdot 100 =$$

$$= \frac{2677}{3091} \cdot 100 = 86,6\%$$

Удельный вес беременных, охваченных терапией до 12 нед. бер-ти

$$= \frac{\text{число бер., охваченных терапией до 12 нед. бер-ти}}{\text{число бер., поступивших со сроком до 12 нед. бер-ти}} \cdot 100 =$$

~~Доля беременных~~

$$\text{Доля родов} = \frac{2917}{3055} \cdot 100\% = 95,5\%$$

Доля прерываемых 125

$$\text{Доля преинформированных} = \frac{125}{2917} \cdot 100\% = 4,3\%$$

$$\text{Доля абзуртов} = \frac{138}{3055} \cdot 100\% = 4,5\%$$

$$\text{Полнота обследования беременных в женской консультации} = \frac{\text{число беременных, осмотренных терапевтами}}{\text{число беременных, составивших под наблюдением жен. консультации}} \cdot 100 =$$

$$= \frac{3035}{3091} \cdot 100 =$$

$$\text{Доля сверхинформированных} = \frac{(2917 - 125)}{3055} \cdot 100\% = 91,4\%$$

Билет 22.

1. Графические изображения в статистических исследованиях: виды диаграмм, правила их построения, применение в работе врача

Графическое изображение широко используется как способ для наглядного представления статистических данных и зримого выявления закономерностей.

Графические изображения могут быть построены как по абсолютным, так и по относительным и средним величинам.

Диаграмма – это график, в котором статистические данные изображаются различными геометрическими фигурами (столбиком, линиями, окружностями и т.д.).

Диаграммы: линейные, внутрестолбиковые, радиальные, столбиковые, секторные, объемные, фигурные;

1. Линейные диаграммы - применяются для изображения динамики того или другого явления или процесса, выраженных в показателях интенсивности, соотношения, наглядности, средних или абсолютных величинах. С помощью линейной диаграммы можно изображать рост численности населения, динамику младенческой смертности и т.д.

2. Столбиковая диаграмма – применяется для изображения динамики или статики явления в соответствии с избранным масштабом. Столбиковые диаграммы строят в виде вертикальных или горизонтальных столбцов («лент»). Ширина столбиков, так же как и расстояние между ними, должно быть одинаковым. В виде столбиков целесообразно изображать интенсивные показатели или показатели соотношения для одного периода времени, но для разных коллективов, территорий.

3. Внутрестолбиковая диаграмма применяется для изображения структуры явления, выраженной экстенсивными показателями. Она представляет собой прямоугольник, в котором

цветом или штриховкой выделены составляющие его части в соответствии с их удельным весом. Высота прямоугольника в этом случае принимается равной сумме всех частей, составляющих целое. Составные части целого располагаются внутри прямоугольника в порядке убывания их удельного веса.

4. Секторная (круговая) диаграмма - также применяется для изображения структуры явления и представляет собой круг, разделенный радиусами на сектора, которые выделяются различной штриховкой или цветом. При построении секторной диаграммы необходимо с помощью транспортира на окружности отложить в градусах части, пропорциональные расширению явления, состав которого требуется изобразить. К точкам, намеченным на окружности, проводятся радиусы. Сектора выделяются различной штриховкой или расцветкой.

5. Объемная диаграмма - применяется для изображения статистических величин в виде шара, куба и других объемных геометрических фигур. Они могут иллюстрировать показатели интенсивности, соотношения, наглядности.

6. Радиальная диаграмма - строится на системе полярных координат при изображении динамики явления за замкнутый цикл времени (сутки, неделя, год). Они применяются для изображения явлений, имеющих сезонный характер (например, сезонные колебания заболеваемости ОРВИ, дизентерией и пр.). Радиус окружности принимается за среднеедневное (среднемесячное, среднегодовое) число заболеваний. Каждый радиус соответствует определенному месяцу года, отсчет которых ведется по часовой стрелке. На радиусах и их продолжениях откладываются величины соответствующие среднеедневным (среднемесячным, среднегодовым) числам заболеваний. Точки, отмеченные на радиусах и их продолжениях, соединяют линиями и получают многоугольник, изображающий сезонные колебания изучаемого явления.

Правила построения диаграмм:

1. Каждая диаграмма должна иметь подпись, в которой четко, кратко и вместе с тем исчерпывающе следует указать содержание диаграммы, время и место, к которым относятся изображаемые данные;
2. Диаграмма должна строиться по определенному масштабу с указанием единиц измерения, в которых представлены статистические величины.
3. Черчение диаграмм, основанных на системе полярных координат, следует начинать с проведения двух линий - безосной (абсциссы) и масштабной (ординаты).
4. Для каждой диаграммы должны быть даны пояснения, обозначающие каждую расцветку или штриховку (экспликация).

2. Заболеваемость по данным медицинских осмотров. Виды медицинских осмотров. Их значение в изучении заболеваемости населения.

Характеризуется состояние здоровья отдельных (выборочных) групп населения и определяется как совокупность выявленных при осмотре случаев заболеваний среди прошедших медицинский осмотр.

Единицей наблюдения является лицо, прошедшее определенный вид осмотра.

Медицинский осмотр представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

Виды медицинских осмотров:

- 1) профилактический медицинский осмотр, проводимый в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов;
- 2) предварительный медицинский осмотр, проводимый при поступлении на работу или учебу в целях определения соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе, соответствия учащегося требованиям к обучению;
- 3) периодический медицинский осмотр, проводимый с установленной периодичностью в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, учащихся, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды, трудового, учебного процесса на состояние здоровья работников, учащихся, в целях формирования групп риска развития профессиональных заболеваний, выявления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ, продолжению учебы
- 4) предсменные, предрейсовые медицинские осмотры, проводимые перед началом рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов, состояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обязанностей, в том числе алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и остаточных явлений такого опьянения
- 5) послесменные, послерейсовые медицинские осмотры, проводимые по окончании рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды и трудового процесса на состояние здоровья работников, острого профессионального заболевания или отравления, признаков алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения

Нормативная база

Приказ Минздрава РФ от 6 декабря 2012 г. N 1011н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра"

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12 апреля 2011 г. № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».

Приказ Минздрава РФ от 15 декабря 2014 г. N 835н г. Москва "Об утверждении Порядка проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров"

3. Порядок оказания медицинской помощи детям. МЗ и СР РФ от 16.04.2012г.№ 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи». Детская поликлиника: задачи, структура, показатели деятельности.

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

1. Медицинская педиатрическая помощь оказывается в виде:

....первичной медико-санитарной помощи;

....скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи;

....специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

2. Медицинская педиатрическая помощь может оказываться в следующих условиях:

.....вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но требующих круглосуточного наблюдения и лечения);
стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное мед наблюдение и лечение).

Детская поликлиника – является самостоятельной медицинской организацией или структурным подразделением медицинской организации, оказывающая ПМСП детям с рождения до 17 лет включительно.

Задачи детской поликлиники :

- профилактика заболеваемости, смертности и инвалидности детей
- пропаганда ЗОЖ среди детей и родителей
- соблюдение и своевременное направление детей для организации специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.
- оказание первичной медико-санитарной помощи, в том числе в неотложной форме детям, проживающим а территории обслуживания.

Функция детской поликлиники:

- 1) Профилактическая работа
- 2) Лечебно-диагностическая работа
- 3) Медицинская экспертиза
- 4) Медико-социальная и психологическая помощь

Рекомендуемая структура детской поликлиники (в соответствии с приказом МЗ и СР РФ от 16 апреля 2012 г. N 366н.):

- административно-хозяйственное отделение;
- информационно-аналитическое отделение, включающее регистратуру, организационно-методический кабинет (кабинет медицинской статистики);
- лечебно-профилактическое отделение (педиатрическое),
- дневной стационар,
- консультативно-диагностическое отделение
- отделение неотложной медицинской помощи;
- отделение восстановительной медицины;
- отделение медико-социальной помощи;
- отделение организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях;
- физиотерапевтическое отделение (кабинет);
- кабинет лечебной физкультуры;
- кабинет массажа;
- централизованное стерилизационное отделение.

Показатели деятельности детской поликлиники

При анализе деятельности детской поликлиники оцениваются:

1. Показатели организации патронажа:

а) охват дородовым патронажем

$$\frac{\text{Число беременных женщин, охваченных до родов патронажем и проживающих на территории участка}}{\text{Число новорожденных поступивших под наблюдение детской поликлиники, проживающих на участке}} \times 100$$

Этот показатель должен быть равен 100 %, он характеризует преемственность между женской консультацией и детской поликлиникой.

б) охват ранним врачебным наблюдением

$$\frac{\text{Число новорожденных, осмотренных педиатром в первые 3 дня после выписки из роддома}}{\text{Число новорожденных, поступивших под наблюдение педиатра}} \times 100$$

2. Доля детей, находящихся на грудном вскармливании в возрасте до 3, 6, 12 месяцев. Оценивается по кварталам жизни ребенка.

$$\frac{\text{Число детей, находящихся на грудном вскармливании в возрасте до 3 мес}}{\text{Число детей достигших 1 года}} \times 100$$

3. Охват детей профилактическими прививками по видам вакцинации по возрастам.

Оценивается по каждому виду вакцинации.

4. Систематичность наблюдения врачом-педиатром

а) детей 1-го, 2-го и 3-го года жизни (для детей 1-го года жизни перерывы в наблюдении не более 2-х месяцев, на 2-м и 3-м году – не более 3-х месяцев).

$$\frac{\text{Число детей годовалого возраста, систематически наблюдавшихся педиатром}}{\text{Число детей годовалого возраста}} \times 100$$

$$\frac{\text{Общее число детей данной возрастной группы}}{\text{Число детей годовалого возраста}} \times 100$$

6. Выявляемость заболеваний при профилактических осмотрах (патологическая пораженность)

$$\frac{\text{Число заболеваний, впервые выявленных у детей при периодических медицинских осмотрах}}{\text{Общее число детей, охваченных периодическими медицинскими осмотрами}} \times 100$$

7. Показатели диспансеризации:

а) охват диспансеризацией населения, структура больных состоящих под наблюдением по нозологии;

б) качество диспансерного наблюдения (полнота охвата больных детей диспансерным наблюдением, проведения лечебных и оздоровительных мероприятий);

в) эффективность диспансерного наблюдения (проводится отдельно по группам диспансерного наблюдения – здоровые, практически здоровые и больные хроническими заболеваниями).

Критериями эффективности диспансерного наблюдения хронических больных являются – снятие с учета по заболеванию, снижения показателя первичного выхода на инвалидность и другие.

г) полнота охвата больных детей диспансерным наблюдением

$$\frac{\text{Число больных детей в возрасте 0 – 17 лет, состоящих на диспансерном учете}}{\text{Численность детского населения}} \times 100$$

8. «Индекс здоровья»

$$\frac{\text{Число детей, определенной возрастной группы ни разу не болевших в течение года}}{\text{Число детей, данной возрастной группы}} \times 100$$

9. Заболеваемость детей – уровень и структура по годам жизни по возрастным группам

а) уровень первичной заболеваемости (на 100 000 детей)

$$\frac{\text{Число заболеваний, впервые зарегистрированных в данном году}}{\text{Число детей, данной возрастной группы}} \times 100$$

Число детей, данной возрастной группы

9. *Заболеваемость детей – уровень и структура по годам жизни по возрастным группам*

а) уровень первичной заболеваемости (на 100 000 детей)

$$\frac{\text{Число заболеваний, впервые зарегистрированных в данном году}}{\text{Число детей, состоявших под наблюдением поликлиники}} \times 100000$$

б) уровень общей заболеваемости (на 100 000);

в) структура заболеваемости по причинам (нозологии) по возрастным группам;

г) доля детей, имевших расстройства питания и активный рахит к концу 1-го года жизни;

$$\frac{\text{Число детей, имевших расстройства питания (активный рахит) к концу 1 года жизни}}{\text{Число детей, достигших одного года жизни}} \times 100$$

10. *Летальность на дому (в %)*

11. *Показатели смертности, в том числе*

а) младенческая смертность по методу Ратса

$$\frac{\text{Число умерших детей в возрасте до 1 года в данном году}}{\frac{1}{3} \text{ родившихся живыми в прошлом году} + \frac{2}{3} \text{ родившихся живыми в данном году}} \times 1000$$

б) неонатальная смертность

$$\frac{\text{Число умерших детей в первые 28 дней жизни}}{\text{Число родившихся живыми}} \times 1000$$

в) постнеонатальная смертность

$$\frac{\text{Число умерших детей со второго месяца жизни до 1 года}}{\text{Число родившихся живыми}} \times 1000$$

$$\frac{\frac{1}{3} \text{ родившихся живыми в прошлом году} + \frac{2}{3} \text{ родившихся живыми в данном году}}{\text{Число умерших детей в первые 28 дней жизни}} \times 1000$$

б) неонатальная смертность

$$\frac{\text{Число умерших детей в первые 28 дней жизни}}{\text{Число родившихся живыми}} \times 1000$$

в) постнеонатальная смертность

$$\frac{\text{Число умерших детей со второго месяца жизни до 1 года}}{\text{Число родившихся живыми} - \text{число умерших на 1 месяце жизни}} \times 1000$$

12. *Распределение детей по группам здоровья*

166

13. *Показатели оценки физического развития*

14. *Частота госпитализации (уровень госпитализации)*

$$\frac{\text{Число лиц, выбывших из стационара}}{\text{Численность детского населения}} \times 1000$$

4. Задача № 5

На кондитерской фабрике среднегодовое число работающих составило 950 человек. Число дней временной утраты трудоспособности составило 8965, число случаев – 680, в том числе по поводу острых респираторных заболеваний 325 случаев, болезней органов пищеварения – 98, болезней системы

кровообращения – 74, болезней костно-мышечной системы – 101, травм – 82 случаев.

Вычислите

показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности на фабрике.

Задача 5

Число случаев временной нетруд-ти на 100 работающих =

$$= \frac{\text{число случаев временной утраты нетр-ти}}{\text{среднегод. численность работающих}} \cdot 100 = \frac{680}{950} \cdot 100 = 71,6 \text{ случая}$$

Число дней временной нетр-ти = $\frac{8965}{950} \cdot 100 = 943,7 \text{ дня}$

Средняя длитель-сть случая временной нетр-ти = $\frac{\text{число дней в. утраты}}{\text{число случаев}} = \frac{8965}{680} = 13 \text{ дней}$

Задача № 3
 В городе Н. в 2020г. численность населения составила 120000 человек. За изучаемый год в городе умерло 1300 человек, родилось 1400 детей, из них 12 умерли на первом году жизни. В городе развернуто 970 больничных коек, работали 444 врача. Рассчитайте и оцените демографические показатели и показатели обеспеченности.

Задача 3.

Показатель рождаемости = $\frac{\text{число родившихся живыми за год}}{\text{среднегод. численность нас-на}} \cdot 1000$

Показ. рождаемости = $\frac{1400}{120000} \cdot 1000 = 11,7 \text{ ‰}$

Показ. смертности = $\frac{\text{число умерших за год}}{\text{среднегод. чис. нас-на}} \cdot 1000 = \frac{1300}{120000} \cdot 1000 = 10,8 \text{ ‰}$

Естествен. прирост = $11,7 - 10,8 = 0,9 \text{ ‰}$

Младенч. смертность = $\frac{\text{число детей, умерших на 1м году жизни за данный год}}{\text{число детей, родившихся живыми за год}} \cdot 1000 = \frac{12}{1400} \cdot 1000 = 8,6 \text{ ‰}$

Обеспеченность населения больничными койками = $\frac{\text{Число больничных коек}}{\text{Среднегод. численность}} \cdot 10000 = \frac{970}{120000} \cdot 10000 =$

100
811 = $\frac{42}{1400} \cdot 10000 = 8,6\%$

x = 26,
8,4
тыс

Объемность населения = $\frac{\text{Число больных}}{\text{Среднее население}} \cdot 10.000 = \frac{970}{120.000} \cdot 10.000 = 80,8\%$

Объемность населения = $\frac{444}{120.000} \cdot 10.000 = 37,0\%$

На 120 000 - 444 врача
на 10 000 - x врачей

Билет 23

1. Врачебная тайна.

Врачебная тайна, обязанность врача не оглашать сведения о больном без его согласия, если речь идёт о заболевании, связанном с интимной жизнью больного (женские болезни, психические нарушения, некоторые пороки развития и т.д.). Обязанность врача соблюдать В. т. отпадает, если это противоречит интересам общества. Так, врач обязан сообщать о выявленных им случаях инфекционных и паразитарных заболеваний, подлежащих обязательной регистрации, привлекать больных к принудительному лечению в тех случаях, когда это предусмотрено законом, давать сведения о больном по требованию органов суда и следствия.

Под **врачебной тайной** четко понимается **информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении** (статья 61 "Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан"). Они являются тайной вне зависимости от формы обращения человека к медикам и его результатов.

Основы предусматривают, что разглашение врачебной тайны может происходить как с согласия пациента, так и без такового. С согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в т.ч. должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе,

использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях. В этом случае следует помнить о следующем:

1. Факт согласия пациента или его законного представителя следует оформить письменно во избежание недопонимания и для обеспечения правовой безопасности медицинской организации, заверив это подписью пациента

2) Аборт как медико-социальная проблема. Проблемы бесплодия и организация медицинской помощи. (58)

Аборт — искусственное прерывание беременности. По современным медицинским стандартам, аборт проводится, как правило, при сроке до 20 недель беременности или, если срок беременности неизвестен, при массе плода до 400 г^[1] Первый ранний аборт приводит к бесплодию. Частота бесплодия в России сегодня составляет 17%

Аборт не рекомендуется делать после кесарева сечения (если прошло менее 2 лет после операции), женщинам с отрицательным резус фактором и при некоторых медицинских противопоказаниях (при низком гемоглобине или воспалительных заболеваниях внутренних половых органов в острой стадии).

Любой аборт приводит к нарушению гормонального фона, это может отразиться на состоянии всего организма, привести к заболеваниям молочных желез.

- Внематочная беременность.
- Нарушение детородной функции.
- Механические повреждения шейки и тела матки.
- Кровотечение.
- Воспалительные заболевания.
- Онкологические заболевания.

Постабортный синдром – это сочетание психических симптомов или заболеваний, которые проявляются вследствие переживаний после аборта, даже если женщина психически вполне здорова.

После аборта разрушаются базовые отношения доверия между супругами, очень часто такая ситуация приводит к распаду семьи

Возраст и беременность В последние десятилетия во всем мире увеличилось количество семейных пар, планирующих беременность и рождение ребенка в возрасте старше 35 лет, что объясняется отказом от беременности до момента достижения финансовой стабильности и/или определенного социального статуса. Как правило, в этом возрасте развиваются соматические заболевания и патологии половой системы, снижается общий уровень здоровья, как и уровень фертильности у мужчин и женщин. Таким образом, при психологической и финансовой

готовности многие семейные пары 35-40 лет и старше испытывают медицинские сложности — с зачатием и вынашиванием беременности.

Поскольку с возрастом репродуктивная функция закономерно угасает, у женщины снижается овариальный резерв, у мужчины — количество сперматозоидов в сперме, их качество и активность, беременность не наступает. Перечисленные возрастные факторы наряду с присутствующими, как правило, патологиями половой системы (инфекционно-воспалительного или иного характера) или хроническими заболеваниями (сахарный диабет, артериальная гипертензия и другие) препятствуют зачатию и вынашиванию беременности. Стоит отметить, что эффективность вспомогательных репродуктивных технологий, часто рекомендуемых в подобных случаях, не столь велика, как иногда заявляется в литературе. Даже в группе пациенток раннего репродуктивного возраста эффективность ЭКО составляет 30-35% (на один лечебный цикл) (2), для женщин в позднем репродуктивном периоде — 10-20%

Состояние женского репродуктивного здоровья и беременность На настоящий момент общий уровень здоровья женщин в России оценивается как низкий (3, 4): только 6% женщин можно считать абсолютно здоровыми, сохраняется высокий уровень гинекологической заболеваемости (до 20%), что связывают с различными факторами — инфекционного, воспалительного, эндокринного, поведенческого, социального характера; за последние 5 лет отмечается увеличение количества пациенток с диагнозом эндометриоза (на 46%), инфекционно-воспалительными заболеваниями половой системы (на 30,5%); кроме того, более 50% беременностей завершается абортом, при этом до 8% женщин этой группы остаются бесплодными.

В последние годы в нашей стране как метод регуляции рождаемости находит большое применение метод прерывания беременности путем вакуум аспирации (мини-аборт) из-за меньшей травматичности и относительно редких осложнений, хотя удельный вес мини-абортов к общему числу абортов, производимых в России в 1995 году, составил всего 26,1%, что является косвенным показателем поздней обращаемости женщин к врачу по поводу нежелательной беременности.

В качестве профилактики: контрацептивы, стерилизация, санитарно-профилактическое просвещение.

3) Оказание платных медицинских услуг населению. Их виды, значение в условиях реформирования здравоохранения.

Основаниями для предоставления платных медицинских услуг являются:

отсутствие обязательств по оплате данного вида медицинской помощи (медицинской услуги) из средств бюджетов и государственных внебюджетных фондов;

оказание медицинских услуг по инициативе гражданина вне порядка и условий, установленных Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге.

Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012 г. N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг"

Платные медицинские услуги населению могут оказываться государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения в соответствии с Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей»

"платные медицинские услуги" - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования

Цены на платные услуги, оказываемые населению, делятся:

Платные услуги в ЛПУ

Цены, устанавливаемые для расчетов со СМО в системе ДМС

Цены оказания медицинской помощи по договорам с предприятиями

Цены в частных медицинских организациях

Виды платных медицинских услуг

Платные медицинские услуги населению предоставляются медицинскими учреждениями в виде профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, протезно-ортопедической и зубопротезной помощи.

Предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями осуществляется при наличии у них лицензии на соответствующий вид деятельности.

Государственные и муниципальные медицинские учреждения оказывают платные медицинские услуги населению по специальному разрешению соответствующего органа управления здравоохранением.

Предоставление платных медицинских услуг оформляется договором!

Ситуации, в которых медицинские услуги предоставляются за плату, изложены в п. 2.4 Правил:

оказание медицинских услуг лицам, не имеющим права на их бесплатное получение в соответствии с действующим законодательством;

лечебно-профилактические и диагностические мероприятия, осуществляемые анонимно (за исключением обследования на СПИД в учреждениях, финансируемых для указанных целей из бюджета);

оказание медицинской помощи в условиях повышенной комфортности и/или сервисности (при зафиксированном в медицинской карте отказе пациента от получения бесплатных для него услуг в конкретном подразделении данного государственного учреждения здравоохранения);

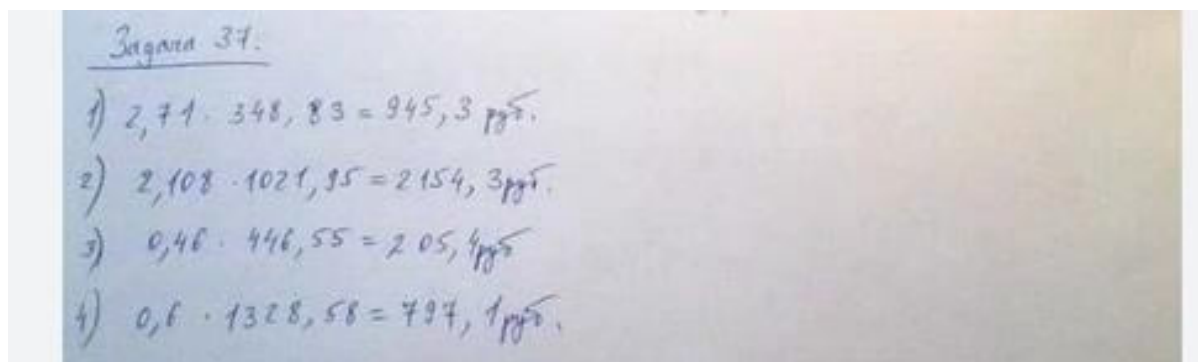
оказание плановой медицинской помощи вне общей очереди при недопущении ухудшения условий оказания медицинской помощи лицам, имеющим право на бесплатную медицинскую помощь: в хозрасчетных кабинетах и подразделениях; специалистами в свободное от основной работы время и т.д. (при зафиксированном в медицинской карте отказе пациента от получения бесплатной для него плановой медицинской помощи в конкретно указанные предлагаемые сроки).

ЗАДАЧА 37

В районе на начало 2021 года численность постоянного населения составила 49769 человек. Используя нормативы (табл.1) определить объемы и финансовые затраты на первичную

медикосанитарную помощь в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования.

Таблица 1 Медицинская помощь в амбулаторных условиях Средний норматив объема медицинской помощи (на 1 жителя в год) Средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, рублей 1 Посещения с профилактической целью (включая профилактический мед. осмотр, диспансеризацию и иные цели) 0,133720 5518,8 2. Посещения в неотложной форме 0,23540 747,50 3. Обращения 0,85504 1675,45



Задача 37

насел-е — 49.769 чел.

<u>Объемы МП</u>	<u>Затраты = объем × ср. N</u>
1) $2,88 \times 49.769 = 143.334,72$	1) $143.334,72 \cdot 535,79 =$
2) $1,77 \times 49.769 = 88.091,13$	2) $88.091,13 \cdot 1486,82 =$
3) $0,56 \times 49.769 = 27.870,64$	3) $27.870,64 \cdot 680,09 =$
4) $0,062 \times 49.769 = 3.085,68$	4) $3.085,68 \cdot 21786,82 =$

Билет 24

1) Репрезентативность признака. Оценка достоверности результатов исследования.(27)

Репрезентативность — соответствие характеристик выборки характеристикам популяции или генеральной совокупности в целом. Репрезентативность определяет, насколько возможно обобщать результаты исследования с привлечением определенной выборки на всю генеральную совокупность, из которой она была собрана.

Также репрезентативность можно определить как свойство выборочной совокупности представлять параметры генеральной совокупности, значимые с точки зрения задач исследования. Предположим, совокупность — это все учащиеся школы (600 человек из 20 классов, по 30-59 человек в каждом классе). Предмет изучения — отношение к курению. Выборка, состоящая из 60 учеников старших классов, гораздо хуже представляет

совокупность, чем выборка из тех же 60 человек, в которую войдут по 3 ученика из каждого класса. Главной причиной тому — неравное возрастное распределение в классах. Следовательно, в первом случае репрезентативность выборки низкая, а во втором случае репрезентативность высокая (при прочих равных условиях).

Оценка достоверности результатов статистического исследования проводится для определения достоверности различий между двумя средними величинами, для оценки различий между числовыми характеристиками генеральной и выборочной совокупности, а также данной и аналогичных выборочных совокупностей.

Таким образом, оценка достоверности необходима для того, чтобы по части явления можно было бы судить о явлении в целом и его закономерностях.

Оценка достоверности результатов исследования предусматривает определение нижеследующих критериев репрезентативности.

1. Ошибка репрезентативности - m .
2. Доверительные границы средних (или относительных) величин в генеральной совокупности (tm).
3. Достоверность разности средних (или относительных) величин (по критерию t).
4. Достоверность различия сравниваемых групп (по критерию x^2).

2) Заболевания, представляющие опасность для окружающих: особенности регистрации, организация медицинской помощи.

болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими,
и вирусные геморрагические лихорадки
гельминтозы
гепатит В
гепатит С
дифтерия
инфекции, передающиеся преимущественно половым путем
лепра
малярия
педикулез,
акариаз и другие инфекации
сап и мелиоидоз
сибирская язва
туберкулез
холера
чума
коронавирусная инфекция

Постановление Правительства Российской Федерации от 02.07.2020 № 973 "Об особенностях организации оказания медицинской помощи при угрозе распространения

заболеваний, представляющих опасность для окружающих"

Утверждены особенности организации оказания медицинской помощи при угрозе распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

Медицинская помощь пациентам при угрозе распространения заболеваний оказывается в соответствии с утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации временным порядком оказания медицинской помощи, включающим в том числе минимальные требования к осуществлению медицинской деятельности, направленной на профилактику, диагностику и лечение заболевания. Контроль за соблюдением минимальных требований к осуществлению медицинской деятельности, направленной на профилактику, диагностику и лечение заболевания, осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

В целях создания резерва медицинских работников и фармацевтических работников, которые могут быть дополнительно привлечены к оказанию медицинской помощи при угрозе распространения заболевания, органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья осуществляется формирование и ведение временного регистра указанных специалистов в порядке, утверждаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3) виды налогов, соц налоговые вычеты

Налогообложение – процесс установления и взимания налогов.

Налоги – это платежи, которые взимаются государственными или местными органами власти, финансовыми органами, налоговой инспекцией с организаций, предпринимателей и населения. Все кто уплачивает налоги - налогоплательщики.

Налоговый период – календарный год.

Налоги могут быть: в денежной и натуральной форме (товар или продукт).

По уровням могут быть налоги:

- федеральные
- региональные
- местные, в том числе.

Налоги могут быть:

1. прямые – непосредственно с доходов или имущества, т.е. исчисляются в виде определенной доли (например, 13% от дохода с физических лиц – взимается с заработной платы работника, налог на прибыль с юридических лиц, налог на землю, имущество, налог с наследства и дарений...),
2. косвенные (установленные государством надбавки к ценам на товары, тарифы на услуги, НДС, акцизы, налог с продаж...).

Налог с продаж – уплачивается от полного объема выручки от продажи товара.

НДС – обычно переносятся на потребителей, - разница между денежной выручкой от продажи продукции и суммой издержек на сырье, материалы и услуги, полученные от поставщиков...

Акциз – взимается с величины стоимости отдельных видов товаров и услуг и включаемый в цену (обычно акцизами облагаются ювелирные изделия, винно-водочные и табачные изделия).

Медицинские организации не уплачивают налог на прибыль с доходов полученных в виде бюджетных ассигнований, но являются плательщиками налога на прибыль, получаемую в виде части дохода от предпринимательской деятельности и других доходов от реализации платных услуг. Так, что налогом на прибыль медицинской организации облагается сумма превышения ее доходов за счет платных видов деятельности над расходами на эти виды деятельности.

Налоговый вычет — это сумма, которая уменьшает размер дохода (так называемую налогооблагаемую базу), с которого уплачивается налог.

В некоторых случаях под налоговым вычетом понимается возврат части ранее уплаченного налога на доходы физического лица, например, в связи с покупкой квартиры, расходами на лечение, обучение и т.д.

Всего Налоговым кодексом предусмотрено шесть групп налоговых вычетов:

1. стандартные налоговые вычеты (ст. 218 НК РФ);
2. социальные налоговые вычеты (ст. 219 НК РФ);
3. имущественные налоговые вычеты (ст. 220 НК РФ);
4. профессиональные налоговые вычеты (ст. 221 НК РФ);
5. налоговые вычеты при переносе на будущие периоды убытков от операций с ценными бумагами и операций с финансовыми инструментами срочных сделок, обращающимися на организованном рынке (ст. 20.1 НК РФ);
6. налоговые вычеты при переносе на будущие периоды убытков от участия в инвестиционном товариществе (ст. 220.2 НК РФ).

Претендовать на получение налогового вычета может гражданин, который:

1. является налоговым резидентом Российской Федерации;
2. при этом он получает доходы, с которых удерживается налог на доходы физических лиц по ставке 13%.

Налоговые вычеты не могут применять физические лица, освобожденные от уплаты НДФЛ в связи с тем, что у них в принципе отсутствует облагаемый доход.

К ним относятся:

1. безработные, не имеющие иных источников дохода, кроме государственных пособий по безработице;
2. индивидуальные предприниматели, которые применяют специальные налоговые режимы и не имеют иных доходов, облагаемых по ставке 13% .

По общему правилу налоговые вычеты по НДФЛ предоставляются по окончании налогового периода (календарного года) налоговой инспекцией по месту жительства физического лица при подаче им налоговой декларации по налогу на доходы физических лиц (форма 3-НДФЛ) с приложением к ней необходимого комплекта документов.

Вместе с тем некоторые виды вычетов могут быть предоставлены и налоговым агентом, как правило, работодателем, при обращении к нему до окончания года.

Задача 4

Рассчитать показатели общей смертности, смертности от злокачественных новообразований и однодневной летальности, если в течение календарного года в городе умерло 1850 человек, из них 163 от злокачественных новообразований. За отчетный год 387 больным впервые

поставлен диагноз злокачественного новообразования, из них умерло в этом же году 97 человек. Численность населения города 135000 человек.

Задача №4

$$\text{Показатель общей смертности} = \frac{\text{число умерших за год}}{\text{среднегод. числ. насел.}} \cdot 1000 =$$

$$= \frac{1850}{135000} \cdot 1000 = 13,7\%$$

$$\text{Показатель смертности от ЗН} = \frac{\text{число умерших от ЗН за год}}{\text{среднегод. числ. насел.}} \cdot 100000 =$$

$$= \frac{163}{135000} \cdot 100000 = 120,7\text{‰}$$

Показатель относительной летальности = $\frac{\text{число умерших на 1м году с диагнозом установленным диаметром ЗН}}{\text{общее число больных с впервые в жизни установленным диаметром ЗН}} \cdot 100\% =$

$$= \frac{94}{387} \cdot 100\% = 25\%$$

Билет 25

1) Динамический ряд: определение, типы рядов. Преобразование динамических рядов. Показатели динамического ряда, их вычисление, практическое применение.

Динамическим рядом называется ряд, состоящий из однородных сопоставимых величин, характеризующих изменения какого-либо явления за определенные отрезки времени. Числа динамического ряда принято называть уровнями ряда. Уровни ряда могут быть представлены абсолютными, относительными или средними величинами.

Типы динамических рядов:

простой динамический ряд - состоит из абсолютных величин. Может быть:

а) моментным рядом, состоящим из величин, характеризующих размеры явления на определенные даты - моменты (табл. 2). Уровни моментного ряда не подлежат дроблению.

б) интервальным рядом, состоящим из чисел, характеризующих какие-либо итоги за определенный интервал времени (сутки, неделя, декада, месяц, год) (табл. 3).

Простые ряды (как моментные, так и интервальные) являются исходными для построения сложных рядов.

сложные - состоят из относительных или средних величин Сложные же ряды состоят из средних величин (средняя длительность лечения, среднегодовое число коек и пр. за несколько лет) или из относительных величин (заболеваемость, смертность, рождаемость и пр. за несколько лет).

Выравнивание уровней динамических рядов.

Динамический ряд не всегда состоит из уровней, последовательно изменяющихся в сторону снижения или увеличения. Нередко некоторые уровни в динамическом ряду представляют значительные колебания, что затрудняет возможность проследить основную закономерность свойственную явлению в наблюдаемый период. В этих случаях для выявления общей динамической тенденции рекомендуется произвести выравнивание ряда.

Существует несколько способов выравнивания динамического ряда:

укрупнение интервала - производится путем суммирования данных за ряд смежных периодов.

сглаживание ряда при помощи вычисления средней групповой величины

Например, Для уровней динамического ряда, характерны волнообразные колебания. Выравнивание ряда путем вычисления групповой средней позволило получить данные, иллюстрирующие довольно четкую тенденцию к постепенному снижению процента расхождений диагнозов в областной больнице г. Н.

сглаживание ряда при помощи скользящей средней позволяет каждый уровень заменить на среднюю величину из данного уровня и двух соседних с ним

Ряд, выровненный при помощи скользящей средней, представляет последовательную тенденцию снижения процента расхождения диагнозов. Этот метод дает возможность сгладить резкие колебания динамического ряда.

Анализ динамических рядов.

Для изучения динамического ряда лучше всего сначала изобразить его графически.

Графические изображения уровней динамического ряда позволяют в наглядной форме обнаружить последовательность изменения изучаемого явления.

Методика расчета показателей:

1. *Абсолютный прирост* - разность уровней данного года и предыдущего.

Например, для 2010 г.: $44,6 - 39,8 = +4,8$.

2. *Темп прироста* - процентное отношение абсолютного прироста % к предыдущему уровню.

$$\frac{4,8 \cdot 100}{39,8} = +12,1\%$$

Например, для 2010 г.:

3. *Темп роста* - процентное отношение последующего уровня к предыдущему уровню.

$$\frac{44,6 \cdot 100}{39,8} = 112,1\%$$

Например, для 2010 г.:

Используя статистический метод для характеристики динамических рядов, следует всегда исходить из необходимости предварительного качественного анализа сущности изучаемого явления. Без этого не может быть осмыслена статистика динамических рядов.

2. Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем. Их медико-социальные аспекты.(55)

Медико-социальная значимость ИППП обусловлена не только их широким распространением, но и тем, что вспышки данных инфекций носят периодический характер

,венерические болезни могут иметь тяжелые последствия для больного, негативно влиять на его сексуальную функцию, репродуктивное здоровье, значительно увеличивают риск передачи ВИЧ-инфекции, наносят значительный экономический ущерб государству

Возрастание удельного веса скрытых форм сифилиса, снижение активного выявления больных ИПППП указывают на позднюю обращаемость пациентов, недостаточную выявляемость инфицированных и позволяют предполагать значительное превышение реальной распространенности ИПППП над официально зарегистрированной.

В связи с этим, углубленное изучение и прогнозирование заболеваемости ИПППП в современных условиях является актуальной задачей. Одной из причин сложившейся неблагоприятной обстановки с ИПППП является дезорганизация единой государственной системы по борьбе с венерическими болезнями, предусматривающей полный учет и госпитализацию больных с заразными формами сифилиса и основанной на доступной бесплатной диагностической, лечебной и профилактической помощи наличие сформировавшегося нерегламентированного государством рынка медицинских услуг по лечению ИПППП

В настоящее время в стране постоянно совершенствуются и обогащаются новыми организационными формами мероприятия, направленные на борьбу с распространением ИПППП, разрабатываются и внедряются единые методы и принципы лечения и профилактики венерических заболеваний. В то же время, сложившаяся ситуация требует комплексного подхода к решению сложившихся проблем как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов РФ, продолжения исследований, касающихся научного обоснования оптимизации существующей системы лечебно-профилактической помощи больным

К ИПППП относятся:

бактериальные инфекции: паховая гранулёма (донованоз), мягкий шанкр, сифилис, венерическая лимфогранулёма, хламидиоз, гонорея, микоплазмоз, уреаплазмоз;

вирусные инфекции: ВИЧ, генитальный герпес, остроконечные кондиломы, вызываемые папилломавирусом человека, гепатит В, цитомегаловирус (герпесвирус человека тип 5), контагиозный моллюск, Саркома Капоши (герпес тип 8);

протозойные инфекции: трихомониаз;

грибковая инфекция: кандидоз (молочница);

паразитарные заболевания: фтириаз, чесотка;

3) Структура, функции, показатели работы родильного дома

Стационары службы родовспоможения представлены акушерско-гинекологическими отделениями и родильными отделениями либо родильными домами в структуре районных ТМО, городскими, областными родильными домами акушерско-гинекологическим и отделениями многопрофильных больниц, клиническими родовспомогательными учреждениями, являющимися базами кафедр акушерства и гинекологии, НИИ охраны материнства и детства.

Все роды обязательно должны проводиться в родовспомогательном стационаре врачом акушером-гинекологом совместно с анестезиологом-реаниматологом и неонатологом. При наличии экстрагенитальной патологии необходимо участие терапевта и врачей других специальностей (по показаниям).

В родильных отделениях ЛПУ I уровня родоразрешаются повторно беременные (до 3 родов включительно) и первобеременные без акушерских осложнений и экстрагенитальной патологии. Остальные женщины должны быть родоразрешены в ЛПУ II-III уровней.

Родильный дом - лечебно-профилактическая организация, обеспечивающая стационарную акушерско-гинекологическую помощь женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде и медицинскую помощь новорожденным детям.

- Структура родильного дома:

Рекомендуемая структура родильного дома в соответствии с приказом Минздрава России от 01.11.2012 N 572н:

* акушерский стационар:

- приемное отделение;
- отделение патологии беременности;
- палаты для беременных женщин;
- манипуляционная;
- процедурный кабинет;

* физиологическое родовое отделение:

- смотровая;
- предродовая палата;
- родовой зал (индивидуальный родовой зал);
- операционный блок:
- предоперационная;
- операционная;
- материальная;
- послеродовое палатное отделение:
- палаты для родильниц;
- палаты для совместного пребывания матери и ребенка;
- манипуляционная;
- процедурный кабинет;

* наблюдательное родовое отделение:

- смотровая;
- палата патологии беременности;
- предродовая палата;
- родовой зал (индивидуальный родовой зал);
- операционный блок:
- предоперационная;
- операционная;
- материальная;
- палаты для родильниц;
- палаты для совместного пребывания матери и ребенка;
- манипуляционная;
- процедурный кабинет;
- изолятор (мельтцеровский бокс).

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

* отделение анестезиологии-реаниматологии (палаты интенсивной терапии) для женщин:

- палата (пост) интенсивной терапии для женщин;
- акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной меди-цинской помощи;

отделения неонатологического профиля:

* отделение новорожденных физиологическое:

- палаты для новорожденных;
- кабинет вакцинопрофилактики новорожденных;
- молочная комната;
- выписная комната;
- процедурный кабинет;
- вспомогательные помещения;

* отделение новорожденных при обсервационном отделении:

- палаты для новорожденных;
- выписная комната;
- процедурный кабинет;

* палата (пост) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных;

* гинекологическое отделение;

* клиничко-диагностическая лаборатория;

* кабинет функциональной диагностики;

* физиотерапевтический кабинет;

* рентгеновский кабинет;

* централизованное стерилизационное отделение;

* административно-хозяйственное подразделение со вспомогательными службами:

- администрация;
- пищеблок;
- бухгалтерия;
- отдел кадров;
- отдел снабжения;
- аптека;
- техническая служба.

Рекомендуемое время пребывания родильницы в учреждении здравоохранения после физиологических родов – 3-5 суток.

Перед выпиской родильнице

предлагается проведение ультразвукового исследования органов малого таза.

При выписке родильницы лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2 лет с момента рождения ребенка).

После выписки из учреждения родовспоможения родильница направляется в женскую консультацию по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде

Основными задачами родильного дома (родильного отделения больницы) являются: оказание квалифицированной стационарной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде; оказание квалифицированной стационарной помощи женщинам, имеющим гинекологические заболевания; обеспечение наблюдения и ухода за здоровыми новорожденными, оказание квалифицированной медицинской помощи заболевшим и недоношенным новорожденным в период их пребывания в родильном доме; сан.просвет.работа.

Показатели деятельности родильного дома:

1. Частота осложнений во время родов или послеродовых заболеваний на 100 закончивших беременность:

$$\frac{\text{Число осложнений (заболеваний)}}{\text{Общее число принятых родов}} \times 100$$

Особое внимание должно быть уделено случаям массивных кровотечений, разрывов шейки матки, промежности, мочеполовым и кишечно-влагалищным свищам, а также септическим заболеваниям. Аналогично рассчитывается частота оперативных пособий при родах (кесарево сечение, применение акушерских щипцов), частота преждевременных и запоздалых родов.

2. Патологические роды:

а) частота предлежаний плаценты (неправильного положения плода):

$$\frac{\text{Число родов при предлежании плаценты (неправильном положении плода)}}{\text{Число проведенных родов}} \times 100$$

3. Послеродовая заболеваемость:

а) частота осложнений в послеродовом периоде:

$$\frac{\text{Число женщин, у которых после операции кесарева сечения появились осложнения}}{\text{Число операций кесарева сечения за отчетный год}} \times 100$$

б) частота гнойно-септических осложнений у родильниц:

$$\frac{\text{Число родильниц, у которых течение послеоперационного периода осложнилось гнойно-септическим осложнением}}{\text{Число женщин, родивших в отчетном году}} \times 100$$

4. Заболеваемость новорожденных (доношенных, недоношенных):

$$\frac{\text{Число случаев заболеваний новорожденных}}{\text{Число родившихся живыми}} \times 1000$$

5. Показатели смертности:

а) показатель смертности беременных, рожениц, родильниц (по данным данного родильного дома):

$$\frac{\text{Число умерших беременных, рожениц, родильниц}}{\text{Общее число родов}} \times 100$$

б) показатель материнской смертности -- рассчитывается для административной территории по методике, предложенной ВОЗ (1989 г.):

$$\frac{\text{Число умерших беременных, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности}}{\text{Число живорожденных}} \times 100.000$$

в) мертворождаемость:

$$\frac{\text{Число}_\text{родившихся}_\text{мертвыми}}{\text{Число}_\text{родившихся}_\text{живыми}_\text{и}_\text{мертвыми}} \times 100.000$$

Данный показатель в ряде случаев рассчитывается в процентах

г) показатель неонатальной смертности:

$$\frac{\text{Число}_\text{детей},\text{умерших}_\text{в}_\text{возрасте}_\text{0-27}_\text{дней}}{\text{Число}_\text{детей},\text{родившихся}_\text{живыми}} \times 1000$$

д) показатель ранней неонатальной смертности:

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

е) показатель поздней неонатальной смертности:

$$\frac{\text{Число}_\text{детей},\text{умерших}_\text{в}_\text{возрасте}_\text{7-27}_\text{дней}}{\text{Число}_\text{детей},\text{родившихся}_\text{живыми}_\text{и}_\text{проживших}_\text{более}_\text{недели}} \times 1000$$

+ж) показатель постнеонатальной смертности:

$$\frac{\text{Число}_\text{детей},\text{умерших}_\text{в}_\text{возрасте}_\text{28-365}_\text{дней}}{\text{Число}_\text{детей},\text{родившихся}_\text{живыми}_\text{и}_\text{проживших}_\text{более}_\text{28}_\text{дней}} \times 1000$$

з) показатель перинатальной смертности:

$$\frac{\text{Число}_\text{детей},\text{родившихся}_\text{мертвыми} + \text{умерших}_\text{в}_\text{возрасте}_\text{0-6}_\text{дней}_\text{жизни}}{\text{Число}_\text{родившихся}_\text{живыми}_\text{и}_\text{мертвыми}} \times 1000$$

ЗАДАЧА 43

Рассчитать функцию врачебной должности врача-терапевта участкового и определить необходимое количество врачей в поликлинике. Количество прикрепленного населения 35000 человек. Норматив посещения на 1 жителя к терапевту составил 2,2 в год. Количество рабочих дней в году – 285 дней

Задача 43.

<p>Дано:</p> <p>$H = 35000 \text{ чел.}$</p> <p>$N = 2,26209$</p> <hr style="width: 50%; margin: 5px auto;"/> <p>$\Phi = ?$</p>	<p>Решение:</p> <p style="font-family: cursive;">А.А.А.А.</p> $B = \frac{A \cdot H}{\Phi} \Rightarrow \Phi = \frac{A \cdot H}{B} = \frac{2,2 \cdot 35000}{46}$ $= 1674.$
--	--

Билет 26

1) Прямой метод стандартизации: этапы, значение стандартизованных показателей.

ПРЯМОЙ МЕТОД СТАНДАРТИЗАЦИИ

При сравнении двух неоднородных совокупностей по какому-либо признаку (составу) применяются методы стандартизации (прямой, обратный, косвенный).

Стандартизация - метод расчета условных (стандартизованных) показателей, заменяющих общие интенсивные (или средние) величины в тех случаях, когда их сравнение затруднено из-за несопоставимости состава групп. Стандартизованные (условные) показатели показывают какими были бы интенсивные показатели, если бы влияние данного фактора отсутствовало. Следовательно, стандартизованные показатели могут быть использованы только с целью сравнения. Существуют различные способы расчета стандартизованных показателей.

Наиболее распространенным является прямой метод, который состоит из 5 этапов.

I этап - расчет общих и специальных (по каждой группе - половой, возрастной и др.) интенсивных показателей (или средних величин) для двух сравниваемых совокупностей.

II этап - выбор и расчет стандарта.

III этап - расчет «ожидаемых величин» для каждой группы стандарта.

IV этап - определение стандартизованных показателей.

V этап - сравнение групп по общим интенсивным (или средним) и стандартизованным показателям. Выводы.

Значение: позволяет при оценке деятельности учреждений здравоохранения показать зависимость величины интенсивных показателей от рассмотренных факторов по результатам стандартизованных (условных) показателей и объективно охарактеризовать деятельность лечебно-профилактических учреждений.

2) Критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы

Медико-социальная экспертиза - определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, определяют основания установления групп инвалидности (категории "ребенок-инвалид").

II. Классификации основных видов стойких расстройств функций организма человека и степени их выраженности

3. К основным видам стойких расстройств функций организма человека относятся:

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

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

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

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

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

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

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

Выделяются 4 степени выраженности стойких нарушений функций организма человека:

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

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

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

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

Критерии определяющие группу инвалидности:

Критерием для установления первой группы инвалидности является нарушение здоровья человека с IV степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека

Критерием для установления второй группы инвалидности является нарушение здоровья человека с III степенью

Критерием для установления третьей группы инвалидности является нарушение здоровья человека со II степенью

Категория "ребенок-инвалид" устанавливается при наличии у ребенка II, III либо IV степени

3) Нормативы единицы объема медицинской помощи и нормативы финансирования единицы объема медицинской помощи согласно ППГ (программа государственных гарантий)

Средние нормативы объема мед.помощи по ее видам, условиям и формам ее оказания в целом по программе определяются в единицах объема в расчете на 1 жителя в год.

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, на 2020 и 2021 годы составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования на 2020 год - 2408,3 рубля, на 2021 год - 2513,8 рубля;

на 1 посещение с профилактической и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов (включая расходы на оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому) на 2020 год - 457,2 рубля, на 2021 год - 475,5 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования на 2020 год - 499,7 рубля, на 2021 год - 519 рублей, на 1 посещение для проведения профилактических медицинских осмотров за счет средств обязательного медицинского страхования на 2020 год - 1070,1 рубля, на 2021 год - 1113,2 рубля, на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний, за счет средств обязательного медицинского страхования на 2020 год - 1193,7 рубля, на 2021 год - 1241,8 рубля;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов на 2020 год - 1325,8 рубля, на 2021 год - 1378,9 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования на 2020 год - 1362,5 рубля, на 2021 год - 1419,2 рубля;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования на 2020 год - 616,1 рубля, на 2021 год - 650 рублей;

на 1 посещение при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому (за исключением посещений на дому выездными патронажными бригадами), за счет средств соответствующих бюджетов на 2020 год - 411 рублей, на 2021 год - 427,5 рубля;

на 1 посещение при оказании паллиативной медицинской помощи на дому выездными патронажными бригадами паллиативной медицинской помощи за счет средств соответствующих бюджетов (без учета расходов на оплату социальных услуг, оказываемых социальными работниками, и расходов для предоставления на дому медицинских изделий) на 2020 год - 2055,2 рубля, на 2021 год - 2137,4 рубля;

на 1 случай лечения в условиях дневных стационаров за счет средств соответствующих бюджетов на 2020 год - 13541,2 рубля, на 2021 год - 14082,9 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования на 2020 год - 20112,9 рубля, на 2021 год - 21145,2 рубля, на 1 случай лечения по профилю "онкология" за счет средств обязательного медицинского страхования на 2020 год - 74796 рублей, на 2021 год - 77835 рублей;

на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов на 2020 год - 78432,1 рубля, на 2021 год - 81569,4 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования на 2020 год - 34986 рублей, на 2021 год - 37512,8 рубля, на 1 случай госпитализации по профилю "онкология" за счет средств обязательного медицинского страхования на 2020 год - 99208,9 рубля, на 2021 год - 109891,2 рубля;

на 1 случай госпитализации по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях медицинских организаций за счет средств обязательного медицинского страхования на 2020 год - 34928,1 рубля, на 2021 год - 35342,5 рубля;

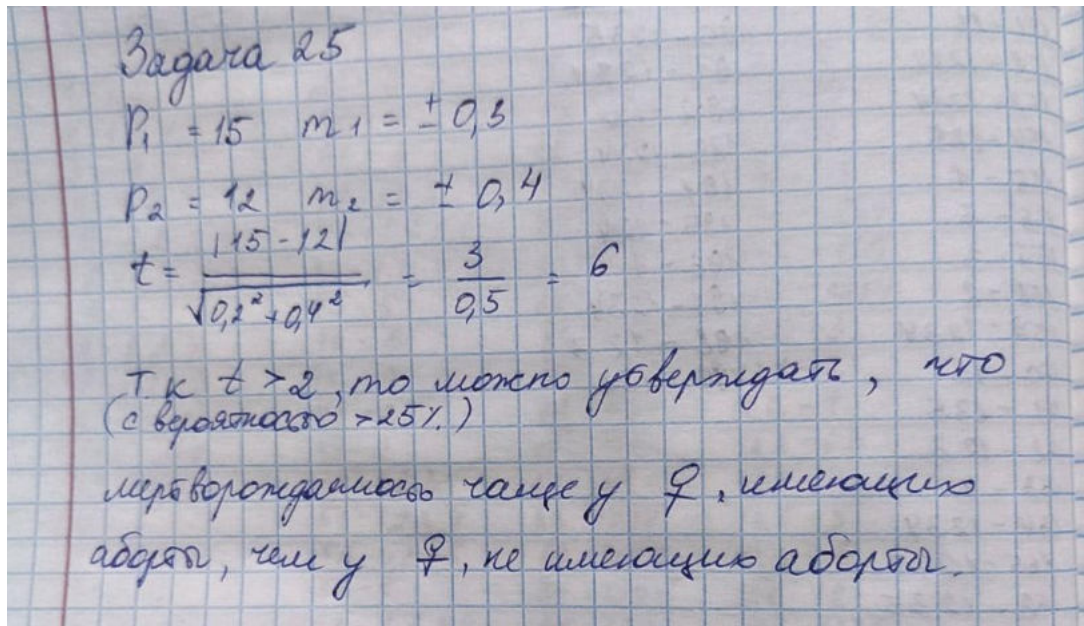
на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и койки сестринского ухода), на 2020 год - 2099,8 рубля, на 2021 год - 2183,8 рубля.

Средние нормативы финансовых затрат на 1 случай экстракорпорального оплодотворения составляют на 2019 год - 113907,5 рубля, на 2020 год - 118691,6 рубля, на 2021 год - 124219,7 рубля.

Нормативы финансовых затрат на 1 вызов скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, не включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования, устанавливаются субъектами Российской Федерации. Средний норматив финансовых затрат за счет средств соответствующих бюджетов на 1 случай оказания медицинской помощи выездными бригадами скорой медицинской помощи при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами, с учетом реальной потребности (за исключением расходов на авиационные работы) составляет на 2019 год - 6111,3 рубля, на 2020 год - 6343,5 рубля, на 2021 год - 6597,2 рубля.

Задача 25

Врач акушер-гинеколог женской консультации, провел анализ показателей мертворождаемости. Были получены следующие данные: число мертворожденных детей у женщин, имеющих в анамнезе аборт, составило $15,0 \pm 0,3\%$ ($P_1 \pm m_1$), не имеющих в анамнезе аборт – $12,0 \pm 0,4\%$ ($P_2 \pm m_2$). Оцените достоверность различий. Влияет ли аборт на частоту мертворождаемости?



Задача 25

$$P_1 = 15 \quad m_1 = \pm 0,3$$

$$P_2 = 12 \quad m_2 = \pm 0,4$$

$$t = \frac{15 - 12}{\sqrt{0,2^2 + 0,4^2}} = \frac{3}{0,5} = 6$$

Т.к. $t > 2$, то можно утверждать, что (с вероятностью $> 25\%$) мертворождаемость чаще у женщин, имеющих аборт, чем у женщин, не имеющих аборт.

Билет 27

- 1) Доказательная медицина, и ее значение на современном этапе для медицины и здравоохранения (31).
- 2) Механическое движение населения и его значение для здравоохранения.
- 3) Перечень видов медицинской помощи, оказывающих за счет средств бюджета Республики Башкортостан и Российской Федерации.

Задача На основе приведенных данных вычислить показатели динамического ряда (базисным методом):

абсолютный прирост, темп роста, темп прироста. Уровень младенческой смертности в г. Н составил за 2016г. – 8,9 ‰; 2017г. – 7,2 ‰; 2018г. – 7,9 ‰; 2019г. – 8,4 ‰, 2020г. – 7,6 ‰.

1. Доказательная медицина, и ее значение на современном этапе для медицины и здравоохранения (31)

Доказательная медицина— такая медицина, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, полученных в ходе клинических исследований.

Значение ДМ:

1. Стандартизация деятельности учёных, врачей и организаторов здравоохранения на принципах ДМ.
2. Повышение эффективности фармакотерапии острых заболеваний и синдромов, а при хронических - стабилизация длительной ремиссии, уменьшение летальности и улучшение качества жизни пациентов.
3. Повышение степени безопасности лечения и снижения риска развития осложнений и ухудшения течения заболевания путем рационального назначения лекарственных средств и методов лечения.
4. Улучшение экономической эффективности диагностики и лечения путем использования более дешевых и одновременно достаточно действенных методов.
5. Оптимизация деятельности национальных систем здравоохранения.

Методы:

- 1) неслепой – и пациент и врач знают какой препарат
- 2) слепой – пациент не знает, врач знает, что за препарат
- 3) двойной слепой – ни врач ни пациент не знают какой препарат

2. Механическое движение населения и его значение для здравоохранения.

Динамика _____ (изменение численности населения во времени)

Механическое движение
движение

Естественное

Механическое движение (миграция) – территориальные перемещения населения с целью постоянной или более менее длительной смены жительства.

Виды:

- **Внешняя миграция** – пересекаются государственные границы:

- эмиграция – выезд граждан из своей страны в другую на ПМЖ или длительный срок

- иммиграция – въезд граждан в другую страну на ПМЖ или на длительный срок

- **Внутренняя миграция** – перемещение в пределах одной страны между административными или экономико – географическими районам, населенными пунктами...; по хронологическим рамкам выделяют:

- эпизодическая – деловые, рекреационные и иные поездки, совершаемые не только не регулярно по времени, но и не обязательно по одним и тем же направлениям

- временная – временное переселение на какой-то достаточно длительный срок (работа по вахте или контракту, учеба в другой стране, в другом городе...)

- сезонная - перемещение людей в определенные периоды года, например, к месту отдыха

- маятниковая – регулярные поездки к месту работы или учебы за пределами ПМЖ, характерно для крупных городов, утром приезжают, вечером уезжают домой

- постоянная (безвозвратная) - окончательная смена места жительства.

Значение миграции для органов практического здравоохранения:

- 1) способствует процессу урбанизации, что приводит к изменению экологической обстановки, требует пересмотра нормативов медицинской помощи, изменения сети медицинских учреждений, изменяет структуру заболеваемости и смертности населения, влияет на эпидеми-ческую обстановку региона;
- 2) маятниковая миграция увеличивает число контактов, спо-собствующих распространению инфекционных заболеваний, ведет к росту стрессовых ситуаций и травматизма;
- 3) сезонная миграция ведет к неравномерной сезонной на-грузке учреждений здравоохранения, влияет на показатели здоровья населения;
- 4) показатели здоровья мигрантов существенно отличаются от показателей здоровья коренного населения.

3. Перечень видов медицинской помощи, оказывающих за счет средств бюджета Республики Башкортостан и Российской Федерации.

Перечень видов медицинской помощи, оказывающих за счет средств бюджета Республики Башкортостан и Российской Федерации.

Оказывается первичная медико-санитарная, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь, за исключением санитарно-авиационной эвакуации, специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, в следующих случаях:

- **инфекционные и паразитарные болезни (за исключением заболеваний, передающихся половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита);**
- **новообразования;**
- **болезни эндокринной системы;**
- **расстройства питания и нарушения обмена веществ;**
- **болезни нервной системы;**
- **болезни крови, кроветворных органов;**
- **отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;**
- **болезни глаза и его придаточного аппарата;**
- **болезни уха и сосцевидного отростка;**
- **болезни системы кровообращения;**
- **болезни органов дыхания;**
- **болезни органов пищеварения;**
- **болезни мочеполовой системы;**
- **болезни кожи и подкожной клетчатки;**
- **болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;**
- **травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;**
- **врожденные аномалии (пороки развития); деформации и хромосомные нарушения;**

- беременность, роды, послеродовой период и аборт;
- отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период;
- симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесенные к заболеваниям и состояниям.

Задача 24 базисным методом найти абсолютный прирост, темп роста, темп прироста

	2016	2017	2018	2019	2020
%	8,9	7,2	7,9	8,4	7,6
АП(%)	-	-1,7	0,4	0,5	-0,8
ТП(%)	-	-19	9,7	6,3	-9,5
ТР	100	109	106	91	

1) Абсолютный прирост - разность уровней данного года и предш. гуды.
 для 2017: $7,2 - 8,9 = -1,7$

2) Темп прироста = процентное соотношение АП % и предш. ур.
 для 2017:
 $8,9 - 100\%$
 $-1,7 - X$
 $X = -19$
 $7,2 - 100\%$
 $0,4 - X$
 $X = 9,7$
 $7,9 - 100\%$
 $0,5 - X$
 $X = 6,3$
 $8,4 - 100\%$
 $-0,8 - X$
 $X = -9,5$

3) Темп роста = процентное соотношение между послед. ур-ня и предш. ур.
 для 2017:
 $7,2 - 100$
 $7,9 - X$
 $X = 109\%$
 $7,9 - 100$
 $8,4 - X$
 $X = 106\%$
 $8,4 - 100$
 $7,6 - X$
 $X = 91\%$

вывод: анализ динамической или статической информации в ч.ч. показывает, что характеристика уровней была разнонаправленной. Самый большой прирост в 2014 в ст. наблюдался ↓ самый меньш.

Билет 28

4. задача 17 про эффективность вакцинации

1. Средняя продолжительность предстоящей жизни, определение, методика изучения. Уровень и динамика показателя в Российской Федерации и в Республике Башкортостан. (34)

Средняя продолжительность предстоящей жизни (СППЖ) – показатель состояния здоровья населения; зависит только от уровня смертности. Представляет собой число лет, которое предстоит прожить данному поколению родившихся, если на протяжении всей жизни поколения (т.е. при переходе из одного возраста в другой) повозрастные показатели смертности будут такими, какими они являются на год определения СППЖ. Для определения СППЖ составляют таблицы смертности. Таблицы смертности (таблицы дожития, таблицы смертности и средней продолжительности жизни/таблицы жизни) – система взаимосвязанных величин, характеризующих порядок вымирания населения при данном уровне смертности в отдельных возрастах. Наряду с числами умирающих в каждом возрасте они показывают, сколько из данного числа родившихся доживает до того или иного возраста; какова вероятность для лиц каждого возраста дожить до следующего возраста или умереть; как велика средняя продолжительность жизни населения и т.д. Наряду с таблицами для страны в целом составляются таблицы смертности для городского и сельского населения, для отдельных республик, областей, экономических районов, для крупных городов страны, для отдельных групп населения (профессиональных и иных) и т.д. Различают таблицы смертности реального и гипотетического (условного) поколения. В кратких таблицах смертности показатели даны по пяти- и десятилетним интервалам возраста. Большинство современных таблиц смертности рассчитаны демографическим методом, в котором исходным показателем служит вероятность смерти, определяемая из возрастных коэффициентов смертности. Этот метод требует данных о возрастном распределении живущих и умерших в некоторый период.

По данным Росстата за 2014 год средняя продолжительность жизни в России составляет 71 год. Продолжительность жизни мужчин — 65,6 лет, женщин — 77,2 года. В Республике Башкортостан мужчин - 63,8 года, женщин – 76 лет, для лиц обоего пола – 71,73 года.

2. Формы социальной защиты населения. Учреждения, входящие в систему социальной защиты населения. (146)

Основные формы социальной защиты:

1. Материальное обеспечение – денежные выплаты (пенсии, пособия, компенсации, доплаты и др.).
2. Натуральное обеспечение (предметами первой необходимости, в том числе питанием, одеждой, лекарствами, протезно-ортопедическими изделиями, средствами передвижения, вспомогательными техническими средствами социально-бытового, спортивного, информационного, производственного назначения).
3. Социальные услуги и льготы по их предоставлению (медицинская и протезно-ортопедическая помощь, воспитание и обучение инвалидов, профессиональная подготовка и трудоустройство, медико-социальная помощь и уход, социально-бытовое обслуживание, социально-психологическая помощь и поддержка).
4. Правовая защита инвалидов.

Учреждения, осуществляющие мероприятия в системе социальной защиты:

1. учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы (бюро и главные бюро МСЭ),
2. протезно-ортопедические предприятия,
3. стационарные учреждения социального обслуживания (дома-интернаты для взрослых: психоневрологические и общего типа, специализированные: детские: с умственной отсталостью и физическими недостатками),

4. нестационарные учреждения социального обслуживания (территориальные центры), а также отделения социального обслуживания пожилых и инвалидов;
5. учебные заведения для инвалидов (училища, техникумы, в том числе интернаты, а также учебные центры и центры профессиональной реабилитации;
6. реабилитационные учреждения (отделения и центры реабилитации, медико-социальной, социально-психологической, профессиональной).

3. Экономические показатели, характеризующие использование основных фондов, медицинского оборудования. (105)

Основные фонды - это средства труда, длительное время используемые в лечебных и хозяйственных целях: здания, лифты, мебель, аппаратура и т.д. Основные фонды, выраженные в стоимостном значении, называют основными средствами.

В составе основных фондов выделяют активную часть (аппараты, приборы, медицинская техника и т.д.) и пассивную часть (здания, сооружения). Соотношение их составляет примерно 25,0 и 75,0%.

К показателям использования основных фондов относятся:

Фондооснащенность – стоимость основных фондов / мощность учреждения (на количество планово развернутых коек, число посещений в смену, число вызовов скорой медицинской помощи в год).

Фондовооруженность труда – это стоимость основных фондов / число работников медицинской организации

Фондоотдача - это число госпитализированных больных * 1000 / стоимость основных фондов по стационару (руб.);

К показателям использования медицинской техники относят:

1. Коэффициент календарного обслуживания = время возможного использования оборудования / календарное число дней в году
2. Коэффициент сменности работы оборудования = фактическое число часов работы оборудования / максимально возможное количество часов работы

К показателям использования персонала относятся:

1. число работников, приходящихся на 100 коек;
2. укомплектованность штатов всех категорий;
3. соотношение числа врачей и среднего медперсонала;
4. коэффициент совместительства.

К показателям использования финансовых ресурсов относятся

1. источники финансирования, соотношение бюджетных средств, средств по медицинскому страхованию, полученных от оказания платных медицинских услуг, по договорам и т.д.);
2. структура расходов (на заработную плату, медикаменты, питание и прочие);
3. экономия заработной платы.

Для анализа использования коечного фонда стационаров используют две группы показателей

1. стоимостные показатели работы стационаров;
2. показатели использования коечного фонда.

К стоимостным показателям использования коечного фонда относятся:

1. стоимость содержания больничной койки в течение года;
2. стоимость одного койко-дня;
3. стоимость содержания одного больного в стационаре.

На стоимостные показатели стационара влияют:

- специализация больничной койки;
- мощность стационара;
- объем работы стационара (выполнение плановых койко-дней).

К показателям использования коечного фонда относятся:

1. среднее число дней работы в году;
2. средняя длительность пребывания больного в стационаре;
3. оборот больничной койки;
4. среднее время простоя койки.

Задача 17.

	в возрасте до одного года в 2020г. было 19, с ноября 2019г. по ноябрь 2019г. родилось живыми 1713 детей, умерло в ноябре отчетного года 3 ребенка в возрасте до года.
ПК-4, ПК-20	Задача № 17 Определите, эффективно ли действие вакцины, если из 1000 привитых заболело 100 человек, а из 500, не получивших вакцину, заболело 65.
ПК-17	Задача № 18

$$\text{Заболело привитых} = \frac{100}{1000} \cdot 100\% = 10\%$$

$$\text{непривитых} = \frac{65}{500} \cdot 100\% = 13\%$$

Вычисляем по формуле Стьюдента: $t = \frac{P_1 - P_2}{m_1 + m_2}$

где m_1 и m_2 - величины стандартических ошибок средних арифметических

$$m_1 = \sqrt{\frac{P_1 \cdot q}{n}} = \sqrt{\frac{10 \cdot 90}{1000}} = \sqrt{0,9}$$

$$m_2 = \sqrt{\frac{P_2 \cdot q}{n}} = \sqrt{\frac{13 \cdot 87}{500}} = \sqrt{2,262}$$

$$t = \left| \frac{10 - 13}{\sqrt{0,9 + 2,262}} \right| = \left| \frac{-3}{1,77} \right| = 1,2$$

Величина критерия < 2 свидетельствует о незначительном различии сравниваемых показателей.

Билет 30

1. Медико-социальные аспекты проблемы ВИЧ-инфекции и организационные мероприятия по профилактике ВИЧ.

(рассказать как тяжело ВИЧ инф, в нашем мире, что все их бояться)

ВИЧ-носительство или СПИД оказывают очевидное влияние на психику и изменяют психологию зараженных людей т.к. являются неизлечимыми, хроническими заболеваниями; протекают труднопредсказуемо и в течение многих лет, почти всегда сопровождаются негативными зависимостями, воспринимаются практически любым обществом как негативное и отвергаемое явление.

ВИЧ-инфицированных детей с каждым годом увеличивается. С учетом того, что сегодняшние ВИЧ-инфицированные дети не смогут обеспечить здоровое будущее как нашей страны, так и мирового сообщества в целом, значение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ/СПИДа среди несовершеннолетних значительно повышается.

Профилактика:

- повышать грамотность населения о вопросах ВИЧ(реклама, листовки, буклеты, СМИ, и тд)
- пропаганда ЗОЖ, профилактика алкоголизма, наркомании, частой смены половых партнеров
- посещение как минимум 1 раз в год гинеколога/уролога
- пропаганда использования барьерных методов контрацепции
- выявление и лечение ИППП
- половое воспитание дома, в школе, на приеме у врача.

2. Система здравоохранения в республике Башкортостан. Уровни оказания медицинской помощи населению. (9)

В РБ трехуровневая система оказания мед помощи взрослому населению:

Мед.организации первого уровня- МО, оказывающие населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа): первичная мед-сан помощь, и или специализированная МП (за искл ВМП) по 4 профилям : терапевт, хирургия, педиатр. и скорую , в том числе скорую специализир МП и паллиативную . Подразделения ЦРБ, городские поликлиники и больницы

Второго уровня- МО, оказывающие специализир (за искл ВМП) по 5 и более профилям населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, БСМП, центры, диспансеры . Межмуниципальные центры, крупные многопрофильные городские больницы.

Третьего уровня –Мо, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие высокотехнологичную МП застрахованным, за счет ОМС, предоставляются:

1. первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная;
2. специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная
3. скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная;
4. паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

1.Первичная медико-санитарная помощь- основа системы оказания мед. помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике,

лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Первичная медико-санитарная помощь оказывается бесплатно в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в плановой и неотложной формах.

Первичная доврачебная МСП оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

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

2. Первичная специализированная медико-санитарная помощь

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

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

3. Скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная, оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства вне медицинской организации. Оказывается бесплатно медицинскими организациями государственной системы здравоохранения.

4. Паллиативная медицинская помощь в амбулаторных и стационарных условиях оказывается медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи, и представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. Паллиативная медицинская помощь оказывается бесплатно в медицинских организациях государственной системы здравоохранения - хосписах и в отделениях паллиативного лечения медицинских организаций.

Формы :

экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, состояниях, представляющих угрозу жизни пациента; до 20 минут

неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, состояниях, без явных признаков угрозы жизни пациента;

плановая - медицинская помощь, оказываемая при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренную и неотложную формы оказания медицинской помощи, отсрочка которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

условия:

вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

в амбулаторных условиях, в том числе на дому при вызове медицинского работника (не предусматривается круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);

в дневном стационаре (предусматривается медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требуется круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);

в стационарных условиях (обеспечивается круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

3. Экономические показатели временной нетрудоспособности, инвалидности, смертности.(106)

Нетрудоспособность в связи с заболеваемостью, инвалидностью, а также преждевременная смерть наносят значительный **экономический ущерб национальному хозяйству**. Заболевший работник не участвует в общественном производстве и, следовательно, в создании национального дохода. Кроме того, в период нетрудоспособности выплачивается пособие и расходуются средства на лечение.

Таким образом, экономические потери в связи с временной/стойкой утратой трудоспособности, инвалидности, смертности слагаются из следующих компонентов:

1) Экономические составляющие заболеваемости с временной утратой трудоспособности - Стоимость не произведенного продукта за число дней невыходов на работу - Затраты на выплату пособий по больничным листам - Затраты на лечение

2) Экономические составляющие показателя инвалидности - Стоимость не произведенной продукции - Затраты на выплату пособий - Затраты на лечение - Затраты на реабилитацию (медицинскую, социальную, профессиональную)

- Льготы на приобретение средств передвижения, протезирование и т.д. - Льготное лекарственное обеспечение

Расчет стоимости медицинского обслуживания проводится путем суммирования:

1) стоимости амбулаторно-поликлинической, стационарной, параклинической и санаторной помощи;

2) стоимости скорой и неотложной помощи, доставки больного на транспортных средствах в 195 стационар;

3) затрат на эпидобслуживание при инфекционных заболеваниях.

Данные о стоимости медицинской помощи, используемые при проведении расчетов, выражены в **условных единицах** (у. е.):

1) стоимость одного врачебного посещения к любому специалисту в поликлинике составляет в среднем 10 у. е.;

2) стоимость одного клиничко-диагностического исследования в поликлинике составляет в среднем 5 у. е.;

3) стоимость пребывания в течение одного дня в больнице составляет в среднем 50 у. е.;

4) размер дневного пособия по временной нетрудоспособности в среднем составляет 15 у. е.;

5) величина национального дохода, произведенного одним работающим в день, составляет в среднем 70 у. е.;

6) величина национального дохода, произведенного одним работающим в год, составляет в среднем 15 000 у. е.;

7) месячный размер пенсии по инвалидности (независимо от группы инвалидности) составляет в среднем 200 у. е.;

8) полная стоимость путевки в санаторий любого профиля составляет в среднем 3000 у. е.

Стоимость амбулаторно-поликлинической помощи складывается из стоимости всех:

- 1) посещений врачей (включая профосмотры) в поликлинике и на дому;
- 2) диагностических исследований;
- 3) лечебных манипуляций и процедур.

Задача про млад смертность (та самая, где нужно за 2015 г вычислить и за ноябрь 2014г-ноябрь 2015)

Билет 31

Вопрос 1. Общая и возрастная смертность: методика исчисления, уровень, влияние различных факторов на ее динамику.

Общая смертность – рассчитывается на 1000 населения – это отношение числа умерших в течение года к среднегодовой численности населения.

Специальные показатели смертности населения:

- в зависимости от Пола
- по возрастным группам
- по причинам смерти
- в зависимости от семейного положения, уровни образования и т.д.

По критериям ВОЗ Уровень смертности:

до 10 промилле низкий, 10-15 средний, выше 15 промилле высокий. Регистрация – медицинская свидетельство смерти форма 106/ у-Врачами МО.

Причины роста смертности: 1. Социально экономический кризис в обществе привело к изменению образа жизни населения.

Увеличилось потребление алкоголя до 14 л в год на душу населения. Стало увеличиваться безработица. Ухудшились условия труда и быта. Участвовавшие случае чрезвычайным ситуаций, в том числе и со смертельным исходом

2. Произошло старение населения

3. Войны, террористические акты

4.Повышение уровня травматизма, в том числе в ДТП.

Последствия увеличения смертности:

- 1.уменьшается доля лиц трудоспособного возраста 54 %
- 2.Увеличивается нагрузка на трудоспособное население
- 3.Снижается обороноспособность страны в связи с уменьшением лиц призывного возраста населения
- 4.Увеличивается число лиц пожилого возраста

2..Положение об оплате труда работников государственных учреждений здравоохранения Республики Башкортостан (Постановление Правительства Республики Башкортостан от 13. 08.2015г. № 311 с изменениями от 09.09.2019г. №550)

Настоящее Положение включает в себя:

минимальные размеры окладов (должностных окладов) по квалификационным уровням профессиональных квалификационных групп (далее - ПКГ);

условия осуществления и размеры выплат компенсационного характера;

условия осуществления и размеры выплат стимулирующего характера;

условия оплаты труда руководителей учреждений, их заместителей, главных бухгалтеров и главных медицинских сестер.

Минимальные размеры должностных окладов медицинских и фармацевтических работников устанавливать на основе отнесения занимаемых ими должностей к квалификационному уровню профессиональной квалификационной группе (ПКГ) , Утверждённых приказом министерства здравоохранения и социального развития рф 6 августа 2007го года номер 526:

Выплата компенсационного характера

Работника могут осуществляться следующие выплаты компенсационного характера:

- повышение оплаты труда работников, занятых на работах с вредными и опасными условиями труда, (не менее 4%оклада)
- выплаты за работу в местностях с Особыми климатическими условиями (районный коэффициент к заработной плате 1,15),
- выплаты за работу со сведениями, составляющей ми на государственную тайну,
- Выплаты за работу в условиях отклоняющихся от нормальных (совмещение профессий сверхурочная работа, работа в ночное время и так далее), Каждый час работы в ночное время в соответствии со статьей 154 Трудового кодекса оплачивается в повышенном размере по сравнению с работой в нормальных условиях.
- выплаты за специфику работы в домах ребёнка.(в размере 20%)

Выплаты стимулирующего характера:

Рекомендуются следующие выплаты:

надбавка за интенсивность и высокие результаты работы;

надбавка за выслугу лет в медицинских организациях;(от 3 до 5 лет - 10%; свыше 5 лет - 15%.)

надбавка за квалификационную категорию;(2 категория- 8%, 1-15%,высшая-23%)

надбавка молодым специалистам;

персональный повышающий коэффициент к должностному окладу;(отдельным высокоэффективным работникам до 1,5)

премиальные выплаты по итогам работы, за выполнение особо важных и ответственных работ

единовременная денежная выплата за каждый впервые выявленный и подтвержденный случай злокачественного новообразования на ранних стадиях (1 и 2 стадиях).

Молодым специалистам, впервые поступившим на работу в учреждение после окончания профильного высшего или среднего профессионального образовательного учреждения, рекомендуется в течение 3 лет устанавливать надбавку в размере 5%.

Ученая степень, почетное звание Надбавка,%

1. Ученая степень доктора наук 15%
2. Ученая степень кандидата наук 8
3. Почетное звание « Народный врач» 15
4. Почетное звание «Заслуженный врач» 8
5. Заслуженный работник здравоохранения (заслуженный медицинский работник» 8.

Специалистам, работающим в сельской местности и рабочих поселках, устанавливается надбавка к должностному окладу в размере 25% в соответствии с законодательством Республики Башкортостан.

3.. Основные условия и критерии признания лица инвалидом. Группы инвалидности.

Классификации основных видов стойких расстройств функций организма человека и степени их выраженности

К основным видам стойких расстройств функций организма человека относятся:

- нарушения психических функций (сознания, ориентации, интеллекта, личностных особенностей, волевых и побудительных функций, внимания, памяти, психомоторных функций, эмоций, восприятия, мышления, познавательных функций высокого уровня, умственных функций речи, последовательных сложных движений);
- нарушения языковых и речевых функций (устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия); письменной (дисграфия, дислексия); вербальной и невербальной речи; нарушение голосообразования);

- нарушения сенсорных функций (зрения; слуха; обоняния; осязания; тактильной, болевой, температурной, вибрационной и других видов чувствительности; вестибулярной функции; боль);
- нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций (движения головы, туловища, конечностей, в том числе костей, суставов, мышц; статики, координации движений);
- нарушения функций сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, системы крови и иммунной системы, мочевыделительной функции, функции кожи и связанных с ней систем;
- нарушения, обусловленные физическим внешним уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству; аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов; нарушение размеров тела).

Выделяются 4 степени стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, классифицируемые с использованием количественной системы оценки степени выраженности указанных нарушений, устанавливаемой в процентах в диапазоне от 10 до 100, с шагом в 10 процентов:

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

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

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

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

III. Классификации основных категорий жизнедеятельности

человека и степени выраженности ограничений этих категорий

К основным категориям жизнедеятельности человека относятся:

- а) способность к самообслуживанию;

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

Выделяются 3 степени выраженности ограничений каждой из основных категорий жизнедеятельности человека:

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

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

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

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

Критерии установления групп инвалидности

Критерием для установления первой группы инвалидности является нарушение здоровья человека с IV степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека.

Критерием для установления второй группы инвалидности является нарушение здоровья человека с III степенью

Критерием для установления третьей группы инвалидности является нарушение здоровья человека со II степенью

Критерием для установления инвалидности лицу в возрасте до 18 лет является нарушение здоровья со II и более выраженной степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека

49 задача

Новый лекарственный препарат для лечения ангины испытывался на группе из 25 больных. Контролем служили 20 больных такой же формы ангины, но для лечения они применяли традиционный лекарственный препарат. Критерием эффективности действия препарата был взят срок выздоровления не более 3 суток после начала заболевания. Было установлено, что в течение 3 суток выздоровели 18 больных, получивших новый лекарственный препарат и 11 пациентов, получивших традиционный лекарственный препарат. Оцените эффективность нового лекарственного препарата.

Ответ:

$$P_1 = 18/25 * 100 = 72\%$$

$$P_2 = 11/20 * 100 = 55\%$$

$$m_1 = \sqrt{72 * 28 / 25} = \sqrt{80,64} = 8,9$$

$$m_2 = \sqrt{55 * 45 / 20} = \sqrt{123,75} = 11,1$$

$$t = (72 - 55) / \sqrt{8,9 * 8,9 + 11,1 * 11,1} = 1,2$$

20 задача

Среднегодовая занятость койки в 500-кочном стационаре городской объединенной больницы за отчетный год составила 317 дней. Рассчитать экономический ущерб из-за нерационального использования больничной койки и число больных, которых можно было бы дополнительно госпитализировать на эти койки. Средняя стоимость койко-дня – 1960,9 руб., средняя длительность пребывания больного на койке составило 12,3 дня, норматив средней годовой занятости койки -340 дней.

Задача 20

Дано:
 $K = 500$
 $СГЗК_n = 340 \text{ руб}$
 $СГЗК = 317 \text{ руб}$
 $СДПБ = 12,3 \text{ руб}$
 $Ст-та 1кг = 1960,9 \text{ руб}$

ЗУ - ?
 Б - ?

Решение:

$$СГЗК = \frac{\text{квитки-руб} / КД}{\text{квитки} (K)}$$

$$СДПБ = \frac{\text{квитки-руб} \cdot 1-Е-го}{\text{все выплаты} (\text{вклады} + \text{услуги})} = \frac{KД}{Б}$$

Ⓘ Значимый ущерб за счет невыполнения функций занятости

- 1) сколько не заработали 1 касса = $340 - 317 = 23 \text{ руб}$
- 2) в кассе на территории = $23 \cdot 500 = 11500 \text{ квитки-руб} (КД)$
- 3) сколько платят кассы от-м 60% от функционала-ев = $1960,9 \cdot 0,6 = 1176,54 \text{ руб}$
- 4) ЗУ = $11500 \cdot 1176,54 = 13530210 \text{ руб}$

Ⓜ Сколько выгоды отню больше заплатить / Б руб - ?

$$СДПБ = \frac{КД}{Б руб} \Rightarrow Б руб = \frac{КД}{СДПБ} = \frac{11500}{12,3} = 934 \text{ больше}$$

Билет 32

1. Особенности младенческой смертности по периодам первого года жизни (43)
2. Основные принципы организации медицинской помощи населению. (75)
3. Ценообразование и её составные части. Виды цен. Методы определения цены на медицинскую услугу. (115)

задача 8 (задача про плодовитость)

Вопрос 1 (43) .Особенности младенческой смертности по периодам первого года жизни.

Младенческая смертность – это смертность детей на первом году жизни (от момента рождения до достижения им возраста одного года). В республике Башкортостан в 2019-м году – 6,1 Промилле.

По периодам первого года жизни выделяют следующие показатели младенческой смертности:

1) ранняя неонатальная смертность (смерть детей на первой неделе жизни) - число детей, умерших в возрасте 0-6 дней (168 ч) × 1000/число родившихся живыми;

2) неонатальная смертность (смерть детей на первом месяце жизни) - число детей, умерших в возрасте до одного месяца (0-27 дней) × 1000/число родившихся живыми;

3) поздняя неонатальная смертность (смерть с 7-го по 27-й день жизни) - число детей, умерших на 2-й, 3-й, 4-й неделях жизни × 1000/ число родившихся живыми - число умерших в течение первой недели;

4) постнеонатальная смертность (смерть детей в возрасте старше одного месяца до исполнения им одного года жизни) - число детей, умерших в возрасте старше одного месяца × 1000/число родившихся - число умерших на первом месяце.

Причины младенч смертности в РБ:

- 1.Отдельные состояния перинатал периода 46%
- 2.Врожденные аномалии 22,6%
- 3.БОЛ(орг дых) 8,7%
- 4.Болезни крови и отдел нарушения,вовлекающ иммунный механизм 6,2%
- 5.Травмы,отравления внешние причины 1.8%
- 6.Инфекц и паразитарн заболевания 1,2%
- 7.прочие 6,2%.

Способы расчета младенч смертности:

1.допустимый-число детей умерших на 1-м году жизни за данный год/ число детей родившихся живыми за год *1000

2.метод Ратса- число детей умерших на 1-м году жизни за данный год/ 2/3 детей родивш живыми в отчетном году +1/3 детей родивш живыми в прошл году

3. ленинградский- число детей умерших на 1-м году жизни за данный год/ 80%детей родивш живыми в отчетном году+20% детей родившиеся живыми в прошлом году.

Критерии оценки младенческой смертности:

- до 20 промилле- весьма низкий уровень
- 20-34 промилле низкий уровень
- 35- 49 промилле – средний уровень
- 50- 70 промилле – высокий уровень
- и более 70 промилле – весьма высокий уровень.

Вопрос 2 (75.) Основные принципы организации медицинской помощи населению.

- 1.Доступность и бесплатность гарантированного объема медицинской помощи
- 2.Преимственность учреждений здравоохранения
- 3.Участковость
- 4.Профилактическая направленность(Диспансеризация).
5. Преимущество в оказании медицинской помощи работающим
- 6.Неразрывность лечебного дела и профилактики

1.Доступность медицинской помощи обеспечивается:

- Организацией Оказание медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения
- Наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации
- Возможность выбора медицинской организации и врача в соответствии с настоящим федеральным законом
- Применение порядка оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи
- Предоставлением медицинской организации ей гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
- Транспортной доступностью медицинских организаций
- Возможность беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работникам средств связи или транспортных средств для перевозки пациентов ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью.

2.Преемственность учреждений здравоохранения.

Преемственность достигается путём обмена информации между врачами медицинских организаций (программа про мёд), проведение совместных клинических конференции, консультаций внедрение электронного паспорта больного

Участковый принцип – это прикрепление к участковому врачу определённого контингента населения.

В медицинских организациях могут быть организованы участки: – фельдшерский, – терапевтический (в т.ч. цеховой) – врача общей практики (семейного врача) – комплексный – акушерские – приписной.

Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках

-На фельдшерском участке – 1300 человек взрослого населения возрасте 18 лет и старше

-На терапевтическом участке – 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (для терапевтического участка, расположенного в сельской местности, – 1300 человек взрослого населения)

-На участке врача общей практики – 1200 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше

-На участке семейного врача – 1500 человек взрослого и детского населения,

-На комплексном участке – 2000 и более человек взрослого и детского населения.

В малочисленных населённых пунктах с числом жителей менее 100 человек, в том числе временных, находящихся на значительном удалении от медицинских организаций или их структурных подразделения (более 6 км), организуют домовые хозяйства, которые оказывают первую помощь до прибытия медицинских работников. (Домовые хозяйства, оказывающие первую помощь, создаются из расчёта не менее 1 Хозяйства на каждый населённый пункт).

Организация оказания первой помощи с привлечением одного из домовых хозяйств включает: обеспечение домохозяйства средствами связи, обеспечение домохозяйства связи с территориальным центром медицины катастроф, обеспечение домохозяйства доступа к интернету, Формирование укладок для оказания первой помощи, информирование населения от домохозяйстве оказывающим первую помощь и обучения ответственных лиц на оказание первой помощи, обеспечение пометками о взаимодействии ответственных лиц домохозяйств с медицинскими организациями, Обеспечение пометками по оказанию первой помощи при наиболее часто встречающихся жизнеугрожающих состояниях.

Первичной медико санитарной помощь в малочисленных населённых пунктах оказывается в фельдшерских здравпунктах, Фельдшерско-акушерских пунктах, Центрах общей врачебной практики, врачебных амбулаториях.

В населённых пунктах с числом жителей менее 100 человек первичной медико санитарной помощи оказывается мобильными медицинскими бригадами, в том числе с использованием мобильных медицинских комплексов, не реже двух раз в год.

4.Профилактическая направленность (Диспансеризация)

Приказ Минздрава России от 13 марта 19-го года номер 124н Об утверждении порядка проведения профилактического Медицинского осмотра и диспансеризации определённую групп взрослого населения.

Профилактический медицинский осмотр проводится в целях раннего своевременного выявления состояния, заболеваний и факторов риска их развития, не медицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов.

Вопрос 3 (115.) Ценообразование и её составные части. Виды цен. Методы определения цены на медицинскую услугу.

Цена – это денежное выражение стоимости медицинских услуг.

Стоимость – это количество труда, вложенного в оказание медицинской услуги определённого качества.

Цена медицинской услуги складывается из себестоимости и прибыли.

Себестоимость показывает

- во что обходится учреждению медицинское обслуживание
- И отражает текущие расходы.

При расчёте затрат в медицинской организации необходимо учитывать полные затраты, включающая в себя и себе стоимость основных фондов, амортизация здания, медицинского оборудования и так далее.

При установлении цен следует учитывать **общие принципы ценообразования**, а именно:

1. Цена должна отражать общественно необходимые затраты на производство товаров и услуг, их потребительские свойства и качество.
2. Цены должны учитывать соотношений спроса и предложения на данный вид товаров и услуг.
3. Цена должна обеспечивать получение прибыли каждому нормально работающему предприятию.
4. Цены должны носить против затратный характер и стимулировать улучшения качества продукции и услуг.

Принципы ценообразование соответствует функциям денег.

Виды цен на медицинские услуги:

1. Бюджетные оценки
2. Тарифы на медицинские услуги в системе ОМС
3. Цены на платные медицинские услуги.

Бюджетный оценки – это обоснования финансирования медицинских учреждений на основе принятых нормативных актов.

Особенности: служат для расчёта цены в бюджетных учреждениях

Служит для расчётов между учреждениями на одной территории

Между подразделениями одного учреждения переведённого, например на внутренний коммерческий расчёт

Не распадаются на себестоимость и прибыль.

Тарифы на медицинские услуги

- На одно посещение в поликлинику
- на одном обращении в поликлинику (не менее двух посещение)
- тариф на неотложные медицинскую помощь
- тариф на вызов скорой медицинской помощи
- тариф на законченный случае лечение в стационаре.

Цены на платные услуги, оказываемые населению делятся:

-На платные услуги в ЛПУ

- цены, устанавливаемые для расчётов со СМО в системе ДМС
- Цены оказания медицинской помощи по договорам с предприятиями
- цены в частных медицинских организациях.

Свободной рыночной цены – это цены, формирующиеся на основе спроса и предложения и зависящее от конъюнктуры рынка медицинских услуг.

Особенности: структура такой цены зависит от экономической цели медицинского учреждения, характерно преимущественно для рынка стоматологических услуг пластических операций традиционной медицины и так далее,

используется как правило в негосударственных организация здравоохранения.

Себестоимость в амбулаторно-поликлинических учреждениях можно определить Сложив все показатели: основная заработная плата +Компенсационные выплаты+ стимулирующие и другие надбавки +начисления на заработную плату+ приобретение медикаментов и перевязочных средств+ приобретения оборудования инвентаря и его износ+ приобретение мягкого инвентаря +накладные расходы +затраты на текущий ремонт.

Задача 8

Исчислить показатели общей плодовитости и оценить динамику, если известно, что в г. Н. число женщин в возрасте 15-49 лет в 2017г. составило 8 300, в 2018г. – 4 100, родилось живыми в 2019г. - 650, в 2020г. - 280

Задача 8.

Индекс рождаемости = $\frac{\text{число родившихся живыми за год}}{\text{число женщин в возрасте 15-49 лет}} \cdot 1000$

КРП (2019) = $\frac{650}{8300} \cdot 1000 = 78,3\%$

КРП (2020) = $\frac{280}{4100} \cdot 1000 = 68,3\%$

Уск-ся прк-ль наглядности для динамики

~~1993~~ - 2019 - 78,3% 78,3% - 100%
 2020 - 68,3% => 68,3% - X => X = 87,2%

100% - 87,2% = 12,8% => рождаемость ↓ на 12,8%

Билет 33

- 1) Материнская смертность: методика исчисления, уровень, причины, пути снижения. (47)
- 2) Организация деятельности поликлиники: задачи, структура и показатели. (79)
- 3) Учетно-отчетная документация медицинских организаций. Их значение в изучении состоянии здоровья населения и деятельности медицинской организации. (104)
- 4) задача 32 (оборот койки)

Вопрос 1 (47) .Материнская смертность: методика исчисления, уровень, причины, пути снижения

Материнская смертность по ВОЗ - обусловленная беременностью, независимо от продолжительности и локализации, смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Это важнейший показатель качества и уровня организации работы родовспомогательных учреждений, эффективности внедрения научных достижений в практику здравоохранения. Данный показатель позволяет оценить все потери беременных (от аборт, внематочной беременности, акушерской и экстрагенитальной патологии в течение всего периода гестации), рожениц и родильниц (в течение 42 дней после прекращения беременности).

Все случаи МС подразделяют на две группы:

а) Смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами: смерть, наступившая вследствие акушерских осложнений беременности, родов, послеродового периода, а также в результате неправильной тактики лечения.

б) Смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами: смерть, наступившая в результате существовавшей ранее болезни или болезни, развившейся во время беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но клиническое течение которой было усилено физиологическими эффектами беременности.

Рассчитывается как отношение количества умерших женщин беременных, рожениц и родильниц до 42 дней после родов к количеству детей родившихся живыми за этот период времени, в расчете на 100000 детей (просантимилли):

В РБ в 2019 г-6,1 просантимилль.

Материнская смертность:

$$\frac{\text{Число умерших беременных (с начала беременности), рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности}}{\text{Число живорожденных детей}} \cdot 100.000$$

Структура материнской смертности:

$$\frac{\text{Число женщин, умерших от акушерских причин}}{\text{Суммарное число женщин, умерших от всех причин}} \cdot 100$$

Структура причин МС: большая часть (около 80%) - акушерские (наиболее часто: внематочная беременность, кровотечения, аборт в лечебных учреждениях), 20% - причины, косвенно связанные с беременностью и родами (экстрагенитальные заболевания).

+Направления профилактики МС: повышение качества оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам; дооснащение роддомов и женских консультаций всем необходимым оборудованием; профилактика родовых и послеродовых осложнений и др.

Вопрос 2(79) .Организация деятельности поликлиники: задачи, структура и показатели.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медикосанитарной помощи взрослому населению»(изменения в 2015г,2018г.)

Поликлиника является самостоятельной медицинской организации или структурным подразделением медицинской организации, оказывающие первичной медико санитарную помощь, и организуется для оказания:

- Первичной доврачебной медико санитарной помощи,
- Первичной врачебной медико санитарной помощи,
- Первичной специализированной медико санитарной помощи,
- Паллиативной медицинской помощи населению.

Состав руководство (если объединённая больница, то зам главного врача по поликлинике или зав. поликлиникой):

-Главный врач (самостоятельная поликлиника)

- зам главного врача по медицинской части
- зав кабинетом экспертиза временной нетрудоспособности
- главная медсестра – управление сестринской деятельности – по АХЧ
- зам главного врача по экономике.

Структурное подразделение в поликлинике:

- Регистратура
- отделения профилактики
кабинет доврачебной помощи,
смотровой кабинет,
отделение медицинской профилактики,
центр здоровья,
помещение (учебные классы аудитория) для проведения групповой профилактики (школа здоровье),
кабинет медицинской помощи при отказе от курения.
- Лечебно профилактические подразделения

Отделение общей врачебной (семейный) практики,
отделения (кабинеты) терапевтическое,
отделение (кабинет) первичной специализированный медико санитарной помощи
кабинеты врачей специалистов (травматолога ортопедический, хирургический, офтальмологический, неврологический и другие)
отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи,
стоматологическая отделения (кабинет),
процедурный кабинет,
реабилитационный отделение (физиотерапевтический кабинета, кабинет ЛФК, массаже, механотерапии, водолечения, солёные шахты и и так далее).

- Диагностические и вспомогательные подразделения.

Отделение (кабинет) функциональной диагностики,
флюорографические кабинет,
отделения (кабинет) лучевой диагностики,
клинической лаборатории,
биохимическая лаборатория,
микробиологическая лаборатория.

- Прочие кабинеты

Кабинет доверия,
кабинет кризисных состояний и медика психологической разгрузки,
дневной стационар,
информационно аналитическая отделение или кабинет медицинской статистики,
организационно методический кабинет,
административно хозяйственные подразделения.

Основными задачами поликлиники являются:

- Оказания первичной (до врачебной, врачебной, специализированной) медико санитарной помощи, в том числе в неотложной форме
- проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости,
- проведение Диспансеризации населения,
- диагностика лечение и Реабилитации больных с различными заболеваниями и состояниями,
- экспертиза временной нетрудоспособности и направление граждан на медико социальную экспертизу,
- диспансерное наблюдение за состоянием здоровье лиц, страдающих хроническими заболеваниями,
- организация дополнительной бесплатной медицинской помощи, в том числе необходимыми лекарственными средствами, отдельным категориям граждан, установление медицинских показаний и направлений в медицинской организации для получения специализированных видов медицинской помощи,
- организация и оказания паллиативной помощи больным,
- проведение всех видов медицинских осмотров (профилактические, предварительные, периодически)
- установление медицинских показаний для санитарно курортное лечение,
- проведение противо эпидемических мероприятий,
- осуществление медицинского обеспечения подготовки юношей к военной службе,
- Организация и проведение мероприятий по пропаганде здорового образа жизни,
- повышение квалификации врачей и работников со средним медицинским образованием,
- ведение Медицинской документации в установленном порядке и предоставление отчётности,
- осуществление взаимодействия с медицинскими организациями, Роспотребнадзором.

Показатели деятельности поликлиники

- Число посещений на одного жителя в год (с зубными врачами и стоматологами),
- нагрузка на врачебную должность (число посещений) за год, месяц, 1 час.
- Показатели укомплектованности кадрами, уровень квалификации врачей, финансовые, качество диагностики (% расхождения диагноза поликлинике за клиническим диагнозом стационара).
- Экспертная оценка качества медицинской помощи проводится специалистами ФОМС, врачебных ассоциации, органов лицензирования.
 - Качество Диспансеризация населения
 - летальность
 - показатель заболеваемости прикрепленного населения (структура, уровень, общая, первичной заболеваемости)
 - демографические показатели
 - профилактическая работа.

3 (104.) Учетно-отчетная документация медицинских организаций. Их значение в изучении состоянии здоровья населения и деятельности медицинской организации

Учетно-отчетные формы, используемые в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Приказ Минздрава России от 15.12.2014 N 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению"

форма N 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях";

форма N 025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях";

форма N 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения";

форма N 030-13/у "Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг";

форма N 032/у "Журнал записи родовспоможения на дому";

форма N 070/у "Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение";

форма N 072/у "Санаторно-курортная карта»;

форма N 086/у "Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)";

форма N 086-2/у "Журнал регистрации и выдачи медицинских справок (формы N 086/у и N 086-1/у)" и другие.

Сводной отчетный документ: форма № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации».

Задача 32

Терапевтическое отделение городской больницы, рассчитано на 60 коек. За год проведено больными 18600 койко-дней. Средняя длительность пребывания больного на терапевтической койке составила 15 дней. Рассчитать показатели использования коечного фонда отделения и сделать выводы.

Задача 32.

Дано:

$k_{\text{век}} = 60$
 $KD = 18600$
 $СДПБ = 22 \text{ дня}$

Решение:

$СТЗК = \frac{KD}{k} = \frac{18600}{60} = 310 \text{ дней.}$

$СДПБ = \frac{KD}{b} \Rightarrow b = \frac{KD}{СДПБ} = \frac{18600}{22} =$
 $= 845,5 \text{ руб./чел.}$

$OK = \frac{b}{k} = \frac{СТЗК}{СДПБ} = 14,1 \text{ руб./чел.}$

Билет 34.

- 1) Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Принципы построения, цели и области применения МКБ. (53)
- 2) Заболеваемость с временной утратой трудоспособности: основные показатели, методика расчёта, пути снижения. (70)
- 3) Центральная районная больница: структура, задачи в медицинском обеспечении сельского населения. (97)

Задача про неврологическое отделение

Вопрос 1. (53.) Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Принципы построения, цели и области применения МКБ.

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ– 10)-Эта система группировки болезни и патологических состояний, отражающие современный этап развития медицинской науки.

МКБ – 10 пересмотра является нормативным документом, обеспечивающих единство методических подходов и международной сопоставимости материалов по заболеваемости и смертности как в пределах страны, так и между странами.

Это система рубрик, в которые конкретные нозологические единицы включены в соответствии:

1. Эпидемические болезни.
2. Конституционные или общие болезни (новообразования)
3. Местные болезни сгруппированы по анатомической локализации (болезни органов дыхания)
4. Болезни, связанные с развитием (врожденные аномалии развития)
5. Травмы.

МКБ используется для преобразования словесной формулировки диагнозов болезни и других проблем, связанных со здоровьем, в буквенно-цифровые коды, которые обеспечивают удобство хранения, извлечения и анализа данных.

- Используются буквенно-цифровые коды от A00.0 до Z99.9 (Класс 1. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99))
- Буква U осталась свободной и используется для новых заболеваний и научных разработок.
- 21 Класс заболеваний.

Пример К 85 Острый панкреатит :

- К 85.0 острый Идиопатический панкреатит
- К 85.1 Острый Билиарный панкреатит
- К 85.2 острый панкреатит алкогольной этиологии
- К 85.3 острый панкреатит лекарственной этиологии
- К 85.8 другой острый панкреатит
- К 85.9 острый панкреатит неуточненный

Целью МКБ является создание условий для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о смертности и заболеваемости, полученных в разных странах и регионах и в разное время.

Вопрос 2. (70). Заболеваемость с временной утратой трудоспособности: основные показатели, методика расчёта, пути снижения.

Заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ)

- Частота всех случаях и Дней утраты трудоспособности вследствие заболевания, Травмы либо других медицинских проблем,
- Связанных со здоровьем, среди отдельных групп работающего населения.

Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности:

1. Число случаев ВН на 100 работающих по заболеваниям, по всем причинам (уход, санитарно курортное лечение, карантин)

Число случаев временной утраты трудоспособности / Средняя численность работающих *100%

2. Число дней ВН на 100 работающих по заболеваниям, по всем причинам;

Число дней временной утраты трудоспособности/Средняя численность работающих*100%

3. Средняя длительность одного случая
Число дней/Число случаев

4. Структура заболеваемости с временной утратой трудоспособности:

Число случаев (дней) временной утраты трудоспособности по поводу данного заболевания / Число случаев (дней) временной утраты трудоспособности по поводу всех заболеваний*100%.

Единица наблюдения – каждый законченный случай ВН в течение года у работающего в связи с заболеванием или травмой.

Основными учётными документами являются:

- Листок нетрудоспособности (ф .095у);
- Книга регистрация листков нетрудоспособности (ф .0 36у);

Отчётный документ:

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

Структура заболеваемости с ВУТ В 2019-м году.

1-Болезни органов дыхания 34,7%

ОРИ (77,2%)

2-Болезни костно- мышечной системы и соединительной ткани 14 ,8 %

3-Болезни системы кровообращения 10 %

Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением 49 ,7 %, ЦВБ 18 ,5 %
ИБС 17 ,2 %.

4-Травмы, отравление и некоторые другие последствия воздействия внешних причин

9,9 %

5-Болезни органов пищеварения 6,1 %.

Экономическое значение ЗВУТ определяется величиной ущерба, который складывается из стоимости произведенной продукции, пособия и стоимости лечения (амбулаторно-поликлинического, госпитализации).

Пути снижения ЗВУТ: улучшение условий труда на рабочих местах; регулярный анализ заболеваемости и производственного травматизма; диспансерное наблюдение за длительно и часто болеющими с осуществлением целенаправленных лечебно-оздоровительных мероприятий.

Вопрос 3 (97). Центральная районная больница: структура, задачи в медицинском обеспечении сельского населения.

Основным звеном в системе организации медицинской помощи сельским жителям является центральная районная больница (ЦРБ), в которой оказывается медицинская помощь по основным её видам жителям всего района. В ее структуре обязательно должны быть поликлиника и стационар.

Стационарная помощь сельскому населению в ЦРБ оказывается по 10-20 и более специальностям. Если ЦРБ окружающих районов не имеют возможности оказывать специализированную помощь по какому-либо профилю, то на базе ЦРБ организуются специализированные отделения по различным профилям, на которых возлагаются функции межрайонного специализированного отделения или центра (второй этап трёхуровневой системы оказания медицинской помощи), где оказывается специализированная медицинская помощь.

Организационная структура стационара:

- управление,
- профильные отделения стационара,
- административно-хозяйственная часть (АХЧ).

К управлению относятся главный врач, его заместители, главная медсестра, а также канцелярия, кабинет медицинской статистики, медицинский архив, бухгалтерия, библиотека, страховые отделы, работающие со страховыми медицинскими организациями и др.;

Стационар состоит из приемного отделения (централизованное или децентрализованное), профильных отделений, оперативного блока, лечебно-диагностической службы – лаборатории, кабинеты (ЭКГ, рентген и др.), аптеки и патологоанатомического отделения. К АХЧ относятся пищеблок, склады, прачечная, дезинфекционная камера, технический отдел, транспорт и др.

Основные задачи ЦРБ:

- оперативное и организационно-методическое руководство всеми лечебно-профилактическими учреждениями района;
- обеспечение населения района и районного центра квалифицированной медицинской помощью;
- планирование, финансирование и организация материально-технического снабжения

учреждений здравоохранения района;

- разработка и осуществление мероприятий по повышению качества медицинской помощи и улучшению здоровья населения.

На так называемом «приписном» участке, т.е. на участке расположенном вокруг ЦРБ, нет сельской участковой больницы (СУБ) или сельской врачебной амбулатории (СВА), так как в них нет необходимости, их функции выполняет сама ЦРБ.

В своей работе главный врач ЦРБ опирается на своих заместителей:

- по медицинскому обслуживанию населения (МОН) района, который заведует организационно-методическим кабинетом ЦРБ;

- по детству и родовспоможению - при числе населения 70 000 и более - вместо должности районного педиатра;

- по медицинской части.

Главный врач использует следующие организационные формы руководства:

1. Медицинский совет при главном враче ЦРБ;
2. Оргметодкабинет ЦРБ;
3. Деятельность главных районных специалистов;
4. Совет медсестер;
5. Общественный совет.

Функции организационно-методического кабинета:

- анализ основных показателей состояния здоровья и деятельности медицинских учреждений района (показатели общей и младенческой смертности, заболеваемости, травма-тизма, инвалидности, летальности, показатели деятельности амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов);

- организация выездов врачей-специалистов в сельские врачебные участки для консультаций и оказания практической помощи в профилактической и лечебно-диагностической работе;

- разработка мероприятий по повышению качества медицинской помощи;

- организация мероприятий по повышению квалификаций медицинского персонала.

Задача 27

В неврологическом отделении многопрофильной больницы стоимость активной части основных фондов составила 45 млн. руб., пассивной части - 15 млн. руб. Годовой фонд заработной платы составил 3,5 млн. рублей. Расходы на питание на 1 к/д предусмотрены в размере 215 руб., на медикаменты - 400 руб. Затраты на прочие расходы составили 195000 руб. В течение года выбыло из отделения 1546 больных. Определить фактическую стоимость содержания одного больного в день и среднюю стоимость лечения больного. Число проведенных койко-дней - 20100. Износ активной части составил 15%, пассивной – 1%.

27 задача

Дано:

Итого акт = 45 000 000 руб

Итого пассив = 15 000 000 руб

Зар. зар. плата = 3 500 000

Вход на питание = 225 руб.

Расх на коммунальн = 400 руб.

Прочие расходы = 195 000 руб.

Контингент = 1546 человек (чел)

КД = 20100

Уровень акт % = 15%

Уровень пассив % = 11%

Вопросы: сколько 1 б. в день?

Сред. стоим. лечения 1 б. - ?

Решение

1) $225 \cdot 20100 = 4521500$ (питание)

2) $400 \cdot 20100 = 8040000$ руб. (коммунальн)

3) $45000000 \cdot 0,15 = 6750000$ руб. (зарплат)

4) $15000000 \cdot 0,11 = 1650000$ руб. (прочие)

5) $СДПБ = \frac{КД}{Б} = \frac{20100}{1546} = 13$ койко-мест / б (на 1 врач сколько койко-мест)

6) Зар. зарплата = 3500000 руб

$E = 3500000 + (4521500 + 8040000 + 6750000 + 1650000 + 195000) = 22956500$ руб.

7) $\frac{E}{КД} = \frac{22956500}{20100} = 1142$ руб на 1 койко/д.

8) $1142 \frac{руб}{КД} \cdot 13 \frac{КД}{б} = 14846$ руб на 1 б. (в день)

Результат: Факт. ст. = 1142 руб

Сред. ст. на 1 б. = 14846 руб.

Билет 35

Вопрос 1. Травматизм как медико-социальная проблема и организация медицинской помощи при травмах. Травмоцентры, их задачи. (56)

Травма (греч. «рана, повреждение») – это повреждение целостности ткани или органов с расстройством их функции.

Травматизм – это количество травм, возникших за определенный период времени в определенной группе населения. Каждый случай травмы рассматривается как вновь возникший (относится к заболеваемости).

Классификация

В зависимости от условий возникновения:

1. **Транспортный травматизм** - объединяет повреждения, встречающиеся у людей, работающих или пользующихся транспортными средствами.

В зависимости от вида транспорта различают автомобильный травматизм, железнодорожный травматизм, травматизм на воздушном и водном транспорте. Около 40 % умерших в России от травм погибают в результате дорожно-транспортных происшествий.

2. **Производственный травматизм** - совокупность повреждений, встречающихся у людей в процессе исполнения ими профессиональных обязанностей.

В зависимости от вида производственной деятельности выделяют промышленный травматизм и сельскохозяйственный травматизм.

Основные причины производственного травматизма:

- 1). Технические причины - например: несовершенство технологических процессов, конструктивные недостатки оборудования; недостаточная механизация тяжелых работ, несовершенство предохранительных устройств и т.п.
 - 2). Организационные причины, которые зависят от уровня организации труда на предприятии, например: недостатки в содержании территории; нарушение правил эксплуатации оборудования, транспортных средств, инструмента; недостатки в организации рабочих мест; нарушение технологического регламента; и т.п.
 - 3). Санитарно-гигиенические причины, например: содержание в воздухе рабочих зон вредных веществ, превышающих ПДК; недостаточное или нерациональное освещение; повышенные уровни шума, вибрации; наличие различных излучений выше допустимых значений и т.п.
 - 4). Личностные (психофизиологические) причины, к которым относят физические и нервно-психические перегрузки работающего.
3. **Уличный травматизм** объединяет обширную группу повреждений, возникающих у людей на улице.
 4. **Бытовой травматизм** - очень разнообразные по своему происхождению повреждения, встречающиеся в бытовых условиях.

5. **Спортивный травматизм** наблюдается у людей, занимающихся спортом, во время тренировок или спортивных состязаний.
6. **Военный травматизм** - совокупность повреждений у лиц, находящихся на воинской службе.

По возрасту:

- взрослый
- детей

По полу:

- мужчин
- женщин

По характеру получения травмы:

- переломы
- растяжения
- ушибы
- вывихи
- раны
- ожоги
- повреждение мозга
- множественные и комбинированные повреждения.

Локализация:

- головы (в том числе травматизм ЛОР-органов, глаз)
- верхних конечностей
- нижних конечностей
- туловища
- внутренних органов

Последствия:

- без потери трудоспособности
- с временной потерей
- со стойкой потерей
- со смертельным исходом.

Медико-социальная значимость:

1. Травмы и отравления занимают **2 место в структуре заболеваемости (у детей – 4)**, наблюдается их рост. 30% всех больных в амбулаторных условиях и 50% хирургических больных в стационарах лечатся по поводу травм.
2. Травмы и отравления одна из основных причин (**3 место**) в структуре заболеваемости с временной потерей трудоспособности.
3. Травмы и отравления занимают **3–4 место в структуре общей смертности**, наблюдается их рост. Это основная причина смертности лиц трудоспособного возраста.
4. Занимают **3–4 место в структуре инвалидности**, наблюдается их рост.
5. 70% всех травм у мужчин и 56% у женщин приходится на **трудоспособный возраст**.
6. Травмы и отравления чаще регистрируются у мужчин, особенно в трудоспособном возрасте. В возрасте 55 лет и более чаще у женщин (эстрогенная защита снижается).
7. **Обуславливают значительные экономические затраты.**

Детский травматизм.

1 место – бытовой

2 место – школьный

3 место – уличный травматизм

До 3-х лет преобладает бытовой травматизм. Достаточно много ожогов.

Если спросят: Травмы, отравления и некоторые др. последствия воздействия внешних причин **в структуре общей заболеваемости в РБ** за 2019 г. – 562641 детей 0-14 лет, 10844,9 на 100 тыс. детского населения.

Организация мед.помощи при травмах

1) Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2012 г. N 901н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "травматология и ортопедия"" С изменениями и дополнениями от: 21 февраля 2020 г. <https://base.garant.ru/70293298/>

Медицинская помощь оказывается в виде:

первичной медико-санитарной помощи;

скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;

специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

2) Алгоритм организации оказания медицинской помощи при травмах и заболеваниях костно-мышечной системы населению в Республике Башкортостан

Одним из основных принципов правильной организации помощи при травмах считается приближение первой помощи к месту происшествия. Вторым принципом можно считать этапность оказания помощи при многих травмах. Выделяют 4 этапа:

- 1 - это первая помощь,
- 2 - врачебная добольничная помощь,
- 3 – стационарная помощь,
- 4 - восстановительное лечение.

Травмоцентры

Травмоцентр I уровня — это подразделение медицинской организации в структуре республиканской, краевой (областной) больницы, больнице скорой медицинской помощи или другой многопрофильной больницы, обеспечивающее организацию и оказание всего спектра медицинской помощи на госпитальном этапе пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоками, их осложнениями и последствиями.

В РБ: Головной травмоцентр № 21 г. Уфа, РКБ имени Г.Г.Куватова, КБ № 1 г.Стерлитамак, БСМП Уфа, РДКБ, ГКБ №17 Уфа.

Травмоцентр II - структурное подразделение менее крупного медицинского учреждения. Основными задачами Травмоцентра II уровня являются круглосуточное оказание экстренной и специализированной медицинской помощи, эвакуация из травмоцентров 3 уровня.

В РБ: ЦРБ в городах (Октябрьская ЦРБ, Белебеевская, Кумертау, Туймазинская, Дюртюлинская и тд).

Травмоцентр III уровня – менее крупные ЦРБ, находясь в сельской местности.

Основные задачи травмоцентра 3-го уровня: оказание неотложной реаниматологической и хирургической помощи пострадавшим и возможно более ранний перевод пострадавших на этап оказания специализированной помощи, в зависимости от характера повреждения, в травмоцентр 1-го или 2-го уровня. Лечение пострадавших непосредственно на 3-м уровне будет проводиться только при невозможности их транспортировки.

Вопрос 2. Порядок проведения медико-социальной экспертизы (МСЭ). Бюро МСЭ, его функции. Индивидуальная программа реабилитации или абилитации. (73)

Постановление Правительства РФ №95 от 20.02.2006 г. «О порядке и условиях признания лица инвалидом». http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58610/

Условия признания лица инвалидом:

- А) Нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма
- Б) ограничение жизнедеятельности (полная или частич. Утрата). 7 категорий жизнед-ти:
- передвижение
 - самообслуживание
 - общение
 - обучение
 - трудоспособность
 - контроль за поведением
 - ориентация.
- В) необходимость в мерах соц.защиты, включая реабилитацию.

Гражданину, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а гражданину до 18 лет – категория «ребенок-инвалид».

Инвалидность I группы устанавливается на 2 года, II и III – на 1 год.

Категория «ребенок-инвалид» сроком на 5 лет устанавливается при повторном освидетельствовании в случае достижения 1-й полной ремиссии злокач.новообр-я, в т.ч. при любой форме остр или хронич лейкоза.

При установлении гражданину группы инвалидности одновременно определяется степень ограничения его способности к труд.деят-ти (III, II или I степень огранич-я) либо гр. инвалидности устанавливается без огранич-я спос-ти к труд.деят-ти.

Степень огранич-я способности к труд.деят-ти устанавливается на такой же срок, что и группа инвалидности.

Без указания срока переосвидетельствования инвалидность устанавливается в случае выявления в ходе осуществления реабилитацион.меропр-й невозможности устранения или уменьшения степени ограничения жизнедеятельности гражданина, вызванного стойкими необратимыми морфологич. Изменениями, дефектами и наруш-ми функций органов и систем организма.

Приказ Мин.труда и СЗ РФ от 27 августа 2019 года N 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (с изменениями на 19 января 2021 года)

<https://docs.cntd.ru/document/561183607?marker=6500IL>

К основным видам стойких расстройств функций организма человека относятся:

- Нарушения психич функций
- Наруш-я языковых и речевых функций
- Наруш-я сенсорных ф-й
- Наруш-я нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамич.) ф-й
- нарушения ф-й ССС, ДС, пищеварит., эндокр. систем и метаболизма, системы крови и иммун.системы, мочевыделит ф-ии, ф-ии кожи и связ-х с ней систем
- наруш-я, обусловл. физическим внешним уродством.

Выдел-ся **4 степени выраженности стойких нарушений ф-й орг-ма человека:**

- I – незначит. – 10-30%
- II – умерен. – 40-60%
- III – выраж. – 70-80%
- IV – значительно выраж. – 90-100%

Выделяют **3 степени выраженности ограничений каждой из основных категорий жизнедеят-ти человека.**

Приказ Минтруда и соц.защиты РФ от 11 октября 2012 г. №310н «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы». (с изменениями на 28 июня 2018 года)

<https://docs.cntd.ru/document/902376110>

1. К федеральным гос.учрежд-ям МСЭ отн-ся Федеральное бюро, главное бюро МСЭ, имеющие филиалы – бюро в городах и районах.
2. Колич-во бюро – 1 на 70-90 тыс.чел. при условии проведения МСЭ 1,8-2 тысячам чел. В год.
3. В зависимости от колич-ва бюро, входящих в состав главного бюро, глав.бюро подраздел-ся на категории:
 - 1) Бюро общего профиля (в составе работают терапевт, хирург, невролог, реабилитолог)
 - 2) Специализированное бюро (туберкулезное, психиатрич., для лиц до 18 лет)
 - 3) Смешанное бюро

Функции бюро:

- 1) Проводит МСЭ граждан на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством ф-й организма.
- 2) Разрабатывает индив.программы реабилитации инвалидов.
- 3) Устанавливает факт наличия инвалидности, группу, причины, срок и время наступления инвалидности.
- 4) Определяет степень утраты проф.трудоспособности (в %).
- 5) Определяет стойкую утрату трудоспособности.

- 6) Определяет нуждаемость пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и проф.заболеваний в медицинской, социальной и профессиональной реабилитации и разрабатывает программы реабилитации.
- 7) Участвует в разработке программ реабилитации инвалидов, профилактики инвалидности и социальной защиты инвалидов.

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации - [Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ \(ред. от 08.12.2020\) "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" \(с изм. и доп., вступ. в силу с 19.12.2020\)](#)

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида - комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Вопрос 3. Особенности и основные формы организации медицинской помощи работающим на предприятиях промышленности, строительства и транспорта. Задачи цехового врача. (101)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИКАЗ от 23 июня 1994 г. N 130 "Об организации медицинской помощи работающим на предприятиях промышленности, строительства, транспорта, связи в условиях обязательного медицинского страхования населения" – утратил силу.

Формы организации медицинской помощи работающим на промышленных предприятиях, в строительстве и на транспорте

Работающие могут получить медицинскую помощь:

- В специальных медучреждениях, организуемых непосредственно на предприятиях: МСЧ, заводские (цеховые) поликлиники, врачебные и фельдшерские здравпункты);
- В «цеховых терапевтических участках» поликлиник общей сети;
- В общей лечебной территориальной сети по месту жительства (поликлиники, стационары, диспансеры и т.д.);
- При выезде в командировки, отпуск и т.д. - в медучреждениях по месту нахождения.

Медико-санитарное обслуживание рабочих с момента зарождения службы промышленного здравоохранения строится по производственному принципу. Организация медицинской помощи является мощным фактором подъема производительности труда, снижение потерь рабочего времени в связи с нетрудоспособностью.

МСЧ (медсанчасти) и цеховые поликлиники предназначены для крупных предприятий ведущих отраслей промышленности, имеющих особое народнохозяйственное значение.

Цеховые терапевтические участки в поликлиниках общей сети обслуживают предприятия средней и малой мощности. Организация непосредственно на промпредприятии того или иного медучреждения зависит от численности работающих, отрасли производства и финансово-экономических возможностей предприятия.

В состав МСЧ входят 6 основных структурных подразделений: поликлиника, стационар, здравпункты (врачебные и фельдшерские), диетстоловая, профилакторий, детские ясли. Кроме того, в состав МСЧ могут входить другие подразделения, например физкультурно-оздоровительные комплексы, санатории, детские сады, физиотерапевтическая и бальнеологическая лечебницы и др.

МСЧ бывают двух типов: закрытого (обслуживающие только рабочих своего предприятия) и открытого (обслуживающие, кроме своих работающих, их семьи, а также близко проживающее население).

Закрытые МСЧ создают наиболее благоприятные условия для максимального усиления профилактической работы, изучении врачами условий труда и специфики производства, совместной работы с администрацией и общественными организациями.

В качестве одной из организационных форм, сочетающей в себе преимущества закрытой МСЧ и лишенной ее недостатков, **рекомендуются заводские (цеховые) поликлиники.** Входя в состав крупных многопрофильных больниц, они дают возможность цеховым врачам широко пользоваться консультативной помощью, в том числе узких специалистов, повышать свою квалификацию на базе этих учреждений.

С переходом на новые формы хозяйствования все более широкое распространение получает **организация поликлиник, которые строятся и содержатся на средства предприятия.** Промпредприятия за свой счет возводят и стационарные медучреждения, способствуя госпитализации своих работников в плановом порядке, с профилактической целью.

При отсутствии своих медучреждений в настоящее время **промпредприятия заключают договоры с территориальными поликлиниками для организации цеховых терапевтических участков,** обслуживающих работающих одного или нескольких родственных по профилю предприятий, непосредственно в поликлинике. **Небольшие предприятия, не имеющие экономических возможностей иметь своего цехового врача, заключают договоры на проведение профилактических осмотров в ближайшей территориальной поликлинике.**

Основными задачами медучреждений на предприятиях являются: максимальное приближение к месту работы квалифицированной и специализированной медпомощи, разработка и проведение мероприятий, направленных на оздоровление условий труда и быта, предупреждение и снижение общей и профессиональной заболеваемости, травматизма, заболеваемости с временной утратой трудоспособности и инвалидности.

Главной фигурой в обслуживании работающих является **цеховой терапевт.**

Цеховой врач является специалистом - терапевтом, знающим особенности производства, условия труда и профессиональную патологию рабочих и служащих обслуживаемого цехового участка.

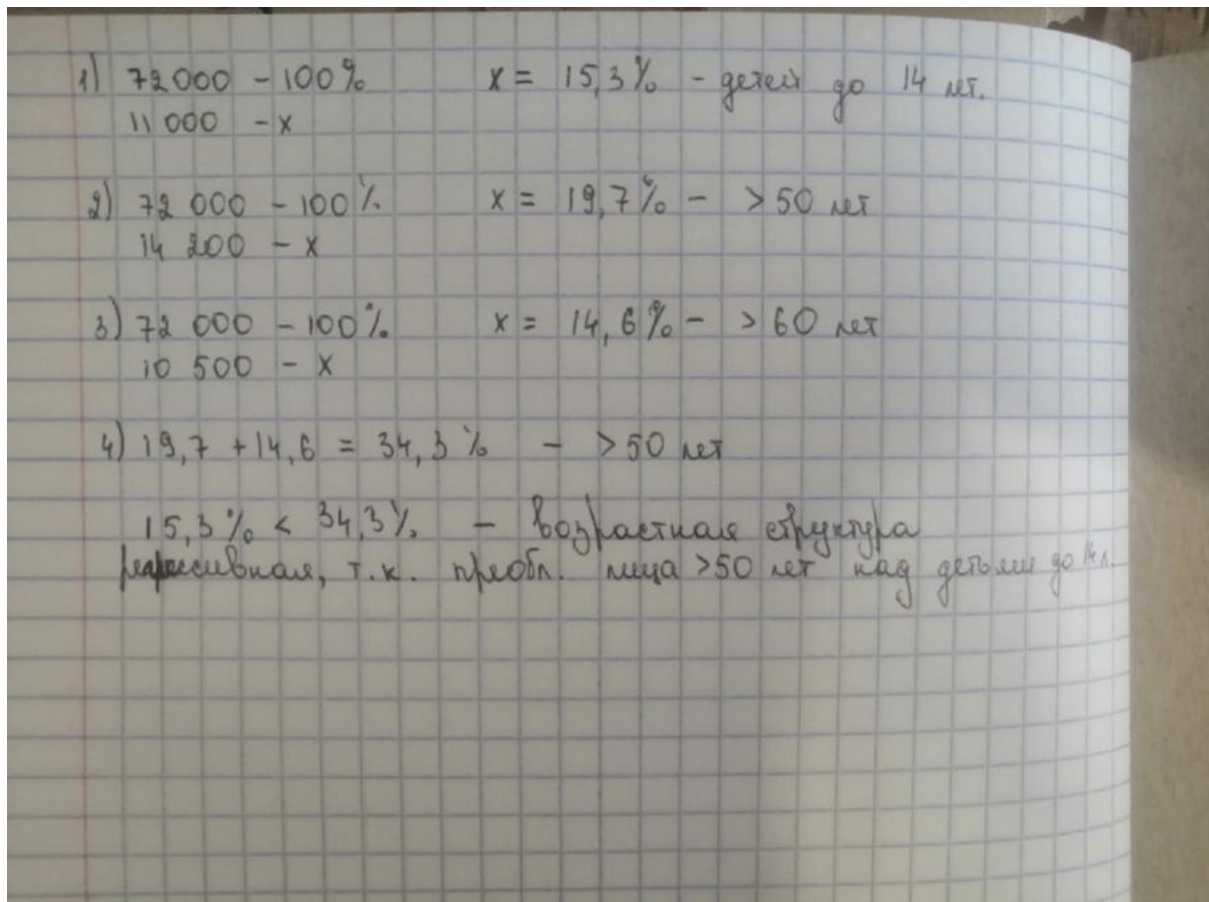
Основной задачей цехового врача-терапевта является борьба за снижение заболеваемости и создание здоровых, безопасных условий труда.

В обязанности цеховых врачей входит:

- оказание рабочим и служащим закрепленного цеха, участка квалифицированной лечебной помощи; в необходимых случаях с привлечением других специалистов или госпитализацией в стационар;
- отбор больных, нуждающихся в санаторно-курортном лечении, направлении в профилактории, назначении и обосновании диетического питания;
- оказание первой медицинской помощи при внезапных заболеваниях, травмах, профессиональных отравлениях на производстве;
- диспансерное наблюдение за состоянием здоровья работающих, организация и проведение профилактических медицинских осмотров;
- организация и проведение профилактических прививок работающих;
- организация и участие в расследовании несчастных случаев, профессиональных отравлений (заболеваний) на производстве;
- изучение и анализ заболеваемости рабочих;
- участие в проведении профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости с ВУТ (временной утратой трудоспособности), профессиональных болезней и травматизма;
- улучшение санитарно-гигиенических условий труда;
- санитарно-просветительная работа.

Вопрос 4. Задача №1

Определить тип возрастной структуры и демографическую зрелость населения города, где проживает 72 000 человек, из них детей в возрасте до 14 лет включительно 11 000, лиц старше 50 лет - 14 200, старше 60 лет – 10500 человек.



БИЛЕТ 36

ВОПРОС 1. ТУБЕРКУЛЕЗ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. (57)

Туберкулез относится к социально обусловленным инфекциям, к социально значимым заболеваниям.

На всякий случай: социально значимые заболевания – это болезни, возникновение и (или) распространение которых в значительной степени зависит от социально-экономических условий, приносящие ущерб обществу и требующие социальной защиты человека.

Структура контингента больных туберкулезом по полу:

Муж – 69,5%

Жен – 30,5%

Среди больных внелегочным туберкулезом преобладают женщины (около 60%), туберкулезом органов дыхания – мужчины (около 70%).

Удельный вес выявленных больных при профилактич. осмотрах – 64,8%, по обращаемости – 35,2%.

Ежегодно в России выявляется ок. 100 тыс.чел., впервые заболевших заразной формой туберкулеза, еще столько же страдают хроническими формами туберкулеза. Один больной в течение года может заразить 5-10, а иногда до 100 контактирующих с ним людей.

ВОЗ относит Россию к 22 странам мира, несущим наибольшее бремя туберкулеза.

Если спросят: В РБ наибольшая заболеваемость в Иглинском, Федоровском, Калтасинском районах, наименьшая – в Ермакеевском, Зианчуринском.

Проблема – случаи туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью.

Факторы риска туберкулеза:

- Социальные факторы – нищета, неудовл. условия жизни и труда.
- Инфекцион. и неинфекцион. заболевания, а также другие состояния, повышающие индивидуальный риск заражения туберкулезом – ВИЧ/СПИД, диабет, силикоз, курение, недостаточное питание, злоупотребление алкоголем и других психоактив. веществ.

Медицинская помощь больным туберкулезом в РБ:

- Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер
- Туберкулезные отделения и кабинеты при ЦРБ
- Санатории для взрослых (Шафраново, Глуховская, им. Аксакова).

Задачи противотуберкулезного диспансера:

- анализ эпид. обстановки
- планирование вакцинации, ревакцинации БЦЖ (вакцинация – на 3-7 день жизни, ревакцинация – в 6-7 лет)
- госпитализация бактериовыделителей и изоляция новорожденных от БК+
- противоэпидемические мероприятия в очаге.

24 марта – всемирный день борьбы с туберкулезом.

ВОПРОС 2. ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ: ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ РАБОТЫ, ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ И ПОКАЗАТЕЛИ. (90)

Женская консультация – это мед. организация для оказания первичной медико-санитарной акушерско-гинекологической помощи женщинам по территориальному принципу.

Если спросят, каким законом регламентируется работа ЖК: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" - Приложение N 1.

Правила организации деятельности женской консультации

<https://base.garant.ru/74840123/10ed0f917186039eb157d3ba4f962ee5/>

Виды ЖК:

- 1) Самостоятельная мед. орг-ция
- 2) В составе крупных поликлиник, МСЧ, род. домов.

Рекомендуемая структура ЖК:

1. Регистратура
2. Кабинеты врачей-акушер-гинекологов
3. Кабинеты специализир. приемов
4. Кабинеты специалистов

5. Другие подразделения

Кабинеты специализированных приемов:

1. Невынашивание беременности
2. Гинекологическая эндокринология
3. Патология шейки матки
4. Сохранение и восстановление функции репродукции
5. Гинекология детского и подросткового возраста
6. Функциональная диагностика
7. УЗ диагностика

Кабинеты специалистов:

1. Врача-терапевта
2. Врача-стоматолога
3. Офтальмолога
4. Психотерапевта (мед.психолога)
5. Юриста
6. Соц.работника
7. ЛФК
8. Физиотерапевтич. Методов лечения
9. Психопрофилактической подготовки беременных к родам
10. По раннему выявлению заболеваний молочной железы.

Другие подразделения:

1. Малая операционная
2. Клинико-диагностическая лабор-я
3. Дневной стационар
4. Стационар на дому
5. Процедурный каб.
6. Физиотерапевтический каб.
7. Рентгенологический (маммографический) каб.
8. Стерилизационная.

Основные задачи ЖК:

1. Оказание квалифицированной первичной медико-санитарной акушерско-гинекологической помощи женщинам.
2. Оказание услуг по охране репродуктивного здоровья и профилактике абортот.
3. Профилактика, диагностика и лечение гинекологических заболеваний.

Программа повышения эффективности работы ЖК на основе внедрения организационных «бережливых технологий»:

1. Организация регистратуры по типу Ресепшен и колл-центра, установка инфомата.
2. Создание доврачебного кабинета (1 каб на 5 врачебных участков).
3. Создание кабинета/поста выписки мед.документов и ведения перинатального мониторинга.

4. Создание кабинета приема дежурного врача.
5. Выведение СМП за рамки приема врача и передача части функций врача среднему медперсоналу.
6. Патронаж по новой методике работы.
7. Порядок взаимодействия врачей-акуш-гинекологов, осуществляющих прием пациентов, и СМП, выведенного за рамки приема врача.
8. Алгоритмы общения с пациентами (речевые модули) для каждой структуры.
9. Функционирование выездных бригад специалистов районных больниц.
10. Усиление обратной связи.
11. Повышение уровня обслуживания.

Основными критериями качества работы женской консультации, оцениваемой органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, **являются:**

- показатель ранней постановки на учет по беременности;
- частота невынашивания и недонашивания беременности;
- показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности;
- отсутствие антенатальной гибели плода;
- отсутствие врожденных аномалий развития, не выявленных во время беременности;
- разрыв матки до госпитализации;
- несвоевременная госпитализация при гипертензии средней степени тяжести, обусловленной беременностью;
- несвоевременная госпитализация при переносимой беременности.

Основным документом, позволяющим произвести расчет и оценку показателей деятельности службы охраны матери и ребенка, является отчетная форма государственного федерального статистического наблюдения №32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам».

Методика расчета показателей:

1. **Своевременность взятия беременных под наблюдение**
Раннее поступление (до 12 недель беременности)

$$\frac{\text{Число беременных, поступивших под наблюдение женской консультации до 12 недель беременности}}{\text{Число беременных, поступивших под наблюдение женской консультации в отчетном году}} \times 100$$

2. Показатели, характеризующие систематичность наблюдения за беременной:

- а) Доля женщин, ни разу не посетивших женскую консультацию

$$\frac{\text{Число беременных, ни разу не посетивших женскую консультацию}}{\text{Число беременных, состоявших под наблюдением женской консультации в отчетном году}} \times 100$$

- б) Непрерывность наблюдения за беременной в женской консультации:

$$\frac{\text{Число беременных, регулярно наблюдавшихся в женской консультации}}{\text{Число беременных, состоявших под наблюдением женской консультации в отчетном году}} \times 100$$

3. Полнота обследования беременных в женской консультации:

$$\frac{\text{Число беременных, осмотренных терапевтом}}{\text{Число беременных, состоявших под наблюдением женской консультации}} \times 100$$

4. Осложнения беременности:

а) токсикозами

$$\frac{\text{Число беременных, страдавших токсикозами}}{\text{Всего закончили беременности в отчетном году}} \times 100$$

б) экстрагенитальными заболеваниями:

$$\frac{\text{Число беременных, страдавших экстрагенитальными заболеваниями}}{\text{Всего закончили беременности в отчетном году}} \times 100$$

5. Структура исходов беременности:

а) Доля беременностей, закончившихся родами в срок

$$\frac{\text{Число женщин, беременность которых закончилась срочными родами}}{\text{Общее число беременных, состоявших под наблюдением женской консультации}} \times 100$$

б) Доля беременностей, закончившихся преждевременными родами

$$\frac{\text{Число женщин, беременность которых закончилась преждевременными родами}}{\text{Общее число беременных, состоявших под наблюдением женской консультации}} \times 100$$

в) Доля беременностей, закончившихся абортами

$$\frac{\text{Число женщин, беременность которых закончилась абортами}}{\text{Общее число беременных, состоявших под наблюдением женской консультации}} \times 100$$

6. Частота абортов:

а) Число абортов на 1000 женщин фертильного возраста

$$\frac{\text{Абсолютное число абортов}}{\text{Число женщин в возрасте 15 – 49 лет}} \times 1000$$

б) Соотношение родов и абортов

$$\frac{\text{Число всех родов за отчетный год}}{\text{Число абортов за отчетный год}}$$

7. Частота осложнений после абортов

$$\frac{\text{Число осложнений после аборта}}{\text{Число всех абортов}} \times 100$$

8. Распространенность гинекологических заболеваний

$$\frac{\text{Число женщин, больных определенной гинекологической нозологией}}{\text{Число женщин, проживающих на территории обслуживания}} \times 1000$$

ВОПРОС 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ. (118)

ФЗ от 29.11.2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ».

На всякий случай: ОМС – это система государственных, правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение бесплатной МП при наступлении страхового случая.

Застрахованное лицо – физ.лицо, на которое распространяется ОМС.

Застрахованные лица:

1. Граждане РФ.
2. Постоянно или временно проживающие в РФ иностранные граждане.
3. Лица без гражданства.
4. Лица, имеющие право на МП в соответствии с ФЗ «О беженцах».

Застрахованные лица представлены двумя группами населения:

1. Работающие
2. Неработающие.

Права и обязанности застрахованных лиц

Права:

1. Бесплатное оказание им МП мед. орг-циями при наступлении страхового случая на всей территории РФ.
2. Выбор страховой МО путем подачи заявления в порядке, установленном правилами ОМС.
3. Замена СМО, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября, либо чаще в случае изменения места жит-ва.
4. Выбор МО из МО-ций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС.
5. Выбор врача путем подачи заявления на имя руков-ля МО.
6. Получение достоверной инф-ции о видах, качестве и об условиях предоставления МП.
7. Защита персональнх данных, необх-х для ведения персонифицированного учета в сфере ОМС.
8. Возмещение ущерба СМО-цией, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации МП.
9. Возмещение МО-цией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обяз-тей по орг-ции и оказанию МП.
10. Защита прав и законных интересов в сфере ОМС.

Обязанности:

1. Предъявить полис ОМС при обращении за МП, за исключением случаев оказания экстренной МП.
2. Подать в СМО заявление о выборе СМО в соответствии с правилами ОМС.
3. Уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли.
4. Осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и

отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.

Права и обязанности медицинских организаций

Права:

1. Получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и договоров на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее также - тарифы на оплату медицинской помощи) по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и в иных случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом;
2. обжаловать заключения страховой медицинской организации, Федерального фонда и территориального фонда по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии со статьей 42 настоящего Федерального закона.

Обязанности:

1. Бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования;
2. Вести в соответствии с настоящим Федеральным законом персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
3. предоставлять страховым медицинским организациям, Федеральному фонду и территориальному фонду сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
4. Предоставлять отчетность о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;
5. Использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами обязательного медицинского страхования;
6. Размещать на своем официальном сайте в сети "Интернет" информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи;
7. Предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям, Федеральному фонду и территориальному фонду сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, а также показателях доступности и качества медицинской помощи, перечень которых устанавливается в территориальной программе обязательного медицинского страхования;
8. Выполнять иные обязанности в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Вопрос 4. Задача №3

В городе Н. в 2020г. численность населения составила 120 000 человек. За изучаемый год в городе умерло 1300 человек, родилось 1400 детей, из них 12 умерли на первом году жизни. В городе развернуто 970 больничных коек, работали 444 врача. Рассчитайте и оцените демографические показатели и показатели обеспеченности.

Обозначения символом словами на всякий случай:

% - промилле

‰ - продецимилле

Решение:

- 1) Показатель рождаемости = число родившихся живыми за год/среднегод. численность населения * 1000 = $1400/120\ 000 * 1000 = 11,7\ ‰$
- 2) Показ-ль смертности = число умерших за год/среднегод. числен-ть населения * 1000 = $1300/120\ 000 * 1000 = 10,8\ ‰$
- 3) Естеств прирост = Показатель рождаемости - показ-ль смертности = $11,7 - 10,8 = 0,9\ ‰$
- 4) Младенческая смертность = число детей, умерших на 1 году жизни за данный год/число детей, родившихся живыми за год * 1000 = $12/1400 * 1000 = 8,6\ ‰$
- 5) Обеспеченность населения больничными койками = число больничных коек/среднегодовая числен-ть населения * 10 000 = $970/120\ 000 * 10\ 000 = 80,8\ ‰$
- 6) Обеспеченность нас-я врачами = кол-во врачей/численность населения * 10 000 = $444/120\ 000 * 10\ 000 = 37,0\ ‰$

Если что фото с решением ниже



Задача 3.

1) Показатель рождаемости

$$= \frac{\text{число родившихся живыми за год}}{\text{среднегод. числен-ть населения}} \cdot 1000$$

$$= \frac{1400}{120000} \cdot 1000 = 11,7\text{‰}$$

2) Показ-ль смертности = $\frac{\text{число умерших за год}}{\text{среднегод. числен-ть насел-я}} \cdot 1000 = \frac{1300}{120000} \cdot 1000 = 10,8\text{‰}$

3) Естествен. прирост = $11,7 - 10,8 = 0,9\text{‰}$

4) младенческая смертность = $\frac{\text{число детей, умерших на 1 год, жизни за год}}{\text{число детей, родившихся живыми за год}} \cdot 1000$

$$= \frac{12}{1400} \cdot 1000 = 8,6\text{‰}$$

5) Обеспеченность насел-я больниц койками = $\frac{\text{число больн. коек}}{\text{среднегод. числен-ть насел-я}} \cdot 10000 =$

$$= \frac{970}{120000} \cdot 10000 = 80,8\text{‰}$$

6) Обеспеч-ть насел-я врачами = $\frac{444}{120000} \cdot 10000 = 37,0\text{‰}$

$$\begin{array}{l} 120000 - 444 \text{ врача} \\ 10000 - x \end{array}$$

Билет 37

1. Злокачественные новообразования как медико-социальная проблема.

Показатели онкологической службы.

Во многих странах мира среди причин смерти злокачественные новообразования занимает второе место (после заболевания системы кровообращения).

Рост заболеваемости обусловлен: -Улучшением диагностики – «Онкоскрининг»

- Увеличением числа пожилого населения
- Совершенствованием статического учёта – ведётся федеральный роковый регистр
- В 2014-м году внедрена система онкоконтроля в поликлиниках
- Истинным ростом заболеваемости

Факторы риска онкологических заболеваний: -Нерациональное питание 35% -Курение 30 % -Вирусные заражение 5 % -Вредное производство 4 % -злоупотребление алкоголем 3 % -чрезмерная солнечное облучения 3 %.

Показатели работы:

1. Запущенность: -Выявление больных в четвёртой стадии заболевания -В третьей стадии при наружных локализациях
2. Пятилетние выживаемость (если рак начинают лечить) -На первой стадии примерно 90 % - На второй стадии 70 % -На третьей стадии 50 % -На четвёртой стадии 10 %
3. Смертность от многочисленных заболеваний (метастазы ,инфекции из-за пониж.иммунитета)

Основные причины роста смертности от новообразований:

- Нарушение схем маршрутизации пациентов и сроков обследования
- Низкая доля больных, выявленных активно при медицинских осмотрах
- Выявление злокачественных новообразований на поздних стадиях

Структура онкослужбы: 1.Первичный онкокабинет 70 2.Межмуниципальный медицинский онкоцентр-15 (Амбулаторно) 3.Межрайонная около отделения – 6 (стационар) 4.РКОД, клиника БГМУ, РДКБ

Сроки проведения диагностических не должны превышать 14 календарных дней с одна назначения исследований, срок установления диспансерного наблюдения врача онколога три рабочих дня

Задачи онкологической службы: 1)Повышение экологической настороженности врачей общей сети 2)Лечение предопухолевых заболеваний 3)Повышение качества профилактических осмотров 4)Повышение онкологической осведомленности населения

Всемирный день борьбы против рака отмечается ежегодно 4 февраля !

Показатели онкологической службы:

1. *Запущенность*
2. - выявление больных в IV стадии заболевания
3. в III степени при наружной локализации.

$$= \frac{\text{Число больных IV стадией злокачественных новообразований всех локализаций и III стадией визуальных локализаций}}{\text{Общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования}} \cdot 100 =$$

2. *Пятилетняя выживаемость (если рак начинают лечить)*

- на I стадии – ок.90%
- на II ст – ок 70%
- на III ст – ок 50%
- на IV ст – ок 10%

3. *Смертность от ЗН*

$$= \frac{\text{Число умерших от злокачественных новообразований за отчетный период}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 100\,000 =$$

Основные причины роста смертности от ЗН:

- нарушение схем маршрутизации пациентов и сроков обследования
- низкая доля больных, выявленных активно при медосмотрах
- выявление ЗН на поздних стадиях.

4. *Одногодичная летальность*

$$= \frac{\text{Число умерших на первом году с момента установления диагноза злокачественного новообразования}}{\text{Общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования в предыдущем году}} \cdot 100 =$$

5. *Контингент больных злокачественными новообразованиями =*

$$= \frac{\text{Число больных злокачественными новообразованиями, находящихся под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 100\,000 =$$

6. *Первичная заболеваемость злокачественными новообразованиями*

$$= \frac{\text{Число случаев злокачественных новообразований, выявленных впервые в жизни в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 100\,000 =$$

7. *Смертность от злокачественных новообразований*

$$= \frac{\text{Число умерших от злокачественных новообразований за отчетный период}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 100\,000 =$$

Вопрос 2. Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам.

Приказ Минздрава России от 01.11.2012 N 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

Этапы оказания медицинской помощи женщинам в период беременности:

- 1 этап: Оказание медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях
- 2 этап: Оказание медицинской помощи в стационарных условиях

Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности:

Осмотры при физиологическом течение беременности: -Врачом-акушером-гинекологом (не менее 7раз)

-врачом терапевтом (не менее 2 раз)

-Врачом стоматологом (не менее 2 раз)

-Врачом оториноларингологом, врачом офтальмологом ,врачом эндокринологом- не менее 1 раза

-Другими специалистами: по показаниям, с учётом соответствующих сопутствующих патологий

При постановке беременной женщины на учет в соответствии с заключениями профильных врачей-специалистов врачом-акушером-гинекологом до 11-12 недель беременности делается заключение о возможности вынашивания беременности. Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода делается врачом-акушером-гинекологом до 20 недель беременности.

При выявлении медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, при сроке до 22 недель беременности, женщины направляются в гинекологические отделения медицинских организаций, имеющих возможность оказания специализированной медицинской помощи женщине, в том числе для проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий (при наличии врачей-специалистов соответствующего профиля, по которому определены показания для искусственного прерывания беременности).

Диспансерное наблюдение беременных

Основная задача диспан наблюдения в период беременности –предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных.

1. До 11 – 12 недель: заключение правильных врачей специалистов и врач акушер гинеколога о возможности вынаши

2. До 22 недель: окончательное заключение возможности вынашивание беременности с учётом состояние беременной и плода (делается врачом акушером-гинекологом)

Скрининг узи 1)11 – 14 2)18 – 21 3)30 – 34 недели беременности.

При сроке 11 – 14 недель беременные направляется в МО , осуществляющие экспортный уровень пренатальной диагностики для проведения комплексной пренатальной диагностики нарушений развития ребёнка, включающий узи врачами специалистами, прошедшими специальную подготовку и имеющими допуск на проведение уз – скринингового обследование в первый триместр, и определения материнский сывороточных маркеров PAPP-A и бетта субъединицы ХГЧ с последующими программными комплексным расчётам индивидуального риска и рождения ребёнка с хромосомной патологией.

При сроке 18 – 21 недели: беременна направляется в МО, осуществляющие экспертный уровень пренатальной диагностики, в целях проведения узи и исключения поздно манифестирующих врождённых аномалий развития плода

При сроке 30 – 34 недели: узи проводится по месту наблюдения беременной женщины Выбор тактики ведения беременных

Выбор тактики ведения беременных : В случае установления пренатального диагноза врождённые аномалии развития у плода в ГБУЗ МЗ РБ «республиканский медико-генетический центр» осуществляется перинатальный консилиум врачей в составе акушера-гинеколога, Неонатолога и детского хирурга. **При установлении у**

беременной женщины высокого риска по хромосомным нарушениям у плода (индивидуальный риск 1: 100 и выше) в 1 триместре и/ или выявление ВПР у плода 1, 2 и 3 триместрах врач акушер гинеколог направляет пациентку ГБУЗ МЗ РБ «республиканский медико-генетический центр для медико-генетического консультирования и установление или подтверждения пренатального диагноза с использованием инвазивных методов обследования

1. В случае диагноза хромосомных нарушения и аномалии развития плода с неблагоприятно прогноза для жизни и здоровью ребёнка после рождения: **прерывание беременности по медицинским показаниям проводится независимо от срока беременности по решению перинатального консилиума врачей** после получения информативного добровольного согласия беременной .

2. При наличии аномалии развития плода, требующих оказания специализированной в том числе высокотехнологичной медицинской помощи плоду или новорожденному в перинатальном периоде, проводится консилиум врачей

3. Врачи женских консультаций осуществляют направление в стационар беременных женщин на родоразрешение с учётом степени риска возникновения осложнений в родах и в соответствии с маршрутизацией

При экстрагенитальных заболеваниях, требующих стационарного лечения, беременная женщина направляется в профильное отделение медицинских организаций вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом-акушером-гинекологом. При отсутствии в медицинской организации врача-акушера-гинеколога медицинская помощь может оказываться врачами-акушерами-гинекологами иных медицинских организаций.

При наличии акушерских осложнений беременная женщина направляется в акушерский стационар.

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

При сроке беременности 36-37 недель беременности формулируется полный клинический диагноз и определяется место планового родоразрешения.

Беременная женщина информируется врачом-акушером-гинекологом о медицинской организации, в которой рекомендуется (планируется) родоразрешение, с указанием срока дородовой госпитализации (при необходимости) с отметкой в обменной карте беременной, роженицы и родильницы.

1. **Родовой сертификат** заполняется государственными и муниципальными учреждениями (отделениями) здравоохранения, оказывающими медицинскую помощь женщинам в период беременности и родов, имеющими лицензию на медицинскую деятельность в части осуществления работ и услуг по специальности "акушерство и гинекология", а также осуществляющими диспансерное наблюдение ребенка в течение первого года жизни, имеющими лицензию на медицинскую деятельность в части осуществления работ и услуг по специальности "педиатрия" Родовой сертификат заполняется и выдается женщине при сроке беременности свыше 30 недель.

2. **Родовой сертификат состоит из шести частей:**

первая часть - корешок родового сертификата, предназначенный для подтверждения выдачи родового сертификата;

вторая часть - талон N 1 родового сертификата, предназначенный для оплаты учреждениям здравоохранения медицинской помощи, оказываемой женщинам в период беременности на амбулаторно-поликлиническом этапе (далее - женская консультация);

третья часть - талон N 2 родового сертификата, предназначенный для оплаты учреждениям здравоохранения медицинской помощи, оказываемой женщинам во время родов в родильных домах (отделениях), перинатальных центрах (далее - родильный дом);

четвертая часть - родовый сертификат, служащий подтверждением оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов учреждениями здравоохранения;

пятая часть - талон N 3-2 родового сертификата, предназначенный для оплаты учреждениям здравоохранения услуг за вторые шесть месяцев диспансерного наблюдения ребенка;

шестая часть - талон N 3-1 родового сертификата, предназначенный для оплаты учреждениям здравоохранения услуг за первые шесть месяцев диспансерного наблюдения ребенка.

3. Родовый сертификат, корешок родового сертификата, талон N 1 родового сертификата и пункты 1 - 8 талона N 2 родового сертификата одновременно заполняются медицинским работником женской консультации при предъявлении женщиной паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, страхового полиса обязательного медицинского страхования и страхового свидетельства государственного пенсионного страхования.

4. Записи в родовом сертификате выполняются разборчиво на русском языке ручкой синего или фиолетового цвета.

Вопрос 3. Тарифы на медицинские услуги в системе ОМС. Порядок их формирования.

Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе правил обязательного медицинского страхования, и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 24.02.2021) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"

Тарифы на оплату медицинской помощи, за исключением тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в соответствии с **пунктом 11 статьи 5 настоящего Федерального закона**, устанавливаются тарифным соглашением, заключаемым между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со **статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"**, и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации в соответствии с частью 9 статьи 36 настоящего Федерального закона.

Расходы медучреждения = Текущие затраты + Средства на развитие медучреждения

На каждой территории величина тарифов и их состав соответствуют финансовым возможностям субъектов Федерации.

В структуре тарифов на медицинские услуги не выделяется ни себестоимость, ни прибыль.

Тарифы на медицинские услуги в системе ОМС устанавливаются соглашением между страховыми медицинскими организациями, местной администрацией и профессиональными медицинскими ассоциациями.

Тарифы на медицинские и иные услуги при добровольном медицинском страховании устанавливаются по соглашению между страховой медицинской организацией и предприятием, учреждением или лицом, предоставляющим эти услуги.

Расчет между страховыми организациями и учреждениями здравоохранения осуществляется по прейскуранту. Прейскурант разрабатывается в соответствии с методикой расчета тарифов на медицинские услуги.

Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 108н (ред. от 25.09.2020) "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2019 N 54643)

Тариф на оказание i -той медицинской услуги (T_i) определяется по формуле:

$T_i = \sum_j G_j$ (где G_j - затраты, определенные для j -той группы затрат на единицу объема медицинской помощи (медицинской услуги) на соответствующий финансовый год).

Вопрос 4. Задача № 9

При определении СОЭ в группе больных холециститом выявлены следующие данные: 20, 12, 16, 17, 20, 25, 12, 16, 17, 12, 16, 17, 20, 25, 30, 12, 16, 17, 12, 20, 16, 16, 17, 30, 17, 25, 16, 17, 16 мм/ч. Рассчитать среднюю арифметическую СОЭ по способу моментов.

РЕШЕНИЕ:

M_1 = мода-условно средняя величина ; $M_1 = 16$ -варианта ,наиболее часто встречающаяся ;
а-отклонение других вариантов от M_1 .

Рассчитываем способом моментов : $M = M_1 + \frac{\sum a \cdot P}{n} = 16 + \frac{58}{29} = 18$

Задача 9.

V (мм/с)	P	$a = V - M_1$	$a \cdot P$
20	4	4	16
12	5	-4	-20
16	8	0	0
17	7	1	7
25	3	9	27
30	2	14	28
$n = 29$		$\sum aP = 58$	

M_1 - мода

$M_1 = 16$ - варианта, наиболее часто встречающаяся

M_1 - условная средняя величина.

a - отклонения других вариантов от M_1

Затем находим $a \cdot P$, далее $\sum a \cdot P$

$$M = M_1 + \frac{\sum aP}{n} = 16 + \frac{58}{29} = 18.$$

Билет 38.**Вопрос 1. Курение как медико-социальная проблема. Федеральный закон РФ от 23.02.2013г. №15 «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции»**

Курение – модифицируемый фактор риска ряда социально-значимых болезней, таких как сердечно-сосудистые заболевания, ХОБЛ, злокачественные новообразования и другие, которые можно предотвратить.

Риски для женщин: изменения в метаболизме эстрогенов, нарушение менструального цикла, ранний климакс, трудности с зачатием или бесплодие, рак шейки матки.

Риски для материнства и беременности: спонтанные выкидыши, внематочная беременность, неправильное развитие плаценты, прилежащая плацента, отрывы плаценты, вагинальные кровотечения, внутриутробная смертность, преждевременные роды, задержка внутриутробного развития, малый вес новорожденного, врожденные аномалии и хроническая гипоксия.

Осложнения у детей: повышенная смертность новорожденных, синдром внезапной смерти младенца, замедленное физическое и умственное развитие.

Индикатором вреда табакокурения в обществе являются увеличение распространения ХОБЛ.

В 2008 г. Россия присоединилась к Рамочной Конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ).

Федеральный закон РФ от 23.02.2013г. №15 «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции» http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_142515/

В целях предупреждения возникновения заболеваний, связанных с воздействием окружающего табачного дыма и веществ, выделяемых при потреблении никотинсодержащей продукции, последствиями потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции, и в целях сокращения потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции **осуществляются следующие меры:**

- 1) установление запрета курения табака, потребления никотинсодержащей продукции или использования кальянов на отдельных территориях, в помещениях и на объектах;
- 2) ценовые и налоговые меры, направленные на сокращение спроса на табачные изделия или никотинсодержащую продукцию;
- 3) регулирование состава табачных изделий или никотинсодержащей продукции, регулирование раскрытия состава табачных изделий или никотинсодержащей продукции, установление требований к упаковке и маркировке табачных изделий или никотинсодержащей продукции;
- 4) просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции, вредном воздействии окружающего табачного дыма и веществ, выделяемых при потреблении никотинсодержащей продукции;

- 5) установление запрета рекламы и стимулирования продажи табака, табачных изделий или никотинсодержащей продукции, устройств для потребления никотинсодержащей продукции, кальянов, спонсорства табака или никотинсодержащей продукции;
- 6) оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции, лечение табачной (никотиновой) зависимости, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции;
- 7) предотвращение незаконной торговли табачной продукцией, табачными изделиями или никотинсодержащей продукцией;
- 8) ограничение торговли табачной продукцией, табачными изделиями или никотинсодержащей продукцией, кальянами, устройствами для потребления никотинсодержащей продукции;
- 9) установление запрета продажи табачной продукции, никотинсодержащей продукции, кальянов и устройств для потребления никотинсодержащей продукции несовершеннолетним и несовершеннолетними, запрета потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции несовершеннолетними, запрета вовлечения детей в процесс потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции.

Вопрос 2. Организация специализированной, в том числе высокотехнологической медицинской помощи. Виды и порядок финансирования. (80)

ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

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

Приказ МЗ РФ от 2 декабря 2014 г. №796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи» (с изменениями от 27 августа 2015 г.).

Условия оказания специализир, в тч высокотехнол, МП:

- дневной стационар
- стационар.

Для получения специал МП в экстренной или неотложной форме пациент самостоятельно обращается в МО или доставляется бригадой СМП.

Госпитализация больного осущ-ся:

- СМП

- при самостоятельном обращении больного по экстренным показаниям

- по направлению лечащего врача.

При плановой госпитализации:

- лечащий врач оформляет выписку из мед документации пациента и направление на госпитализацию (выдается пациенту или его законному представителю)

- ведется лист ожидания

- информирование граждан в доступной форме, в т.ч. с использованием интернета, о сроках ожидания оказания специализированной медицинской помощи (СПМ).

Сроки ожидания оказания специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной) СПМ не превышают 14 дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию.

Для пациентов с онкологическими заболеваниями – не более 7 календарных дней с момента гистологической верификации опухоли (момента установления диагноза).

Направление пациентов в федеральные медицинские организации для оказания специализированной медицинской помощи осуществляется лечащим врачом медицинской организации и врачебной комиссией. Направление подписывается руководителем медицинской организации (главным врачом).

Первичный осмотр проводится в приемном отделении при состояниях:

- представляющих угрозу жизни пациента – безотлагательно,

- без явных признаков угрозы жизни пациента – установление предварительного диагноза врачом приемного отделения не позднее 2 часов с момента поступления в стационар медицинской организации.

Установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение медицинской организации.

Установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления в профильное отделение.

Осмотр лечащим врачом профильным отделением в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю.

(Приказ Минздрава РФ от 10.05.2017 г. №203 "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи")

В системе специализированной медицинской помощи населению главная роль принадлежит диспансерам.

Диспансер – это самостоятельная специализированная медицинская организация, предназначенная для оказания лечебно-профилактической помощи определенным группам больных.

Функции:

- мероприятия по массовой профилактике соответствующих своему профилю заболеваний

- учет заболеваемости и смертности от патологии по своему профилю
- раннее выявление, учет, своевременное лечение и реабилитация больных
- консультации больных
- организационно-методическое руков-во работой общей сети по борьбе с соотв. заболеваниями.

Виды диспансеров в РБ:

- противотуберкулезный
- онкологический
- кожно-венерологический
- наркологический
- кардиологический центр
- психоневрологический
- лечебно-физкультурный
- инфекционные больницы
- психиатрические больницы
- психотерапевтический центр

Высокотехнологичная МП явл-ся частью специализированной МП и включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в т.ч. клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медиц науки и смежных отраслей науки и техники.

Высокотехнологичная МП оказывается МО-циями в соотв-ии с перечнем видов высокотехнологич МП, утверждаемым уполномоченным федерал органом исполнительной власти.

Определение наличия медицинских показаний для оказания высокотехнологичной МП в плановой форме осущ-ся врачебной комиссией (оформляется протоколом с записью в медиц документации пациента). Пациента регистрируют в «Листе ожидания» по своему профилю.

Перечень видов высокотехнологичной МП

* Приказ МЗ РФ от 10 декабря 2013 г. №916н «О перечне видов высокотехнологичной МП»

* В территориальной программе гос. гарантий бесплатного оказания гражданам МП на 2020 г. и период 2021, 2022 гг.

Виды высокотехнол МП разделены на 3 группы, оказываемые за счет средств:

- федерального бюджета
- регионального бюджета
- ОМС

Перечень видов высокотехнол МП, оказываемой за счет бюджета РБ:

- детская хирургия в период новорожденности
- педиатрия
- акушерство и гинекология (комплексное лечение фето-фетального синдрома, гемолитической болезни плода, внутриутробное переливание крови плоду, малоинвазивное хирургическое органосохраняющее лечение миом матки, доброкач опухолевых заболеваний яичников и др.)
- нейрохирургия (микрохирургические вмешательства с использованием операционного микроскопа и др.)
- оториноларингология (реконструктивные операции на звукопроводящем аппарате среднего уха)
- онкология (малоинвазивные органосохраняющие вмешательства при злокач новообр-ях)
- сердечно-сосудистая хирургия (коронарная реваскуляризация миокарда с применением аорто-коронарного шунтирования при ишемической болезни и др.)
- травматология и ортопедия
- трансплантация органов и тканей
- урология
- абдоминальная хирургия (микрохирургические, реконструктивно-пластические операции на поджел железе, печени, тонкой и толстой кишке и т.п.)
- торакальная хирургия
- челюстно-лицевая хирургия

За счет средств бюджета РБ высокотехнологичную МП гражданам в РБ оказывают следующие МО:

- Республиканский кардиологический центр по профилю СС-хирургия
- Респ перинатальный центр – акушерство/гинекология (ЭКО)
- РКБ им.Куватова – абдоминал хирургия, акуш и гинек, урология, торакал хир-я, травматология/ортопедия, нейрохирургия, трансплантация, СС-хир-я, ЛОР

- РДКБ – неонатология, нейрохир-я, травм/ортоп-я, педиатрия, онкология, ЛОР, челюстно-лиц хир-я, урология, трансплант-я
- Респ клинич онкологический диспансер – онкология
- БСМП – травм/орт-я, акуш-гинек, нейрохир, ССхир
- ГКБ №21 – абдоминал хир, нейрохир, чел-лиц хир, ЛОР, травм и ортоп, акуш-гинек, урология
- Респ клинич госпиталь ветеранов войн – травм\ортоп
- Городская больница г. Салават – травм и ортоп
- Всероссийский центр глазной и пластической хирургии – офтальм-я

Трансплантация органов жителям РБ проводится за счет республиканского и федерального бюджетов.

В РБ 3-уровневая система оказания МП взрослому населению:

(кратко, только про специализир и высокотехнол мп)

1 уровень – специализир (за исключением высокотехнологичной) МП по 4 профилям, включая терапевтич, хирургич и педиатрич. – подразделения ЦРБ, городские поликлиники и больницы.

2 уровень – специализир (за исключением высокотехнол) по 5 и более профилям населению нескольких муниципальных образований, а также специализир больницы, диспансеры

3 уровень – МО, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению высокотехнологичную МП.

Вопрос 3. Планирование в здравоохранении. Виды плана по уровню и срокам выполнения. (109)

План – надлежаще оформленное управленческое решение, включающее точно сформулированные цели, задачи, пути и средства их достижения, а также показатели конечных результатов. По существу, план – это программа деятельности отдельных организаций, системы здравоохранения в целом. Он обязателен для выполнения и должен быть обеспечен необходимыми ресурсами.

Таким образом, **планирование в здравоохранении** – это процесс определения необходимых ресурсов и механизма эффективного их использования для решения задач повышения качества и доступности медицинской помощи, достижения конкретных показателей здоровья населения и деятельности здравоохранения.

В теории управления здравоохранением используются многие методы планирования: аналитический, нормативный, балансовый, экономико-математический, организационного эксперимента и др. **На практике применяют 3 метода:**

2. **Аналитический метод** используется для планирования сети амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений на основе анализа показателей здоровья населения и результатов деятельности медицинских учреждений.

Если вдруг спросят, что и как можно посчитать этим методом:

Для расчёта необходимого числа врачей амбулаторно-поликлинических учреждений используют формулу:

$V=L*N/\Phi$, где

V – необходимое количество врачебных должностей;

L – норматив посещений на 1 человека в год;

N – численность населения территории;

Φ – функция врачебной должности.

Функция врачебной должности, ведущего только амбулаторный приём в поликлинике, определяется числом посещений, обслуживаемых одной врачебной должностью в течение года. Рассчитывается по формуле:

$\Phi=B*C*Г$, где:

Φ – функция одной врачебной должности данной специальности;

B – нагрузка врача данной специальности на 1 час в поликлинике и на дому;

C – число часов работы отдельно на приеме в поликлинике и по оказанию помощи на дому;

Г – число рабочих дней в году врача.

Определение функций врачебной должности производится отдельно для врачей разных специальностей, имеющих различные нормы нагрузки на 1 час приема и оказания медицинской помощи на дому.

В практической деятельности при планировании потребности во врачебных кадрах, а так же других специалистах, необходимых для деятельности лечебно-профилактических учреждений, пользуются нормативами, приведенными в программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

2. **Нормативный метод** применяется в стратегическом, перспективном и текущем планировании, и в его основе лежит использование утверждённых нормативов – расчётная количественная величина затрат материальных, финансовых, временных и других ресурсов. Нормативы разрабатываются и утверждаются Минздравом РФ или другими уполномоченными органами исполнительной власти.

Типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 июня 2015 г. N 290н "Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного

врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога")

Нормы времени на одно посещение пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием, необходимые для выполнения в амбулаторных условиях трудовых действий по оказанию медицинской помощи (в том числе затраты времени на оформление медицинской документации) :

- а) врача-педиатра участкового - 15 минут;
- б) врача-терапевта участкового - 15 минут;
- в) врача общей практики (семейного врача) - 18 минут;
- г) врача-невролога - 22 минуты;
- д) врача-оториноларинголога - 16 минут;
- е) врача-офтальмолога - 14 минут;
- ж) врача-акушера-гинеколога - 22 минуты.

Нормы времени на повторное посещение врача-специалиста одним пациентом в связи с заболеванием устанавливаются в размере **70 - 80% от норм времени, связанных с первичным посещением** врача-специалиста одним пациентом в связи с заболеванием.

Затраты времени врача-специалиста на оформление медицинской документации с учетом рациональной организации труда, оснащения рабочих мест компьютерной и организационной техникой, должны составлять **не более 35% от норм времени, связанных с посещением одним пациентом врача-специалиста** в связи с заболеванием.

Нормы времени на посещение одним пациентом врача-специалиста с профилактической целью устанавливаются в размере **60 - 70% от норм времени, связанных с посещением одним пациентом врача-специалиста** в связи с заболеванием, установленных в медицинской организации или иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность (далее - медицинская организация).

Средние нормативы объема медицинской помощи по Программе госгарантий рассчитываются в единицах объема на 1 жителя в год при финансировании из бюджета, по базовой программе обязательного медицинского страхования – на 1 застрахованное лицо. Средние нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования деятельности медицинской организации.

3. **Балансовый метод** позволяет увязывать потребности населения в видах медицинской помощи с их ресурсным обеспечением. С его помощью вскрываются диспропорции в развитии отдельных видов медицинской помощи, например, амбулаторно-поликлинической и стационарной.

Вопрос 4. Задача №39

В городе Н. численность населения составила 172 380 человек. В отчетном году родилось за год 1983 человека, умерло 2344 человека, из них 5 детей в первые 6 суток, 17 детей на первом году жизни. В отчетном году число детей, родившихся мертвыми составило 12. Рассчитайте общие и специальные показатели смертности.

Задача 39

1) Общая смертность = $\frac{\text{число умерших за год}}{\text{среднегод. числ-ть насел-я}} \cdot 1000$
 $= \frac{2344}{172\ 380} \cdot 1000 = 9,2\text{‰}$

2) Специальные показатели смертности:

а) Ранняя смертность (0-6 лет жизни) (0-168‰) = $\frac{\text{число детей, умерших в 1-ю нед. жизни}}{\text{число детей, родившихся живыми}} \cdot 1000$
 $= \frac{5}{1983} \cdot 1000 = 2,52\text{‰}$

б) младенческая смертность = $\frac{\text{число детей, умерших на 1-м году жизни}}{\text{число родившихся живыми в дан. году}} \cdot 1000$
 $= \frac{17}{1983} \cdot 1000 = 8,6\text{‰}$

в) мертворождаемость = $\frac{\text{число родившихся мертвыми}}{\text{число родившихся живыми} + \text{число родившихся мертвыми}} \cdot 1000$
 $= \frac{12}{1983 + 12} \cdot 1000 = 6\text{‰}$

Билет 39

Вопрос 1. 62. Болезни системы кровообращения как медико-социальная проблема. Организация медицинской помощи.

Болезни системы кровообращения занимают 2е место в структуре общей заболеваемости (около 16%) и 1е место — среди причин смерти (уровень смертности составляет более 980 случаев на 100000 жителей).

СС заб занимают сегодня 1е место среди причин инвалидности (ишемические и гипертонические болезни, сосудистые поражения мозга, ревматизм).

Увеличение показателей смертности от СС заболеваний обусловлено такими факторами, как постарение населения.

Факторы риска 2 группы:

- 1) социально-культурные;
- 2) внутренние.

К 1-й группе отнесены: потребление высококалорийной богатой насыщенными жирами и холестерином пищи, курение;

ко 2-й группе — АГ, гиперхолестеринемия, нарушение толерантность к углеводам, ожирение. В зависимости от характера заболеваемости и состояния больного врачи намечают ряд лечебно-профилактических мероприятий: медикаментозное лечение, стационарное лечение, физиотерапию, ЛФК, санаторно-курортное лечение и др.

Функционируют кардиологические отделения, диспансеры, центры, научно-исследовательские институты, больницы восстановительного лечения.

Организация кардиологической помощи: при обращении к участковому терапевту он отправляет на консультацию к кардиологу, который может отправить больного на лечение в общетерапевтическое или, что лучше, в кардиологическое отделения.

Вопрос 2. 82. Дневные стационары, стационары на дому. Обоснование их целесообразности. Порядок финансирования.

Дневной стационар организуется для осуществления лечебных и диагностических мероприятий при заболеваниях и состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения. МП в дневном стационаре могут оказывать мед работники дневного стационара либо мед работники других подразделений.

Для организации работы дневного стационара в его **структуре предусматривают:** палаты; процедурную; пост мед сестры; каб зав дневным стационаром; столовая; каб врачей; комнату персонала; комнату для временного хранения оборудования; санузлы; санитарную комнату.

Дневной стационар осуществляет след функции:

- оказание МП больным, не требующим круглосуточного мед наблюдения;
- лечение больных, выписанных из стационара и находящихся под наблюдением врача мед организации после оперативных вмешательств;
- внедрение в практику современных методов диагностики, лечения и реабилитации больных;
- ведение учетной и отчетной документации;
- участие в проведении мероприятий по повышению квалификации.

Финансирование дневного стационара осуществляется из: бюджета РФ и РБ, ФОМС, ДМС, платных услуг.

Вопрос 3. 133. Формы социального обслуживания, виды социальных услуг.

Формы социального обслуживания:

Соц услуги предоставляются их получателям в форме соц обслуживания на дому, или в полустационарной форме (в определенное время суток) , или в стационарной форме (при постоянном, или пятидневном круглосуточном проживании организации соц обслуживания).

Виды социальных услуг:

- 1) социально-бытовые, направленные на поддержание жизнедеятельности;
- 2) социально-медицинские, направленные на поддержание и сохранение здоровья;
- 3) социально-психологические, предусматривающие оказание помощи в коррекции психологического состояния;
- 4) социально-педагогические, направленные на профилактику отклонений в поведении и развитии личности;
- 5) социально-трудовые, направленные на оказание помощи в трудоустройстве и с адаптацией;

- 6) социально-правовые, направленные на оказание помощи в получении юридических услуг;
- 7) услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов;
- 8) срочные социальные услуги.

Билет 40

Вопрос 1. 76. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению: формы, условия, территориально-участковый принцип. Основные задачи врача-терапевта участкового.

1. **Первичная медико-санитарная помощь** включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию ЗОЖ и санитарно-гигиеническому просвещению населения.
2. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам **в целях** приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу.
3. **Первичная доврачебная медико-санитарная помощь** оказывается фельдшерами, акушерами и другими мед. работниками со средним мед. образованием.
4. **Первичная врачебная медико-санитарная помощь** оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).
5. **Первичная специализированная медико-санитарная помощь** оказывается врачами специалистами, включая врачей-специалистов мед. организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.
6. **Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.**
7. В целях оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной МП, в структуре медицинских организаций могут создаваться подразделения МП, оказывающие указанную помощь в неотложной форме.

Организация медицинской помощи базируется на принципах:

1. Доступность и бесплатность гарантированного объема медицинской помощи.
 2. Преимущество учреждений здравоохранения.
 3. Участковый принцип.
 4. Профилактическая направленность (диспансеризация).
 5. Преимущество в оказании МП работающим.
 6. Неразрывность лечебного дела и профилактики.
- 1. Доступность и бесплатность обеспечивается:**
- 1) организацией оказания МП по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;
 - 2) наличием необходимого количества мед. работников и уровнем их квалификации;
 - 3) возможностью выбора мед. организации и врача в соответствии с ФЗ;
 - 4) применением порядков и стандартов оказания МП;
 - 5) предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- б) установлением в соответствии с законодательством РФ требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения;
- 7) транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения;
- 8) возможностью бесплатного использования мед. работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую мед. организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью.

2. **Преимственность медицинских организаций** – внедрение электронного паспорта больного – повыш. квалификации мед. персонала, исключение дублирования диагностики, лечения больного

3. **Участковый принцип** – это прикрепление к участковому врачу определенного контингента населения.

В медицинских организациях могут быть организованы участки:

- фельдшерский-1300 человек;
- терапевтический - 1700 человек;
- врача общей практики (семейного врача) - 1200 человек;
- комплексный - 2000 и более человек;
- акушерский;
- приписной.

4. **Профилактическая направленность (диспансеризация)**

Приказ МЗ РФ от 13.03. 2019г. №124 «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический мед. осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Основными задачами участкового врача-терапевта являются:

- 1) формирование врачебного (терапевтического) участка из прикрепленного к нему населения;
- 2) осуществление санитарно-гигиенического образования, консультирование по вопросам формирования ЗОЖ;
- 3) осуществление профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости;
- 5) осуществление диспансерного наблюдения пациентов;
- 6) организация и проведение диагностики и лечения различных заболеваний и состояний;
- 7) оказание неотложной медицинской помощи пациентам при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;
- 8) направление пациентов на консультации к специалистам;
- 9) выдача заключение о необходимости направления пациентов по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение;
- 10) организация совместно с органами соц. защиты населения медико-социальной помощи отдельным категориям граждан: одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным, нуждающимся в уходе;

Вопрос 2. Структура смертности от болезней системы кровообращения, онкологических заболеваний, травм и отравлений.

Болезни системы кровообращения 42%

Новообразования 14,8 %

Отравления, травмы 8,3 %

Болезни органов дыхания 21,8%

Вопрос 3. Лекарственное обеспечение при орфанных заболеваниях и двенадцати нозологиях. Источники финансирования.

Программа 12 нозологий

-Финансируется из федерального бюджета. Документ: Федеральный закон от 03.08.2018 N 299-ФЗ

- Перечень заболеваний: Муковисцидоз, Болезнь Гоше, Гемофилия, Рассеянный склероз, Гипофизарный нанизм, Онкогематология, Трансплантология.

-2019 год + 5 нозологий: гемолитико-уремический синдром, юношеский артрит с системным началом, мукополисахаридоз I, II и VI типов.

Показания к назначению лекарственных препаратов определяет лечащий врач. Для включения в программу необходимо:

- Подтвержденный морфологический диагноз
- Рекомендация врача о проведении лечения (эпикриз)
- Форма N 01-ФР (направление на включение в регистр, заполняет врач)

Орфанные заболевания – заболевания, которые имеют распространенность не более 10 случаев заболевания на 100 тысяч населения

Лекарственное обеспечение за счет средств регионального бюджета

Задача 13

Вычислить стандартизированные показатели заболеваемости болезнями периферической нервной системы у рабочих двух цехов и сравнить их с интенсивными показателями заболеваемости. За стандарт принять состав рабочих по профессиям в обоих цехах

- 1) число больных делим на число рабочих в обоих цехах(прессовщиков, вулканизаторов и ВСЕГО)
 $\text{прессовщики в 1 цехе} = 12:421 * 100 = 2.9\%$
- 2) выбор стандарта: суммируем число рабочих в обоих цехах
 $\text{прессовщиков} = 421 + 390 = 811$; суммируем число рабочих в обоих цехах вулканизаторов
 $= 635 + 320 = 955$, число рабочих ВСЕГО = $1056 + 710 = 1766$
- 3) Определяем сколько было бы больных в 1 цехе среди 811 человек прессовщиков?
 пропорция: $100 - 2,9\% \quad 811 - x \quad x = 23,5\%$
 далее во 1 цехе среди вулканизаторов, ВСЕГО и потом во втором цехе
- 4) определение стандартизированных показателей = число полученное на 3 этапе среди ВСЕГО делим на выбор стандарта(число на 2 этапе) среди ВСЕГО и умножаем на 100 в 1 и 2 цехе.
 $88,4:1766 * \text{ на } 100 = 5\%$

Билет 41

1. Определение корреляционной зависимости при анализе показателей состояния здоровья населения.

Корреляция - понятие, означающее взаимосвязь между признаками.

При корреляционной связи значению каждой средней величины одного признака соответствует несколько значений другого взаимосвязанного с ним признака. Пример: рост и масса тела человека связаны между собой. У группы лиц с одинаковым ростом наблюдаются различные колебания массы тела. Однако эти колебания массы тела варьируют в определенных размерах - вокруг своей средней величины.

*Используя методы корреляции, возможно измерять связь между различными признаками только лишь в качественно однородной совокупности. Нельзя, например, сопоставлять рост и массу тела людей, состоящих из лиц разного пола и возраста.

Корреляция может быть представлена в виде: таблицы, графика, коэффициента корреляции

Но! Таблицы и графики дают лишь представление о наличии и направлении связи, чтобы измерить и оценить статистическую достоверность этой связи можно лишь при помощи специального коэффициента корреляции (r_{xy}) и его средней ошибки ($m_{r_{xy}}$).

Коэффициент корреляции (r_{xy}) одним числом измеряет силу связи между изучаемыми явлениями и дает представление о ее направлении.

Ø при прямой связи с увеличением значений одного признака возрастает среднее значение другого признака. Например: с повышением температуры тела увеличивается частота пульса у большинства инфекционных больных

Ø при обратной связи: с увеличением одного признака убывает среднее значение другого признака. Например, чем ниже температура воздуха в осенний период, тем выше заболеваемость детей острым бронхитом. По силе связи коэффициенты : 1- полная связь, 0 – отсутствие связи. Чем больше среднему значению одного признака соответствует значений другого признака, тем выше сила связи между ними.

Методы определения корреляции:

Ø Методом квадратов Пирсона - в тех случаях когда: требуется точное установление силы связи между признаками и признаки имеют только количественное выражение. + определяется ошибка коэффициента корреляции. (чтобы убедиться в том, что коэффициент корреляции, вычислительный по данным выборочного исследования, будет соответствовать размеру связи в генеральной совокупности)

Ø С помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена : 1) при небольшом числе наблюдений; 2) когда нет необходимости в точных расчетах уровня силы связи, а нужны лишь ориентировочные данные; 3) когда признаки имеют не только количественные, но и качественные (описательного характера) значения

2. Охрана репродуктивного здоровья. Роль перинатальных центров в охране здоровья женщин

Охрана репродуктивного здоровья начинается еще в детстве.

Лечебно-профилактическая помощь женщинам и детям является важной частью поддержания репродуктивного здоровья и оказывается поэтапно:

I этап – медицинская помощь вне беременности

Подготовка женщины к материнству, проведение профилактики и лечения хронических экстрагенитальных заболеваний, профилактика и уменьшение числа аборт, уделяется большое внимание половому воспитанию девочек и формированию адекватного репродуктивного поведения. В целях охраны репродуктивного здоровья, выявления и лечения гинекологических заболеваний в Республике Башкортостан осуществляется профилактическое акушерско-гинекологическое обследование женщин и детей женского пола.

II этап – комплекс мероприятий по антенатальной охране плода включает оказание женщине качественной лечебно-профилактической помощи в течение всей беременности в условиях женской консультации и в детской поликлинике (дородовые патронажи участковыми педиатрами), что гарантирует оптимальные условия для внутриутробного развития ребенка.

III этап – интранатальная охрана плода путем высококвалифицированного ведения родов и послеродовой уход за родильницей и новорожденным в родильном доме.

IV этап – охрана здоровья новорожденных включает в себя профилактику заболеваний в родильном доме в раннем неонатальном периоде и в условиях детской поликлиники в позднем неонатальном периоде.

V этап – охрана здоровья детей в период дошкольного возраста путем динамического наблюдения в условиях детской поликлиники и организованных детских коллективах, контроль за физическим развитием, рациональным питанием, иммунологическим статусом ребенка.

VI этап – охрана здоровья детей школьного возраста. В этот период осуществляют контроль за физическим развитием, оценивают функции основных систем растущего организма, выявляют и корректируют отклонения в состоянии здоровья детей.

Перинатальный центр (ПЦ) является ЛПУ, оказывающим амбулаторную и стационарную помощь беременным женщинам, роженицам, родильницам и новорожденным детям в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Основные функции:

1. Оказывает различные виды мед. помощи наиболее тяжелому контингенту на основе использования современных профилактических и лечебно-диагностических технологий.
2. Обеспечивает своевременное оказание специализированной медицинской помощи при выявлении осложнений.
3. Проводит клинико-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи женщинам и детям раннего возраста, сбор и систематизацию данных о результатах выхаживания новорожденных детей с различной патологией.
4. Внедряет в деятельность учреждений охраны материнства и детства современные медицинские технологии профилактики, диагностики и лечения, направленные на снижение материнских, перинатальных потерь и инвалидности с детства, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин.
5. Осуществляет профилактику отдаленных последствий перинатальной патологии.

6. Обеспечивает систему реабилитационных мероприятий и восстановительной терапии, медико-психологическую и социально-правовую помощь женщинам и детям раннего возраста.

7. Проводит работу по повышению профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала по вопросам перинатальной помощи и вопросам охраны здоровья матери и ребенка

3. Учреждения социального обслуживания. Задачи. Источники финансирования.

Учреждения, осуществляющие мероприятия в системе социальной защиты:

1. Учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы (бюро и главные бюро МСЭ),

2. Протезно-ортопедические предприятия,

3. Стационарные учреждения социального обслуживания (дома-интернаты для взрослых: психоневрологические и общего типа, специализированные: детские: с умственной отсталостью и физическими недостатками),

4. Нестационарные учреждения социального обслуживания (территориальные центры), а также отделения социального обслуживания пожилых и инвалидов;

5. Учебные заведения для инвалидов (училища, техникумы, в том числе интернаты, а также учебные центры и центры профессиональной реабилитации);

6. Реабилитационные учреждения (отделения и центры реабилитации, медико-социальной, социально-психологической, профессиональной).

Субъекты социальной защиты: 1. нетрудоспособные (пенсионеры, инвалиды, потерявшие кормильца) 2. малообеспеченные граждане и семьи (многодетные, неполные) 3. лица, попавшие в экстремальные условия (пострадавшие в катастрофах, вынужденные переселенцы, БОМЖ)

Задачи учреждений соц. обслуживания: ÷ Оказание содействия гражданам в преодолении трудной жизненной ситуации, которую они не в состоянии разрешить самостоятельно; ÷ прогнозирование и предупреждение возникновения и развития трудных жизненных ситуаций; ÷ активизация собственных усилий граждан и семей, создание условий для самостоятельного решения возникающих проблем; защита от соц. рисков.

Источники финансирования: 1) средства бюджетов бюджетной системы Российской Федерации; 2) благотворительные взносы и пожертвования; 3) средства получателей социальных услуг при предоставлении социальных услуг за плату или частичную плату; 4) доходы от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, осуществляемой организациями социального обслуживания, а также иные не запрещенные законом источники.

Вопрос 4. Задача 35

В городе Н. в 2020г. численность населения составила 520000 человек. За изучаемый год в городе умерло 7020 человек, родилось 7244 детей, из них 55 умерли на первом году жизни. Рассчитайте и оцените демографические показатели в г. Н.

Рождаемость = число родившихся за год/число жителей за год*1000

Смертность = число умерших за год/число жителей за год*1000

ЕП = рождаемость - смертность

млад. смертность = $\frac{\text{число умерших на первом году жизни}}{\text{число родившихся живыми}} \cdot 1000$

Вычислить стандартизированные показатели заболеваемости болезнями периферической нервной системы у рабочих двух цехов и сравнить их с интенсивными показателями заболеваемости. За стандарт принять состав рабочих по профессиям в обоих цехах.

Профессии	Цех 1		Цех 2	
	число рабочих	Число больных	число рабочих	число больных
Прессовщики	421	12	390	13
Вулканизаторы	635	43	320	23
ВСЕГО:	1056	55	710	36

I этап -

$$\frac{12}{421} \cdot 1000 = 2,9\% \text{ (цех 1) прессор.}$$

$$\frac{13}{390} \cdot 1000 = 3,3\% \text{ (цех 2) прессор.}$$

$$\frac{43}{635} \cdot 1000 = 6,8\% \text{ (цех 1) вулканиз.}$$

$$\frac{23}{320} \cdot 1000 = 7,2\% \text{ (цех 2) вулканиз.}$$

Всего:

$$\frac{55}{1056} \cdot 1000 = 5,2\% \text{ (цех 1)}$$

$$\frac{36}{710} \cdot 1000 = 5,1\% \text{ (цех 2)}$$

II этап - выбор стандарта

$$421 + 390 = 811$$

$$635 + 320 = 955$$

$$1056 + 710 = 1766$$

III этап -

в цехе 1 - больных прессор. - 2,9% \Rightarrow

$$\frac{100 - 2,9\%}{811 - x} \cdot x = 23,5 \text{ больных}$$

в цехе 2.

$$\frac{100 - 3,3}{811 - x} \cdot x = 26,8 \text{ больных}$$

в цехе 1 - больных вулканиз. - 6,8.

$$\frac{100 - 6,8}{955 - x} \cdot x = 64,9 \text{ больных}$$

в цехе 2

$$\frac{100 - 7,2}{955 - x} \cdot x = 68,8 \text{ больных}$$

Всего в цехе 1

$$23,5 + 64,9 = 88,4$$

Всего в цехе 2.

$$26,8 + 68,8 = 95,6$$

IV этап - выведение.

$$\frac{88,4 \cdot 100}{1766} = 5\%$$

$$\frac{95,6 \cdot 100}{1766} = 5,4\%$$

Билет 42

Вопрос 1. 25. Вариационный ряд, виды и методы исчисления средних величин.

Вариационный ряд – это ряд числовых измерений определенного признака, отличающихся друг от друга по величине, расположенных в порядке возрастания или убывания признака. Вариационный ряд состоит из вариантов (V) и соответствующих им частот (P).

Варианта (V) – это каждое числовое значение изучаемого признака.

Частота (P) – это абсолютная численность отдельных вариантов в совокупности, указывающая, сколько раз встречается данная варианта в вариационном ряду.

n - Общее число случаев наблюдений.

Вариационный ряд, в котором каждая варианта встречается только один раз (т.е. P = 1) - простой. Если варианты более одного раза – взвешенный.

При большом числе наблюдений (более 30) группируют.

Для выбора кол-ва групп в вариационном ряду необходимо учитывать число наблюдений, а также разность между макс. и мин. значениями вариант.

Далее определяют средний уровень изучаемого количественного признака.

Средняя — это величина, которая одним числовым значением дает представление обо всей статистической совокупности. Средние величины следует вычислять только на качественно однородном материале, должно быть достаточное число наблюдений в выборочной совокупности.

Различают несколько видов средних величин: средняя арифметическая, средняя геометрическая, средняя гармоническая, мода, медиана и др.

Средние арифметические величины, в свою очередь, в зависимости от метода расчета делятся на:

- | среднюю арифметическую простую,
- | среднюю арифметическую взвешенную,
- | среднюю арифметическую способом моментов,
- | среднюю арифметическую в сгруппированном (интервальном) ряду.

В простом вариационном ряду средняя арифметическая простая определяется по формуле

$$M = \frac{\sum V}{n}$$

Средняя арифметическая взвешенная определяется по формуле:

$$M = \frac{\sum VP}{n}$$

Вычисление средней арифметической способом моментов:

В вариационном ряду выбирается варианта, которая наиболее часто встречается (мода – M₁). Находим отклонения всех других вариантов от условной средней, затем сумму произведений отклонений всех вариантов (∑a×P) делим на общее число наблюдений (n).

$$\frac{\sum a \times P}{n} \text{ - момент первой степени.}$$

Момент первой степени и является той величиной, которая показывает, насколько условная средняя варианта отличается от фактической или истинной средней. Напишем формулу:

$$M = M_1 + \frac{\sum aP}{n}$$

Вычисление средней арифметической в сгруппированном вариационном ряду:

Условной средней (M_1) определяется в зависимости от изучаемого признака двумя способами:

1. В непрерывном вариационном ряду, когда числовые значения изучаемого признака могут выражаться дробными числами (рост, вес, масса тела, содержание в крови и моче их ингредиентов и т.д.) как полусумма первых значений смежных (соседних) групп.
2. В дискретном вариационном ряду, когда признаки выражены целыми числами (частота дыхания, пульс, артериальное давление и т.д.) - как полусумма начала и конца наиболее часто встречающейся группы, взятой за условную среднюю.

Отклонения (a_i) в сгруппированном вариационном ряду определяем как условные, выраженные в интервальных значениях.

Напишем формулу:
$$M = M_1 + i \frac{\sum a_i P}{n}$$

Кроме средней арифметической величины в медицинской статистике пользуются модой и медианой.

Модой в вариационном ряду называется варианта, которая среди других встречается наиболее часто. Значение заключается в том, что, можно знать примерное значение средней величины.

Медианой называется варианта, делящая вариационный ряд пополам. Значение заключается в том, что в симметричном вариационном ряду, котором в обе стороны от середины находится равное число вариантов, она по своему значению наиболее близка к средней величине.

Вопрос 2. 83. Организация паллиативной медицинской помощи взрослому населению и детям.

- Паллиативная МП представляет собой комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания.
- Оказание помощи:
 - Назначение наркотических и психотропных лекарственных препаратов;
 - Осуществление ухода за пациентом;
 - Организация консультаций с врачом-специалистом;
 - Обучение пациентов и их родственников навыкам ухода;
 - Повышение квалификации мед. работников;
 - Обеспечение психологической помощью;
- Паллиативная МП может оказываться в следующих условиях:
 - амбулаторно - в условиях, не предусматривающих круглосуточного мед. наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника;
 - стационарно - в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение;
- Медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, осуществляет взаимодействие: с родственниками, с добровольцами, с организациями социального обслуживания, религиозными организациями.
- Паллиативная МП оказывается пациентам:
 - с различными формами злокачественных новообразований;
 - с органной недостаточностью в стадии декомпенсации, при невозможности достичь ремиссии заболевания;
 - с хронич. прогрессирующими заболеваниями терапевтического профиля в терминальной стадии развития;
 - с тяжелыми необратимыми последствиями нарушений мозгового кровообращения;
 - с тяжелыми необратимыми последствиями травм;
 - с дегенеративными заболеваниями НС на поздних стадиях развития заболевания;
 - с различными формами деменции, в том числе с болезнью Альцгеймера, в терминальной стадии заболевания.

- *Оказание паллиативной МП* осуществляется мед. организациями и иными организациями, осуществляющими медицинскую деятельность, государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения с учетом права пациента на выбор врача и медицинской организации.

Оказание паллиативной медицинской помощи осуществляется медицинскими работниками, прошедшими обучение по дополнительным профессиональным программам (повышение квалификации) по вопросам оказания паллиативной МП.

Паллиативная медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается:

в кабинетах паллиативной медицинской помощи;
выездными патронажными службами паллиативной медицинской помощи, созданными в медицинских организациях (в том числе хосписах).

Паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях оказывается:

в отделениях паллиативной медицинской помощи;
в отделениях сестринского ухода медицинских организаций;
в хосписах;
в домах (больницах) сестринского ухода.

Направление больных злокачественными новообразованиями в медицинские организации, оказывающие паллиативную МП при наличии гистологически верифицированного диагноза, оказывают:

в амбулаторных условиях: врачи-онкологи.

в стационарных условиях: врачи по паллиативной МП; врачи выездных патронажных служб; врачи хосписов; врачи отделений паллиативной МП; врачи-онкологи.

При отсутствии гистологически верифицированного диагноза, осуществляется по решению врачебной комиссии медицинской организации, в которой проводится наблюдение и лечение пациента.

- Нормативная база:

Приказ МЗ РФ от 14.04.2015 № 187н «Порядок оказания паллиативной МП взрослому».

Приказ МЗ РФ от 14.04.2015 № 193н. «Порядок оказания паллиативной МП детям».

Приказ МЗ РБ от 25.04.2016г. №1323-д. «Об организации паллиативной помощи в РБ».

ФЗ от 06.03.2019г. №18-ФЗ «Об основах ОЗ граждан в РФ» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи.

Пациент имеет право на:

1. выбор врача медицинской организации в соответствии с ФЗ
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.

Приказ МЗ РБ от 01.03.2019г. №391-Д «О маршрутизации пациентов при оказании паллиативной МП взрослому населению в РБ». Финансирование за счет бюджета РБ

Приказ МЗ РФ от 03.10.2019г. №831 «Об утверждении ведомственной целевой программы «Развитие системы оказания паллиативной МП»».

Обеспечение доступности и качества оказания паллиативной помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому, в условиях дневного стационара и стационарных условиях.

Вопрос 3. 93. Стационарная медицинская помощь детям: особенности организации медицинской помощи детям. Показатели стационарной медицинской помощи.

- Основной задачей детского стационара является оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи детскому населению.
- Организация работы детского стационара:

Детские стационары могут быть: по системе организации (объединенными с дет.поликлиникой и необъединенными); по профилю (многопрофильными и специализированными).

- Структура детского стационара
 - Приемное отделение (должно быть боксировано -3-5% от общего числа коек, индивид. боксы Мельцера-Соколова-подбокник, палата, сан.узел, шлюз для персонала);
 - Профильные стационарные отделения (педиатр., хирург.);
 - Дневной стационар;
 - Операционный блок;
 - Лечебно-диагностические подразделения;
 - Административно-хозяйственное отделение.
- Госпитализация в стационар
 - Плановая госпитализация ребенка – при наличии следующих документов:
 - Направление
 - Выписка из истории развития ребенка с инфекционными больными
 - Справка о проведенных прививках
- Приемное отделение стационара:
 1. Для оказания неотложной МП ребенку в приемном отделении должен быть постоянный набор необходимых медикаментов и средств первой помощи
 2. При приемном отделении организуется палаты интенсивной терапии и временной изоляции больных.
 3. Врач приемного отделения должен собрать анамнез, произвести осмотр, установить предварит. диагноз, назначить лечение и направить в отделение.
- Детский стационар
 - Отделения формируется по возрасту и по характеру заболеваний.
 - В зависимости от возраста выделяют следующие отделения: для новорожденных, для детей грудного возраста, для детей младшего возраста, для детей старшего возраста).
 - По характеру заболеваний отделения: педиатрические общие, хирургические, инфекционные и другие узкопрофильные отделения (палаты).
 - Палаты должны быть с числом коек не более 4.
 - Целесообразно иметь застекленные перегородки между палатами из травмоопасного стекла, чтобы персонал мог следить за состоянием детей и их поведением.
 - Для воспитательной и учебной работы устанавливаются должности педагогов-воспитателей.
 - В отделении должны быть предусмотрены столовые, игровые, веранды или прогулочные комнаты, участок для прогулок на территории больницы
 - Штатные нормативы: врач-педиатор-1 должность на 15 коек, м/с палатная-9,5 должностей на 15 коек, младшая м/с по уходу – 9,5 должностей на 15 коек
 - Необходимо предусмотреть возможность пребывания в стационаре вместе с ребенком матери.
 - Правильное, организованное питание.
 - Дети грудного возраста госпитализир. с матерями или обеспечиваются грудным донорским молоком. Дети первого года жизни получают с детской молочной кухни. Детям старше одного года питание организуется на пищеблоке больницы соответственно возрасту. Контроль за качеством пищи проводит врач-диетолог и органы санэпиднадзора.
 - Должна проводиться профилактика ВБИ (при выявлении у ребенка инф. заболеваемости в отделении устанавливается карантин и проводятся противоэпидемиологические исследования).
 - Учетно-отчетная документация стационара:
 1. мед карта стационарного больного ф. 003/у
 2. статистическая карта выбывшего ф.066/у-02
 3. журнал учета приема больных и отказов в госпитализации 001/у.

- Показатели стационарной медицинской помощи.
- *Среднее число занятости койки в году*=

$$\frac{\text{Число койко-дней, фактически проведенных больными в стационаре (отделении)}}{\text{число среднегодовых коек в стационаре (отделении)}}$$
- *Средняя длительность пребывания больного на койке*=

$$\frac{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационаре (отделении)}}{\text{Число выбывших больных}}$$
- *Оборот койки*=

$$\frac{\text{Число лечившихся больных}}{\text{Среднегодовое число коек}}$$
- *Летальность больничная* =

$$\left[\frac{\text{Число умерших больных}}{\text{Число выбывших больных (выписано+умерло)}} * 100 \right]$$
- *Показатель качества диагностики*

$$\left[\frac{\text{Число не совпавших диагнозов при патан вскытии}}{\text{Общее число патан вскытии}} * 100 \right]$$

Вопрос 4. Задача №33

В женской консультации на учете по поводу беременности состояли 536 женщин, из них 510 были осмотрены врачом-терапевтом и 530 прошли ультразвуковое исследование (УЗИ). Среди состоящих на учете по поводу беременности у 103 женщин выявлены отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства, у 41 - венозные осложнения, у 53 - болезни мочеполовой системы, у 332 – анемия. Рассчитать показатели полноты охвата осмотром врачом-терапевтом, УЗИ и структуру заболеваний беременных. Изобразить графически структуру заболеваний беременных.

Всего беременных = 536

Всего заболеваний = 529

Охват терапевтом: $510/536 * 100 = 95,14\%$

Охват УЗИ: $530/536 * 100 = 98,88\%$

Охват отеки...: $103/529 * 100 = 19,47\%$

Охват венозн. осложн.: $41/529 * 100 = 7,75\%$

Охват мочепол сист: $53/529 * 100 = 10,02\%$

Охват анемия: $332/529 * 100 = 62,75\%$

Билет 43

+48 задача

. Учреждения социального обслуживания. Задачи. Источники финансирования.

Учреждения:

- 1) комплексные центры социального обслуживания населения;
- 2) территориальные центры социальной помощи семье и детям;
- 3) центры социального обслуживания;
- 4) социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних;
- 5) центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей;
- 6) социальные приюты для детей и подростков;
- 7) центры психолого-педагогической помощи населению;

- 8) центры экстренной психологической помощи по телефону;
- 9) центры (отделения) социальной помощи на дому;
- 10) дома ночного пребывания;
- 11) специальные дома для одиноких престарелых;
- 12) стационарные учреждения социального обслуживания (дома-интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические интернаты, детские дома-интернаты для умственно отсталых детей, дома-интернаты для детей с физическими недостатками);
- 13) геронтологические центры;
- 14) иные учреждения, предоставляющие социальные услуги.

Формы социального обслуживания:

- Стационарное обслуживание обеспечивает предоставление социальных услуг клиентам в условиях круглосуточного пребывания.
 - Полустанционарное обслуживание обеспечивает предоставление социальных услуг клиентам в условиях пребывания в учреждение в течение определенного времени суток;
 - Нестационарное обслуживание обеспечивает предоставление социальных услуг клиентам в нестационарных условиях, без их проживания в указанном учреждении или отделении учреждения;
- Обслуживание на дому обеспечивает предоставление социальных услуг клиентам по месту их проживания;

Задачи:

- Систематическая разработка и проведение мероприятий по профилактике снижения уровня социальной защиты населения
- Осуществление межведомственного взаимодействия с государственными и муниципальными органами, в том числе с больницами, школами, миграционной службой, полицией, общественными организациями, религиозными организациями с целью выявления населения, нуждающегося в мероприятиях социального обслуживания;
- Многоаспектный учет населения, нуждающегося в мероприятиях социального обслуживания;
- Разработка индивидуальной программы помощи с выбором конкретных форм социальных услуг, порядка и срока ее предоставления людям, которым необходимо социальное обслуживание, на основе сведений о состоянии здоровья и способностей к самообслуживанию;
- Предоставление консультаций, услуг бытового и социального плана одновременно или в течение определенного законом и жизненной ситуацией клиента периода в соответствии с закрепленным федеральным законодательством перечнем социальных услуг;
- Развитие и ввод в практику деятельности инновационных форм социального обслуживания с учетом степени нуждаемости и условий региона;

- Социальное сопровождение отдельных категорий граждан, которым необходима социальная помощь и иные услуги центров социального обслуживания;
- Информационное освещение проблем категорий клиентов, нуждающихся в социальном обслуживании;
- Сотрудничество с государственными организациями по решению вопросов о социальном обслуживании граждан;
- Разработка мероприятий социального обслуживания на дому для престарелых граждан и лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- Организация социально-консультативной, юридической, психологической помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам и отдельным категориям граждан, нуждающихся в социальной поддержке;
- Организация деятельности групп взаимоподдержки, создание клубов общения, проведение мероприятий по проблемам, входящим в компетенцию Центра;
- Привлечение различных государственных, муниципальных и негосударственных структур к решению вопросов оказания социальной поддержки гражданам и координация их деятельности в этом направлении.

Финансовое обеспечение социального обслуживания:

- 1) средства бюджетов бюджетной системы РФ (бюджет РБ);
- 2) благотворительные взносы и пожертвования;
- 3) средства получателей социальных услуг при предоставлении социальных услуг за плату или частичную плату;
- 4) доходы от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, осуществляемой организациями социального обслуживания, а также иные не запрещенные законом источники.

2. Охрана материнства и детства – приоритетное направление в здравоохранении РБ и РФ. Медицинские организации, оказывающие помощь женщинам и детям.

Охрана материнства и детства – это система мер государственного и общественного характера, направленных на сохранение и укрепление здоровья женщин и детей, создание оптимальных условий для выполнения женщиной ее важнейшей социальной функции – рождения и воспитания ребенка.

Что включает в себя охрана материнства и детства:

1. Социально-правовая защита женщин и детей, обеспеченная соответствующими законами.
2. Создание и эффективное функционирование сети медицинских организаций охраны материнства и детства.

Критерии эффективности социальной и экономической политики государства:

1. Уровень перинатальной и младенческой смертности

2. Репродуктивное здоровье женщин

3. Состояние здоровья детей.

В системе охраны материнства и детства различают 7 этапов оказания профилактической и лечебной помощи:

1) формирование здоровья девочки как будущей матери;

2) оказание помощи женщине вне беременности, подготовка ее к материнству, совершенствование работы женских консультаций, центров "Брак и семья", генетических центров и др.;

3) комплекс мероприятий по антенатальной охране плода в женских консультациях, отделениях патологии беременности, специализированных отделениях и др.;

4) интранатальная охрана плода и рациональное ведение родов;

5) охрана здоровья новорожденного, организация правильного вскармливания, создание оптимальных условий для физического развития;

6) охрана здоровья ребенка в дошкольный период, обеспечение условий для оптимального физического развития, создание нужного иммунологического статуса;

7) охрана здоровья детей школьного возраста.

ü Охрана материнства и детства обеспечивается широкой сетью лечебно-профилактических учреждений, женских консультаций, детских поликлиник, родильных домов, детских больниц, дошкольных учреждений, санаториев.

Нормативно-правовые документы по охране материнства и детства:

1) Закон РФ "О дополнительных мерах по охране материнства и детства", который предусматривает продолжительность отпуска по беременности и родам в 70 календарных дней до родов и 70 дней после родов, а в случаях осложненных родов – 70 дней до родов, 86 дней после родов; при рождении двух детей и более – 84 дня до родов, 110 дней после родов

2) Указ Президента "О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения" предусматривает комплекс государственных мер по охране материнства и детства.

3) В соответствии с приказом МЗ Российской Федерации № 206 от 19.10.94 г. при амбулаторном лечении ребенка в возрасте до 7 лет листок нетрудоспособности выдается одному из родителей на весь период заболевания или до наступления ремиссии (в случае обострения хронического заболевания). При заболевании ребенка старше 7 лет листок нетрудоспособности выдается на срок до 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего срока. При стационарном лечении ребенка до 7 лет больничный лист выдается родителю на весь срок лечения ребенка. При лечении в стационаре ребенка старше 7 лет листок нетрудоспособности выдается после заключения экспертной комиссии о необходимости осуществления ухода за ребенком.

4) В последнее время вышел ряд постановлений, направленных на улучшение материального положения малообеспеченных семей (многодетные семьи, семьи с одним родителем или опекунами и др.); увеличен отпуск без сохранения содержания по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет (дополнительный отпуск засчитывается в общий и непрерывный трудовой стаж, а также в стаж работы по специальности)

3. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при направлении граждан на медико-социальную экспертизу.

На МСЭ направляются граждане, имеющие стойкие ограничения жизнедеятельности и трудоспособности, нуждающиеся в социальной защите, по заключению ВК при:

- 1) неблагоприятном клин и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков ВН, но не позднее 4 месяцев от даты ее начала
- 2) благоприятном клин и труд прогнозе не позднее 10 мес с даты начала ВН при состоянии после травм и реконструктивных операций
- 3) не позднее 12 месяцев при лечении туберкулеза
- 4) либо гражданин выписывается к занятию трудовой деятельностью

Направление на МСЭ оформляется в соответствии с формой №088/у-06 "Направление на МСЭ организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь".

При установлении инвалидности срок ВН завершается датой, непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении МСЭ

Временно нетрудоспособным лицам, которым не установлена инвалидность, ЛН мб продлен по решению ВК до восстановления трудоспособности с периодичностью продления ЛН по решению ВК не реже чем через 15 дней или до повторного направления на МСЭ.

ЗАДАЧА 48

Используя коэффициент корреляции Спирмена, установить направление и силу связи между стажем работников предприятия и числом

производственных травм, если получены следующие данные:

= 716783549

Задача 48.

$$r = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

$$r = 1 - \frac{6 \cdot 40}{5(24)} = 2$$

Связь очень сильная
прямая.

x	y	x ₁	y ₂
1	24	1	5
2	16	2	4
3	12	3	3
4	8	4	2
5	6	5	1

x ₁ - x ₂	d ²
-4	16
-2	4
0	0
2	4
4	16
$\sum d^2 = 40$	

1. Учреждения социального обслуживания. Задачи. Источники финансирования.

Учреждения:

- 1) комплексные центры социального обслуживания населения;
- 2) территориальные центры социальной помощи семье и детям;
- 3) центры социального обслуживания;
- 4) социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних;
- 5) центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей;
- 6) социальные приюты для детей и подростков;
- 7) центры психолого-педагогической помощи населению;
- 8) центры экстренной психологической помощи по телефону;
- 9) центры (отделения) социальной помощи на дому;
- 10) дома ночного пребывания;
- 11) специальные дома для одиноких престарелых;
- 12) стационарные учреждения социального обслуживания (дома-интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические интернаты, детские дома-интернаты для умственно отсталых детей, дома-интернаты для детей с физическими недостатками);
- 13) геронтологические центры;
- 14) иные учреждения, предоставляющие социальные услуги.

Формы социального обслуживания:

- Стационарное обслуживание обеспечивает предоставление социальных услуг клиентам в условиях круглосуточного пребывания.
 - Полустационарное обслуживание обеспечивает предоставление социальных услуг клиентам в условиях пребывания в учреждении в течении определенного времени суток;
 - Нестационарное обслуживание обеспечивает предоставление социальных услуг клиентам в нестационарных условиях, без их проживания в указанном учреждении или отделении учреждения;
- Обслуживание на дому обеспечивает предоставление социальных услуг клиентам по месту их проживания;

Задачи:

- Систематическая разработка и проведение мероприятий по профилактике снижения уровня социальной защиты населения
- Осуществление межведомственного взаимодействия с государственными и муниципальными органами, в том числе с больницами, школами, миграционной службой, полицией, общественными организациями, религиозными организациями с целью выявления населения, нуждающегося в мероприятиях социального обслуживания;
- Многоаспектный учет населения, нуждающегося в мероприятиях социального обслуживания;
- Разработка индивидуальной программы помощи с выбором конкретных форм социальных услуг, порядка и срока ее предоставления людям, которым необходимо социальное обслуживание, на основе сведений о состоянии здоровья и способностей к самообслуживанию;
- Предоставление консультаций, услуг бытового и социального плана одновременно или в течение определенного законом и жизненной ситуацией клиента периода в соответствии с закрепленным федеральным законодательством перечнем социальных услуг;
- Развитие и ввод в практику деятельности инновационных форм социального обслуживания с учетом степени нуждаемости и условий региона;
- Социальное сопровождение отдельных категорий граждан, которым необходима социальная помощь и иные услуги центров социального обслуживания;
- Информационное освещение проблем категорий клиентов, нуждающихся в социальном обслуживании;
- Сотрудничество с государственными организациями по решению вопросов о социальном обслуживании граждан;
- Разработка мероприятий социального обслуживания на дому для престарелых граждан и лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- Организация социально-консультативной, юридической, психологической помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам и отдельным категориям граждан, нуждающихся в социальной поддержке;
- Организация деятельности групп взаимоподдержки, создание клубов общения, проведение мероприятий по проблемам, входящим в компетенцию Центра;

- Привлечение различных государственных, муниципальных и негосударственных структур к решению вопросов оказания социальной поддержки гражданам и координация их деятельности в этом направлении.

Финансовое обеспечение социального обслуживания:

- 1) средства бюджетов бюджетной системы РФ (бюджет РБ);
- 2) благотворительные взносы и пожертвования;
- 3) средства получателей социальных услуг при предоставлении социальных услуг за плату или частичную плату;
- 4) доходы от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, осуществляемой организациями социального обслуживания, а также иные не запрещенные законом источники.

2. Охрана материнства и детства – приоритетное направление в здравоохранении РБ и РФ. Медицинские организации, оказывающие помощь женщинам и детям.

Охрана материнства и детства – это система мер государственного и общественного характера, направленных на сохранение и укрепление здоровья женщин и детей, создание оптимальных условий для выполнения женщиной ее важнейшей социальной функции – рождения и воспитания ребенка.

Что включает в себя **охрана материнства и детства**:

1. Социально-правовая защита женщин и детей, обеспеченная соответствующими законами.
2. Создание и эффективное функционирование сети медицинских организаций охраны материнства и детства.

Критерии эффективности социальной и экономической политики государства:

1. Уровень перинатальной и младенческой смертности
2. Репродуктивное здоровье женщин
3. Состояние здоровья детей.

В системе охраны материнства и детства различают 7 этапов оказания профилактической и лечебной помощи:

- 1) формирование здоровья девочки как будущей матери;
- 2) оказание помощи женщине вне беременности, подготовка ее к материнству, совершенствование работы женских консультаций, центров "Брак и семья", генетических центров и др.;
- 3) комплекс мероприятий по антенатальной охране плода в женских консультациях, отделениях патологии беременности, специализированных отделениях и др.;
- 4) интранатальная охрана плода и рациональное ведение родов;
- 5) охрана здоровья новорожденного, организация правильного вскармливания, создание оптимальных условий для физического развития;

- б) охрана здоровья ребенка в дошкольный период, обеспечение условий для оптимального физического развития, создание нужного иммунологического статуса;
- 7) охрана здоровья детей школьного возраста.

ï Охрана материнства и детства обеспечивается широкой сетью лечебно-профилактических учреждений, женских консультаций, детских поликлиник, родильных домов, детских больниц, дошкольных учреждений, санаториев.

Нормативно-правовые документы по охране материнства и детства:

- 1) Закон РФ "О дополнительных мерах по охране материнства и детства", который предусматривает продолжительность отпуска по беременности и родам в 70 календарных дней до родов и 70 дней после родов, а в случаях осложненных родов – 70 дней до родов, 86 дней после родов; при рождении двух детей и более – 84 дня до родов, 110 дней после родов
- 2) Указ Президента "О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения" предусматривает комплекс государственных мер по охране материнства и детства.
- 3) В соответствии с приказом МЗ Российской Федерации № 206 от 19.10.94 г. при амбулаторном лечении ребенка в возрасте до 7 лет листок нетрудоспособности выдается одному из родителей на весь период заболевания или до наступления ремиссии (в случае обострения хронического заболевания). При заболевании ребенка старше 7 лет листок нетрудоспособности выдается на срок до 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего срока. При стационарном лечении ребенка до 7 лет больничный лист выдается родителю на весь срок лечения ребенка. При лечении в стационаре ребенка старше 7 лет листок нетрудоспособности выдается после заключения экспертной комиссии о необходимости осуществления ухода за ребенком.
- 4) В последнее время вышел ряд постановлений, направленных на улучшение материального положения малообеспеченных семей (многодетные семьи, семьи с одним родителем или опекунами и др.); увеличен отпуск без сохранения содержания по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет (дополнительный отпуск засчитывается в общий и непрерывный трудовой стаж, а также в стаж работы по специальности)

3. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при направлении граждан на медико-социальную экспертизу.

На МСЭ направляются граждане, имеющие стойкие ограничения жизнедеятельности и трудоспособности, нуждающиеся в социальной защите, по заключению ВК при:

- 1) неблагоприятном клин и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков ВН, но не позднее 4 месяцев от даты ее начала
- 2) благоприятном клин и труд прогнозе не позднее 10 мес с даты начала ВН при состоянии после травм и реконструктивных операций
- 3) не позднее 12 месяцев при лечении туберкулеза

4) либо гражданин выписывается к занятию трудовой деятельностью

Направление на МСЭ оформляется в соответствии с формой №088/у-06 "Направление на МСЭ организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь".

При установлении инвалидности срок ВН завершается датой, непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении МСЭ

Временно нетрудоспособным лицам, которым не установлена инвалидность, ЛН мб продлен по решению ВК до восстановления трудоспособности с периодичностью продления ЛН по решению ВК не реже чем через 15 дней или до повторного направления на МСЭ.

ЗАДАЧА 48

Используя коэффициент корреляции Спирмена, установить направление и силу связи между стажем работников предприятия и числом производственных травм, если получены следующие данные:

= 716783549

Задача 48.

$$r = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

$$r = 1 - \frac{6 \cdot 40}{5(24)} = 2$$

Связь очень сильная прямая.

	x	y	x ₁	y ₂
n = 5	1	24	1	5
	2	16	2	4
	3	12	3	3
	4	8	4	2
	5	6	5	1

x ₁ - x ₂	d ²
-4	16
-2	4
0	0
2	4
4	16
$\sum d^2 = 40$	

Билет 44

1. Республиканские медицинские учреждения. Республиканская (областная, краевая) больница, структура и задачи в улучшении медицинского обеспечения населения.

Республиканская (областная, краевая) больница выполняет следующие основные функции:

- оказание высококвалифицированной специализированной и высокотехнологической медицинской помощи населению республики,
- оказание консультативной и организационно-методической помощи специалистам других ЛПУ республики, в первую очередь ЛПУ сельского звена;
- организация и оказание квалифицированной экстренной и плановой консультативной медицинской помощи с использованием средств санитарной авиации и наземного транспорта;
- осуществление экспертизы качества лечебно-диагностического процесса в медицинских учреждениях республики;

В республиканской (краевой, областной) больнице независимо от её мощности должны быть следующие **структурные подразделения**:

- консультативная поликлиника;
- стационар с приемным отделением;
- лечебно-диагностические отделения;
- организационно - методический отдел (организационно-экономический отдел) включающее организационно-экономическое, информационно-статистическое и клинично-экспертное отделения;
- отделение экстренной планово-консультативной медицинской помощи (ОЭПКМП);
- отдел АСУ;
- патолого-анатомическое бюро;
- вспомогательные подразделения;
- пансионат для больных на период обследования;

В **консультативной поликлинике** опытные высококвалифицированные врачи-специалисты осуществляют консультативно-диагностическую и лечебную помощь с применением современных медицинских технологий по установке диагнозов, определению тактики дальнейшего лечения. В установленном порядке организуют госпитализацию в профильные отделения больницы.

Отделение **экстренной планово-консультативной медицинской помощи** выполняет следующие функции:

| оказывает квалифицированную планово-консультативную помощь по заявкам органов и учреждений здравоохранения;

| обеспечивает транспортировку консультантов и больных в специализированные медицинские учреждения республики и за ее пределами, срочную доставку различных медицинских грузов, необходимых для спасения жизни больных;

| проводит эвакуацию больных и пострадавших в учреждениях здравоохранения.

В республиканской клинической больнице имеется **организационно-экономический отдел (ОЭО)**, выполняющий функцию оргметодотдела, является структурной частью республиканской больницы и непосредственно подчиняется главному врачу.

В структуру отдела входят:

| организационно-экономическое отделение;

| клинично-экспертное отделение;

| информационно-статистическое отделение

Кроме штатных главных специалистов, имеются внештатные главные специалисты, назначаемые приказом МЗ РБ из числа высококвалифицированных ведущих специалистов республиканских больниц, диспансеров и других ЛПУ, специалистов НИИ и профессорско-преподавательского состава медицинских университетов.

Внештатные районные специалисты являются организаторами соответствующей специализированной помощи в сельском районе, назначается высококвалифицированный врач-специалист, зав. отделением ЦРБ, имеющий квалификационную категорию.

Основные задачи районного специалиста: разработка и проведение мероприятий по профилактике заболеваний, внедрение в практику ЛПУ новейших методов профилактики, диагностики и лечения больных, в целях снижения заболеваемости.

2. Критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы.

медико-социальная экспертиза — определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Определены **3 условия признания гражданина инвалидом**: (Постановлением РФ от 20.02.2006 №95 « О порядке и условиях признания лица инвалидом»

1. Нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами
2. Ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельное передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью)
3. Необходимостью в мерах соц.защиты

Для признания гр-на инвалидом необходимо наличие всех указанных условий

На МСЭ направляются граждане, имеющие стойкие ограничения жизнедеятельности и трудоспособности по **заключению врачебной комиссии при:**

- 1) **очевидном неблагоприятном** клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее 4 мес.от ее начала
- 2) **благоприятном клиническом** и трудовом прогнозе не позднее 10 мес с даты начала времен.нетрудоспособности при состоянии после травм и реконструктивных операций
- 3)не позднее 12 мес. при лечении туберкулеза
- 4)работающие инвалиды для изменения трудов.рекомендации в случае ухудш.клинич. и трудового прогноза
- 5)для установления причин инвалидности
- 6)для установления степени утраты проф.трудоспос-ти

Порядок направления гражданина на МСЭ:
 -направляется организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь
 -органом, осуществляющим пенсионное обеспечение населения
 -либо органом социальной защиты населения
 Организация, оказывающая лечебно- профилактическую помощь,направляет гражданина на МСЭ после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий

МСЭ проводится:
 -в бюро по месту жительства(по месту пребывания, по месту нахождения пенсионного дела инвалида)
 -на дому в случае, если гр-н не может явиться в бюро по состоянию здоровья
 -в стационаре, где гр-н находится на лечении
 -заочно по решению соответствующего бюро

Документы, необходимые для предоставления в бюро МСЭ :

- 1)письменное заявление гр-на или его закон.представ-ля
- 2)паспорт
- 3)направление на МСЭ(форма 088/у)
- 4)листок нетрудоспос-ти

Классификация и критерии, используемы при осуществл.МСЭ(ПРИКАЗ МЗ РФ от22.08.2005 №535)

Определяют:

-основные виды нарушений функций организма человека, обуслов-ые заболеваниями, последствиями травм или дефектами, и степени их выраженности

-основные категории жизнедеятельности человека и степени выражен-ти ограничений этих категорий

Классификация основных видов нарушений:

- нарушен.психический функций
- нарушен.языковых и речевых ф-ий
- нарушен.сенсорных ф-ий

-нарушен.статодинамический ф-ий
 -наруш.фи-й кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения,
 обмена веществ,иммунитета

-наруш.,обусловленные физич.уродством

Степени выраженности:

1 ст- незначительные нарушения

2 ст- умеренные наруш.

3 ст- выраженные наруш

4 ст- значительно выраженные наруш.

Классификация основных категорий жизнедеят-ти:

-способность к самообслуживанию

- спос-ть к самост.передвижению

-спос-ть к ориентации

-спос-ть к общению

-спос-ть контролировать свое поведение

-спос-ть к обучению

-спос-ть к трудов.деят-ти

Выделяются 3 степени выраженности ограничений каждой из основных категорий жизнедеятельности человека:

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

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

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

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

Критерием для установления первой группы инвалидности является нарушение здоровья человека с IV степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к 3 степени выраженности ограничений одной из следующих категорий жизнедеятельности человека (или их сочетанию), определяющих необходимость его социальной защиты:

Критерием для установления второй группы инвалидности является нарушение здоровья человека с III степенью выраженности стойких нарушений функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее ко 2 степени выраженности ограничений одной из следующих категорий жизнедеятельности человека (или их сочетанию), определяющих необходимость его социальной защиты:

Критерием для установления третьей группы инвалидности является нарушение здоровья человека со II степенью выраженности стойких нарушений функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к 1 степени выраженности ограничений следующих категорий жизнедеятельности человека в их различных сочетаниях, определяющих необходимость его социальной защиты:

Критерием для установления инвалидности лицу в возрасте до 18 лет является нарушение здоровья со II и более выраженной степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне от 40 до 100 процентов), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению любой категории жизнедеятельности человека и любой из трех степеней выраженности ограничений каждой из основных категорий жизнедеятельности, определяющих необходимость социальной защиты ребенка.

3. Экономические показатели, характеризующие использование основных фондов, медицинского оборудования.

Основные фонд - это средства труда, длительное время используемые в лечебных и хозяйственных целях: здания, лифты, мебель, аппаратура и т.д. Основные фонды, выраженные в стоимостном значении, называют основными средствами.

В составе основных фондов выделяют активную часть (аппараты, приборы, медицинская техника и т.д.) и пассивную часть (здания, сооружения). Соотношение их составляет примерно 25,0 и 75,0%.

К показателям использования основных фондов относятся:

Фондооснащенность – стоимость основных фондов / мощность учреждения (на количество планово развернутых коек, число посещений в смену, число вызовов скорой медицинской помощи в год).

Фондовооруженность труда – это стоимость основных фондов / число работников медицинской организации

Фондоотдача - это число госпитализированных больных * 1000 / стоимость основных фондов по стационару (руб.);

К показателям использования медицинской техники относят:

1. Коэффициент календарного обслуживания = время возможного использования оборудования / календарное число дней в году

2. Коэффициент сменности работы оборудования = фактическое число часов работы оборудования / максимально возможное количество часов работы

К показателям использования персонала относятся:

1. число работников, приходящихся на 100 коек;

2. укомплектованность штатов всех категорий;

3. соотношение числа врачей и среднего медперсонала;

4. коэффициент совместительства.

К показателям использования финансовых ресурсов относятся

1. источники финансирования, соотношение бюджетных средств, средств по медицинскому страхованию, полученных от оказания платных медицинских услуг, по договорам и т.д.);

2. структура расходов (на заработную плату, медикаменты, питание и прочие);

3. экономия заработной платы.

Для анализа использования коечного фонда стационаров используют две группы показателей

1. стоимостные показатели работы стационаров;

2. показатели использования коечного фонда.

К стоимостным показателям использования коечного фонда относятся:

1. стоимость содержания больничной койки в течение года;

2. стоимость одного койко-дня;

3. стоимость содержания одного больного в стационаре.

На стоимостные показатели стационара влияют:

-специализация больничной койки;

-мощность стационара;

-объем работы стационара (выполнение плановых койко-дней).

К показателям использования коечного фонда относятся:

1. среднее число дней работы в году;

2. средняя длительность пребывания больного в стационаре;

3. оборот больничной койки;

4. среднее время простоя койки.

Задача 36

В отчетном году в возрасте до одного года умерло 34 ребенка, из них 13 - в возрасте до 6 суток,

24 - до одного месяца. Определить долю умерших в раннем неонатальном, неонатальном и постнеонатальном периодах среди умерших до года, оценить полученные показатели.

Ранняя неонат. — на 1-й неделе = 13
 Неонат. — на 1-ый месяц — 21
 постнеонат. = со 2 мес. до 12 мес.

Ранн. неонат. = $\frac{13}{34} \cdot 100\% = 38,2\%$
 Неонат. = $\frac{21}{34} \cdot 100\% = 61,8\%$

Как оценить? $\frac{\text{умерли в пер. период}}{\text{умерли за год}} \cdot 100$
 $= \frac{13}{34} \cdot 100\% = 38,2\%$

Билет 45

1. Роль межмуниципальных специализированных отделений (центров) в оказании медицинской помощи сельскому населению.

ЦРБ - центр оказания квалифицированной и специализированной мед помощи сельскому населению и орган – методического руководства здравоохранения района.

В составе ЦРБ: стационар с отделениями по основным специальностям, поликлиника, лечебно-диагностические кабинеты, лаборатория, ЖК, патологоанатомическая служба, оргметодкабинет, вспомогат. структурные подразделения: аптека, архив, отделения скорой и неотложной помощи:

По мощности ЦРБ делят на 6 категорий: 1 - больше 350 коек; 2 -300-350 коек; 3 - 250-300 коек; 4 - 200-250 коек; 5 - 150-200 коек; 6 - 100-150 коек.

Задачи ЦРБ: 1. Обеспечение населения района специал. стационарной и поликлинической помощью 2. Организация скорой и неотложной помощи 3. Консультативная и практическая помощь врачам СУБ 4. Планирование, финансирование и организация материально-тех. снабжения учреждений район 5. Организационно-методическое руководство и контроль за деятельностью ЛПУ района Роль областных мед.учреждений.

2. Структура смертности от болезней системы кровообращения, онкологических заболеваний, травм и отравлений.

Болезни системы кровообращения в 2019 г. в структуре первичной заболеваемости взрослого населения занимают 4-е место, общей заболеваемости – 1-е место.

Ведущими нозологическими формами являются: болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, ишемические болезни сердца и цереброваскулярные болезни..

Больше половины всех болезней системы кровообращения приходится на возрастную группу старше трудоспособного возраста (от 55-60 лет и старше).

Согласно эпидемиологическим исследованиям, наибольший вклад в смертность населения России от болезней системы кровообращения вносят следующие факторы: повышенное артериальное давление, высокий уровень холестерина, курение, злоупотребление алкоголем, повышенный индекс массы тела в сочетании с низкой физической активностью, психоэмоциональные и социальные факторы

Онкологические заболевания : 2 место в структуре смертности. У мужчин часто онкология органов дыхания, у женщин молочной железы.

Травмы и отравления .

По уровню первичной заболеваемости взрослого населения травматизм занимает второе место, после болезней органов дыхания. В заболеваемости с временной утратой трудоспособности по среднему числу дней нетрудоспособности ему принадлежит второе место.

Особенностью травматизма является не только его широкое распространение, но и тяжелые исходы. Последствия травм, отравлений и других внешних воздействий в структуре первичной инвалидности занимают третье место

3. Лекарственное обеспечение при орфанных заболеваниях и двенадцати нозологиях. Источники финансирования.

Программа 12 нозологий

Финансируется из федерального бюджета. Документ: [Федеральный закон](#) от 03.08.2018 N 299-ФЗ. Перечень заболеваний: Муковисцидоз, Болезнь Гоше, Гемофилия, Рассеянный склероз, Гипофизарный нанизм, Онкогематология, Трансплантология. в 2019 год + 5 нозологий: гемолитико-уремический синдром, юношеский артрит с системным началом, мукополисахаридоз I, II и VI типов.

Показания к назначению лекарственных препаратов определяет лечащий врач. Для включения в программу необходимо: подтвержденный морфологический диагноз, рекомендация врача о проведении лечения (эпикриз), форма N 01-ФР (направление на включение в регистр, заполняет врач).

Орфанные заболевания – заболевания, которые имеют распространенность не более 10 случаев заболевания на 100 тысяч населения

Лекарственное обеспечение за счет средств регионального бюджета

Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» установлено, что лица, страдающие заболеваниями, включенными в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (**орфанных**) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности, обеспечиваются соответствующими лекарственными препаратами.

Задача № 13

Вычислить стандартизированные показатели заболеваемости болезнями периферической нервной системы у рабочих двух цехов и сравнить их с интенсивными показателями заболеваемости. За стандарт принять состав рабочих по профессиям в обоих цехах.

Ответ:

1 этап - число больных : на число рабочих в 1 и 2 цехе пресовщиков, вулканщиков и ВСЕГО.

2 этап - выбор стандарта в абсолютных числах, складываем число рабочих пресовщиков, вулканщиков и ВСЕГО в 1 и 2 цехе.

3 этап - определяем число больных, если бы число рабочих было в виде суммы числа рабочих в 2 цехах, составляя пропорцию. 100 процентов - это число больных из числа рабочих в 1 цехе, а за X- берем число больных среди всех рабочих в 2-х цехах.

4 этап - определение стандартизованных показателей сумму числа больных среди пресовщиков и вулканщиков делим на общее число всех рабочих и умножаем на 100% для обоих цехов.

На всякий фото решения.

№	Профессии	Шаг 1		Шаг 2		I этап, %		II, абс. ч.	III этап		
		число рож.	число больных	число рож.	число б.	1	2		1	2	
г.з	преподаватели	421	12	390	13	2,9	3,3	421 811	23,5	26,8	
г.з	бухгалтеры-экономисты	635	43	320	23	6,8%	7,2	635 955	64,9	68,8	
г.з	Бессе	1056	55	710	36	5,2%	5,1	1056 1766	88,4	95,6	
б								IV	100	5,0	5,4

I этап.
 $\frac{12}{421} \cdot 100\% = 2,9\%$

II этап.
 Выбор стандарта: $421 + 390 = 811$
 $635 + 320 = 955$
 $1056 + 710 = 1766$

III этап:
 В целом в 1 больнице преподавателей = 2,9%
 Сколько было бы больных среди 811 человек?
 $\frac{100\% - 2,9\%}{811 - x} = \frac{100 - 2,9\%}{811 - x}$ $x = 23,5$ больных
 $\frac{100 - 3,3\%}{811 - x} = \frac{100 - 3,3\%}{811 - x}$ $x = 26,8$ больных

$23,5 + 64,9 = 88,4$

IV этап. Определение стандартизованных показателей.
 $\frac{88,4 \cdot 100}{1766} = 5\%$

Билет 46

1. Роль и задачи организационно-методических кабинетов (отделов) ЦРБ и республиканской (краевой, областной) больницы.

Роли и задачи -
 - анализ основных показателей состояния здоровья и деятельности медицинских учреждений района (показатели общей и младенческой смертности, заболеваемости, травматизма,

инвалидности, летальности, показатели деятельности амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов);
 - организация выездов врачей-специалистов в сельские врачебные участки для консультаций и оказания практической помощи в профилактической и лечебно-диагностической работе;
 - разработка мероприятий по повышению качества медицинской помощи;
 - организация мероприятий по повышению квалификаций медицинского персонала.

Основные статистические учетные формы по стационару:

4. Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара Ф. № 77/у-02

В обязанности кабинетов входит прием годовых отчетов. На основании данных отчетных форм и специального анализа составляет обзор о состоянии здоровья различных групп населения, оценивает показатели здравоохранения. В оргметодкабинетах должны быть сведения о районных конференциях и занятиях с врачами и средним медицинским персоналом, о семинарах с участием районных специалистов, специализации и повышении квалификации медицинских работников (которые в сельской местности должны проходить 1 раз в 5 лет). Ежемесячно, ежеквартально кабинет вычисляет основные показатели работы каждого медицинского учреждения

В структуру отдела входят:

- | организационно-экономическое отделение;
- | клинико-экспертное отделение;
- | информационно-статистическое отделение

В отличие от ЦРБ, в **областной (краевой, окружной, республиканской) больнице** функции **организационно-методического** отдела значительно шире. Фактически он служит аналитическим центром и научно-методической базой органа управления здравоохранением субъекта РФ по внедрению в практику современных медицинских и организационных технологий.

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

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

Дальнейшие пути совершенствования организации медицинской помощи жителям села заключаются в развитии сети центров общей врачебной (семейной) практики, укреплении материальнотехнической базы и оснащении современным медицинским оборудованием межрайонных центров на базе крупных центральных районных больниц, обеспечении станций (отделений) скорой медицинской помощи санитарным транспортом и средствами связи, развитии службы санитарной авиации, внедрении телемедицины, развитии высокотехнологичных видов медицинской помощи на базе областных (краевых, окружных, республиканских) больниц.

2. Организация лекарственного обеспечения населения при амбулаторно-поликлиническом и стационарном лечении.

Лекарственное обеспечение больных, находящихся на стационарном лечении осуществляется бесплатно за счет средств ОМС и государственного бюджета

Небольшие ЛПУ обеспечиваются лекарствами через территориальные хозрасчетные аптеки общего типа. Снабжение крупных ЛПУ - через сеть специализированных аптек, которые могут быть хозрасчетными (межбольничные и больничные) или бюджетными (аптеки ЛПУ).

Эти аптеки отличаются по экономическому признаку и по своей подчиненности. Хозрасчетные - комитету фармации, а бюджетные - главному врачу ЛПУ.

Особенностями лекарственного обеспечения ЛПУ являются изготовление и отпуск лекарств для отделения в целом. При этом в рецептуре преобладают средства для парентерального введения.

Лекарственные средства могут быть выданы пациенту только на основании выписанных врачом рецептов. В рецепте обязательно должны быть указаны (наименование, способ применения, срок действия и порядок оплаты):

Максимальный срок действия льготных рецептов (30 календарных дней, 1 год если хроническое - однако для граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, такая возможность не предусмотрена.) со дня выписки. При отсутствии данного лекарства больной ставится на отсроченное обслуживание сроком до 10 рабочих дней.

Запрещается выписывать рецепты: при отсутстви показаний, если используются только в ЛПУ - наркотный эфир т тд, на наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в Список II Перечня наркотических средств,

Все льготные рецепты должны быть маркированы литерой "Л", и на каждом рецепте должен быть указан код льготы. Рецепт может быть выписан единолично врачом или врачом по решению врачебной комиссии. Рецепт может быть выписан единолично врач в рамках оказания гос.помощи или частный врач при условии что он заключил договор с территориальным органом управления здравоохранения и/или территориальным фондом ОМС

Рецепт выписывается в трех экземплярах, 1-в мед.карту, 2 на руки, которые потом забирает аптека и 1 передает в фармацевтическую организацию. Оплата производится Фондом ОМС в размере зарегистрированной цены и утвержденной торговой надбавки. Фармацевтическая компания должна ежедневно информировать лечебно-профилактические учреждения о находящихся у них на складе лекарственных средствах. При отсутствии лекарственного средства в аптеке необходимо в течение суток поставить в известность фармацевтическую компанию. Эта информация учитывается врачами при выписывании льготных рецептов.

3. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности: основные показатели, методика расчёта, пути снижения.

1. Обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством (ФЗ от 2006 года) - система создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на компенсацию гражданам утраченного заработка (выплат, вознаграждений) или дополнительных расходов в связи с наступлением страхового случая по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством;

Страховыми случаями:

- заболевания или травмы (за исключением временной нетрудоспособности вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний), которая определяется другим законом;
- беременность и роды, рождение ребенка (детей), уход за ребенком до достижения им возраста полутора лет;
- смерть застрахованного лица или несовершеннолетнего члена его семьи.

Медицинский критерий нетрудоспособности – врач определяет у пациента заболевание, его осложнение, которые не позволяют выполнять профессиональную деятельность

ЗВУТ - это частота всех случаев (дней) утраты трудоспособности вследствие заболевания, травмы либо других медицинских проблем, связанных со здоровьем, а также возможности выполнять работу (например, при карантине, при уходе за заболевшим членом семьи) среди работающего населения.

Единица наблюдения – каждый законченный случай ВН в течение года у работающего в связи с заболеванием или травмой. Основными учётными документами являются:

- Листок нетрудоспособности (ф .095у);
- Книга регистрация листков нетрудоспособности (ф .0 36у);

Отчётный документ: -Сведения о причинах временной нетрудоспособности за...год (Форма 16-ВН

Работающим может быть выдан листок нетрудоспособности в ЛПУ, как по месту жительства, так и по месту работы, а также в диспансерах, больницах и т.д.

2. Показатели заболеваемости с временной утратой нетрудоспособности рассчитываются по лицам:

- Число болевших лиц на 100 круглогодových рабочих.
- Кратность заболеваний (число лиц, имеющих нетрудоспособность 1,2,3 и более раз).
- Повторность заболеваний (число лиц, имеющих нетрудоспособность по поводу данного заболевания 1,2,3 и более раз).

Полученные результаты следует сравнить с данными прошлых лет.

7. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности:

$$7.1. \text{ Показатель структуры} = \frac{\text{Число случаев или дней заболеваемости с ВУТ данной болезнью}}{\text{Число всех заболеваний с ВУТ}} \times 100$$

$$7.2. \frac{\text{Число случаев заболеваний на 100 работающих}}{\text{Средняя численность работающих}} = \frac{\text{Число случаев заболеваний с временной утратой трудоспособности}}{\text{Средняя численность работающих}} \times 100$$

$$7.3. \frac{\text{Число дней нетрудоспособности на 100 работающих}}{\text{Средняя численность работающих}} = \frac{\text{Число дней нетрудоспособности}}{\text{Средняя численность работающих}} \times 100$$

$$7.4. \frac{\text{Средняя длительность одного случая ЗВУТ}}{\text{Число случаев нетрудоспособности}} = \frac{\text{Число дней нетрудоспособности}}{\text{Число случаев нетрудоспособности}}$$

Пути снижения ЗВУТ: улучшение условий труда на рабочих местах; регулярный анализ заболеваемости и производственного травматизма; диспансерное наблюдение за длительно и часто болеющими с осуществлением целенаправленных лечебно-оздоровительных мероприятий.

ЗАДАЧА ЮК

Билет 47

1 вопрос. Организация санаторно-курортного лечения. Курорты Республики Башкортостан. Роль врачей при отборе больных на санаторно-курортное лечение(101).

МЗ РФ Приказ от 5 мая 2016г. №279н “Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения”.

1. Настоящий Порядок устанавливает правила организации и оказания сан.-курортного леч-я взрослому и детскому населению в мед. организациях,
2. Сан.-курорт. леч. включает в себя мед. помощь, осуществляемую мед. организ-ми в профилих, лечеб. и реабил-ых целях на основе испол-я природ. лечеб. ресурсов, в т.ч. в усл-х пребывания в лечебно-оздоровительных местностях и на курортах.
3. Санаторно-курортное лечение направлено на: а) активацию защитно-приспособительных реакций организма в целях профилактики заболеваний, оздоровления; б) восстановление и

(или) компенсацию функций организма, нарушенных вследствие травм, операций и хронических заболеваний, уменьшение количества обострений, удлинение периода ремиссии, замедление развития заболеваний и предупреждение инвалидности в качестве одного из этапов медицинской реабилитации.

5. Сан.-курорт. леч. осуществляется в организациях : санаториях; санаториях для детей, в т.ч., для детей с родителями; санаториях-профилакториях; курортной поликлинике; грязелечебнице; бальнеологической лечебнице; санаторном оздоровительном лагере круглогодичного действия.

8. Сан.-курорт. леч. осущ-ся при взаимодействии: врачей-специалистов (диетолога, физиотерапевта, ЛФК); среднего мед. персонал; специалистов с высшим и средним немедицинским образованием (инструкторов-методистов по лечебной физкультуре).

9. Сан.-курортное леч. осущ-ся при наличии мед. показаний и отсутствии мед. противопоказаний для санаторно-курортного лечения.

10. Документом, подтверждающим наличие мед. показаний и отсутствие мед. противопоказаний для сан.-курорт. леч. - справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение. Учетная форма 070/у "Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение".

11. Документы, которые нужны для приема на сан.-курорт. леч.: путевка и санаторно-курортная карта (форма 072/у "Санаторно-курортная карта", форма N 076/у "Санаторно-курортная карта для детей"), паспорт, свидетельство о рождении (для детей в возрасте до 14 лет); полис ОМС, страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии); справка врача-педиатра или врача-эпидемиолога об отсутствии контакта с больными инфекционными заболеваниями (для детей).

13. Мед. орг. обеспечивает создание условий круглосуточного пребывания, включая предоставление спального места и питания.

16. Леч. врач осущ-т постоянн. наблюд-е за пациентом в пер. его нахождения в мед. орг., контр-т изменения состояния здор. и результаты возд-я оказ-х лечеб. процедур, при необх-ти корректирует назначения.

17. Индивидуальная программа санаторно-курортного лечения составляется с учетом основного и сопутствующих заболеваний: режим дня; лечебное питание; консультации врачей-специалистов, природные лечебные ресурсы, немедикаментозная терапия: физиотерапия, лечебная физкультура, массаж, мануальная терапия, психотерапия, рефлексотерапия.

20. Длительность лечения составляет 14 -21 день.

21. По завершении сан.-курорт. леч-я выдается обратный талон санаторно-курортной карты, содержащий сведения о проведенном санаторно-курортном лечении, его эффективности, рекомендации по здоровому образу жизни.

Курорты РБ: санаторий Якты Куль(абзел.р-н), с-й Ассы(белор.р-н), Карагай(мечет.р-н), Талкас(баймак.р-н), Красноуольск(гафур.р-н), Юматово(Уфим.р-н), Зеленая роща, Радуга(Уфа), Танып(аскин.р-н), Янган тау(салаватск.р-н).

Роль врача: Приказ Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 N 256 (ред. от 15.12.2014) "О Порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение".

Лечащий врач опред-т мед. показания для санаторно-курортного лечения и отсутст-е противопоказ-й для его осуществления для применения природ. климат-х факторов, на основании объективного сост-я б-го, резул. предшест. лечения, данных лабор-х, функц-х, рентг-х исследований. Надо учитывать наличие сопутствующих заболеваний, условия поездки на

курорт, контрастность климатогеографических условий, особенности природных лечебных факторов и других условий лечения на рекомендуемых курортах.

2 вопрос. Характеристика населения по демографическим показателям. Типы возрастной структуры, показатели, характеризующие демографическую старость населения.

Демография – наука о населении в его общественном развитии. Демография делится на 2 раздела: статика населения и динамика населения. **Статистика населения** – включает численность и состав населения по возрасту, полу, социальному положению, профессии, родному языку, национальности, месту жительства, уровню образования на определенный момент времени. **Динамика населения** – это изменение численности населения во времени. Она включает: 1) механическое движение (миграция) населения; 2) естественное движение населения – изменение численности и состава населения в результате рождаемости и смертности.

Общие демографические показатели :

1. **Рождаемость** населения – отношение числа родившихся живыми в течении года к среднегодовой численности населения (рассчитывается как средняя арифметическая из численностей на начало и конец года)*1000. Критерии оценки показателя рождаемости по ВОЗ: менее 10‰ – очень низкий, 10-15‰ – низкий, 16-20‰ – ниже среднего, 21-25‰ – средний, 26-30‰ – выше среднего, 31-40‰ – высокий более, 40‰ – очень высокий.

2. **Смертность** – процесс уменьшения численности населения в результате смерти отдельных людей. Это отношение числа умерших в течение года к среднегодовой численности населения*1000. Критерии оценки показателя смертности по ВОЗ: менее 7 ‰ – очень низкий, 7-10 ‰ – низкий, 11-15 ‰ – средний, 16-20 ‰ – высокий.

3. **Естественный прирост (убыль) населения** – разность числа родившихся и числа умерших на данной территории за определённый период(год). М.б. положительным, отрицательным и равным нулю.

Коэффициент естественного прироста (убыль) населения равен разности между коэффициентом рождаемости и смертности к среднегодовой численности населения*1000

Естественный прирост или убыль = Показатель рождаемости - Показатель смертности

4. **Средняя продолжительность предстоящей жизни (СППЖ)** – число лет, к-е предстоит прожить данному поколению родившихся, если на протяжении всей жизни поколения по возрастные показатели смертности будут такими, какими они являются на год определения СППЖ. показатель состояния здоровья населения; зависит только от уровня смертности. Для определения СППЖ составляют таблицы смертности.

Таблицы смертности – система взаимосвязанных величин, характеризующих порядок вымирания населения при данном уровне смертности в отдельных возрастах; система возрастных показателей, измеряющих уровень смертности в отдельные периоды времени дожития до некоторого возраста, продолжительности жизни и др.; представляют собой наиболее точную и адекватную характеристику уровня смертности. Строятся для мужского, женского и для всего населения.

5. **Общий коэффициент брачности** – отношение числа заключенных браков на опред.тер-рии за некот. период к средней численности населения * 1000.

6. **Общий коэффициент разводимости** – отношение числа разводов, зарегист-х за год к среднегодовой численности населения *1000 .

Специальные демографические показатели:

1) Специальные показатели воспроизводства:

Коэффициент общей плодовитости (фертильности) – возраст женщин 15–49 лет. Отношение числа рождений за год у женщин детородного возраста к численности женщин детородного возраста* 1000 .

Повозрастные коэффициенты плодовитости (ПКП) – отношение числа рождений за год у женщин опред. возраста к численности женщин той же возрастной группы* 1000.

Коэффициент брачной плодовитости – отношение числа рождений у женщин, состоящих в браке, к численности женщин в плодovитом возрасте (15–49 лет), состоящих в браке* 1000.

Коэффициент повозрастной брачной плодовитости – отношение числа рождений за год у женщин определенной возрастной группы, состоящих в браке, к числу женщин той же возрастной группы, состоящих в браке*1000 .

Брутто-коэффициент воспроизводства населения – это число девочек, которое в среднем родит каждая женщина за весь репродуктивный период.

Нетто-коэффициент воспроизводства населения – это среднее число девочек, рожденных за всю жизнь женщиной и доживших до конца репродуктивного периода.

Коэффициент частоты абортов – отношение числа абортов к числу рождений и абортов*100.

2) Специальные показатели смертности

Повозрастной коэффициент смертности – отношение числа умерших за год в опред. возрастной группе к числ-ти населения данной возрастной группы* 1000.

Материнская смертность – отношение количества умерших женщин беременных, рожениц и родильниц до 42 дней после родов к количеству детей родившихся живыми* 100 000.

Младенческая смертность - число умерших детей на 1 году жизни*1000 детей родив-ся живыми.

Коэффициент мертворождаемости – как отношение числа мертворожденных в данном году к числу родившихся живыми и мёртвыми в том же году * 1000.

Перинатальная смертность – смертность жизнеспособных плодов до начала родовой деят-ти у матери, во время родов и смертность новорождённых детей в возрасте до 7 дней *1000 родившихся живыми и мертвыми.

Коэффициент ранней неонатальной смертности - отношение числа умерших на 1-й нед. жизни к числу родившихся живыми в том же году*1000.

Коэффициент поздней неонатальной смертности (смерт-ть детей со 2-й нед. жизни до 1 мес.) – отношение числа детей, умерших на 2-4-й неделе жизни к разности между числом детей, родившихся живыми и числом детей, умерших на 1-й неделе жизни, * 1000.

Коэффициент неонатальной смертности – отношение числа детей, умерших на 1-м месяце жизни к числу детей, родившихся живыми за год, выражается в расчете на 1000.

Коэффициент постнеонатальной смертности – отношение числа детей, умерших со 2 месяца до 12 месяцев к разности между числом детей, родившихся живыми и числом детей, умерших в 1-й месяц жизни, на 1000.

3 типа возрастной структуры населения: прогрессивный, стационарный и регрессивный. Все население разделено на 3 возрастные группы: 1гр. - 0-14 лет(дофертильный возраст), 2гр - 15-49 лет(фертил.возр); 3 гр - 50 лет и более(постфертил.возр)

1)Прогрессивным типом- доля детей в возрасте от 0 до 14 лет превышает долю населения в возрасте 50 лет и старше.

2)Регрессивный тип - доля лиц в возрасте 50 лет и старше превышает долю лиц в возрасте от 0 до 14 лет.

3)Стационарный - доля детей от 0 до 14 лет равна доле лиц в возрасте от 50 лет и старше.

Демографическое старение – увеличение с годами доли пожилого населения во всём населении. **Причины:** Снижение рождаемости; Снижение смертности с увеличением средней продолжительности жизни; Миграция(уезжает молодое население).

Показатель демографического старения – удельный вес населения в возрасте 60 лет и старше во всём населении.

3 вопрос. Планирование, принципы планирования. Разделы плана. Показатели плана. Нормативы в здравоохранении. (ХЗ КАКОЙ ВОПРОС ОТЛИЧАЕТСЯ В разных файлах)

План – надлежаще оформленное управленческое решение, включающее цели, задачи, пути и средства их достижения, показатели конечных результатов.

Планирование в здравоохранении – это процесс определения необходимых ресурсов и механизма эффективного их использования для решения задач повышения качества и доступности медицинской помощи, достижения конкретных показателей здоровья населения и деятельности здравоохранения.

Принципы планирования: 1) Систем. подход,
2) Сочетание отраслевого и террит-го планирования,
3) Выделение приоритетных направ-й разв-я здравооохр. (проект Здравоохранение, проект Демография),
4) Директивность планов,
5) Единство методических подходов к планированию на всех уровнях сист. здравооохр.,
6) Обесп-е сбалан-ти в разв-и всех типов здравооохр.

Разделы плана: 1) разв-е сети мед.учрежд.
2) подг-ка и повыш.квалиф-и мед.кадров,
3) план капитал.строит-ва,
4) штатное расписание мед.organiz-й,
5) материал.-технич.обесп-е,
6) финанс.план(бюджет здравооохр.)

Показатели плана: 1) Мощность мед.organiz.(стац-р -число развер.коек, поликли.- число посещ за смену, СМП-число вызовов в год),
2) Показ-ли деят.мед.organiz.(число посещ. На 1 жителя в год, показ-ли диспан.набл.)
3) Показ-ли деят.мед.раб-в(нагрузка мед.перс.-число принятых пац.в теч 1ч, для врача-число принятых б-х в год),
4) Финанс.показ-ли(смета-т.е.расходы ,списания по статьям)

Нормативы в здравоохр.- расчетная величина и колич-я мера затрат материал., финанс., временных и др.ресурсов, к-ые примен-ся при нормировании труда, планир-и производит. и хозяйств.деят-ти.

Нормативы разраб-ся и утвер-ся МЗ РФ.

Классификация нормативов: 1) материал.- уст-т уровень затрат в натур.выражении (кол-во компл.белья на 1 б-го или на 1 койку, расход прод.пит. на 1 койко-день),
2) финансовые- уст-т уровень затрат в денеж.выраж-и(подушевое финан-е,расход на пит-е),
3) временные- уст-т уровень затрат по времени(среднечасов.нагр-ка врача)

ЗАДАЧА: про младен.смертность

Билет 48

1 вопрос. Фельдшерско-акушерские пункты: организация работы, роль и задачи в медицинском обеспечении населения.

Фельдшерско-акушерский пункт (ФАП) — лечебно-профилактическое учреждение, осуществляющее начальный (доврачебный) этап оказания медицинской помощи в сельской местности. ФАПы работают в составе сельского врачебного участка под руководством амбулатории, участковой или районной больницы.

Рекомендуемая численность обслуживаемого населения 300-700 человек.

Необходимость доврачебного звена здравоохранения в сельской местности определяется малой плотностью проживания населения (в отличие от компактного городского населения). ФАПы располагаются в наиболее удалённых от больницы населённых пунктах, делая медицинскую помощь для их жителей более доступной.

Персонал ФАПа состоит из заведующего — фельдшера (акушерки), патронажной сестры — акушерки и санитарки.

Структура:

процедурная,
комната фельдшера и акушерки,
комната экстренного приема родов,
место временного пребывания пациентов.

Задачами являются:

- диагностика и лечение неосложненных заболеваний, хронических заболеваний по назначению врача
- своевременное и в полном объеме выполнение назначений врача
- направление больных с хроническими заболеваниями к врачу
- организация патронажа детей и беременных женщин
- наблюдение за контактными лицами в очаге инфекции
- проведение переписи населения 1р/год
- организация стационара на дому
- организация паллиативной помощи
- реализация лекарственных средств и мед изделий в случае отсутствия на территории аптек

2 вопрос. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях, профессиональных заболеваниях, травмах, в том числе полученных вследствие несчастного случая на производстве, отравлениях (некоторых других последствиях воздействия внешних причин).

Листок нетрудоспособности выдают следующие медицинские работники:

- лечащие врачи медицинских организаций;
- фельдшеры и зубные врачи медицинских организаций (далее - фельдшеры и зубные врачи) - в случаях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- лечащие врачи клиник научно-исследовательских учреждений (институтов), в том числе клиник научно-исследовательских учреждений (институтов) протезирования или протезостроения.

При амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений и иных состояний с временной потерей гражданами трудоспособности, лечащий врач единолично выдает гражданам листки нетрудоспособности сроком до 15 календарных дней включительно

При сроках временной нетрудоспособности, превышающих 15 календарных дней, листок нетрудоспособности выдается и продлевается по решению врачебной комиссии, назначаемой руководителем медицинской организации по месту его прикрепления или регистрации по месту жительства (по месту пребывания, временного проживания) для продления листка нетрудоспособности.

Фельдшер или зубной врач выдает и продлевает листок нетрудоспособности на срок до 10 календарных дней включительно.

По решению врачебной комиссии при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть выдан в установленном порядке до дня восстановления трудоспособности, но на срок не более 10 месяцев, а в отдельных случаях (туберкулез) - на срок не более 12 месяцев, с периодичностью продления по решению врачебной комиссии не реже чем через 15 календарных дней.

При заболеваниях, профессиональных заболеваниях, когда лечение осуществляется в амбулаторно-поликлинических условиях, листок нетрудоспособности выдается в день установления временной нетрудоспособности на весь период временной нетрудоспособности, включая нерабочие праздничные и выходные дни.

Гражданам, нуждающимся в лечении в специализированной медицинской организации, листок нетрудоспособности выдается непосредственно в специализированной медицинской организации.

В отдельных случаях (сложные урологические, гинекологические, проктологические и другие исследования, манипуляции, процедуры) при амбулаторном лечении по прерывистому методу листок нетрудоспособности может быть выдан по решению врачебной комиссии на дни проведения соответствующего исследования. В этих случаях в листке нетрудоспособности указываются календарные дни проведения исследований и освобождение от работы производится на дни проведения исследований.

3 вопрос. Нормативы единицы объема медицинской помощи и нормативы финансирования единицы объема медицинской помощи согласно ПГГ.

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, на 2020 и 2021 годы составляют:

на 1 вызов СМП за счет средств ОМС на 2020 год - 2408,3 рубля, на 2021 год - 2513,8 рубля;

на 1 посещение с профилактической и иными целями при оказании МП в амбулаторных условиях за счет средств соответствующих на 2020 год - 457,2 рубля, на 2021 год - 475,5 рубля, за счет средств ОМС на 2020 год - 499,7 рубля, на 2021 год - 519 рублей,

на 1 посещение для проведения проф.мед. осмотров за счет средств ОМС на 2020 год - 1070,1 рубля, на 2021 год - 1113,2 рубля,

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании МП в амбулаторных условиях за счет средств соответствующих бюджетов на 2020 год - 1325,8 рубля, на 2021 год - 1378,9 рубля, за счет средств ОМС на 2020 год - 1362,5 рубля, на 2021 год - 1419,2 рубля;

на 1 посещение при оказании МП в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств ОМС на 2020 год - 616,1 рубля, на 2021 год - 650 рублей;

на 1 посещение при оказании паллиативной МП в амбулаторных условиях за счет средств соответствующих бюджетов на 2020 год - 411 рублей, на 2021 год - 427,5 рубля;

на 1 посещение при оказании паллиативной МП на дому выездными патронажными бригадами за счет средств соответствующих бюджетов на 2020 год - 2055,2 рубля, на 2021 год - 2137,4 рубля;

на 1 случай лечения в условиях дневных стационаров за счет средств соответствующих бюджетов на 2020 год - 13541,2 рубля, на 2021 год - 14082,9 рубля, за счет средств ОМС на 2020 год - 20112,9 рубля, на 2021 год - 21145,2 рубля, на 1 случай лечения по профилю "онкология" за счет средств ОМС на 2020 год - 74796 рублей, на 2021 год - 77835 рублей;

на 1 случай госпитализации в МО, оказывающих МП в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов на 2020 год - 78432,1 рубля, на 2021 год - 81569,4 рубля, за счет средств ОМС на 2020 год - 34986 рублей, на 2021 год - 37512,8 рубля, на 1 случай госпитализации по профилю "онкология" за счет средств ОМС на 2020 год - 99208,9 рубля, на 2021 год - 109891,2 рубля;

на 1 случай госпитализации по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих МП по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях МО за счет средств ОМС на 2020 год - 34928,1 рубля, на 2021 год - 35342,5 рубля;

на 1 койко-день в МО, оказывающих паллиативную МП в стационарных условиях на 2020 год - 2099,8 рубля, на 2021 год - 2183,8 рубля.

Средние нормативы финансовых затрат на 1 случай экстракорпорального оплодотворения

Подушевые нормативы финансирования устанавливаются органом государственной власти субъекта Российской Федерации исходя из средних нормативов, предусмотренных разделом VI и настоящим разделом Программы.

Средние подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Программой (без учета расходов федерального бюджета), составляют:

за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов в 2020 году - 3621,1 рубля и 2021 году - 3765,9 рубля; за счет средств ОМС в 2020 году - 12696,9 рубля и 2021 году - 13531,4 рубля.

ЗАДАЧА 26 (про матер.и перинат.смертность)

Родились живыми - 1127 детей

Мертворожд - 6

Умерли до 6 сут - 5

Мертворождаемость - ?

Перинат смертность - ?

Решение:

Мертворожд = (число род. мертвыми/число род жив и мертв)*1000

Перинат см-ть=(число умерших на 1 году жизни(?)+мертворожденные/родившиеся живыми и мертвыми)*1000

Задача 26

Род. жив. - 1127 дет	Мертворож-ть = $\frac{\text{число род. мертв}}{\text{число род жив и мертв}} \times 1000$
Мертворожд - 6	
Ум. до 6 сут - 5	$= \frac{6}{1127+6} \times 1000 = 5,3\%$
Мертворожд-ть - ?	Перинат. см-ть = $\frac{\text{число ум на 1 год} + \text{мертворожд}}{\text{число род жив + мертв}} \times 1000$
Перинат см-ть - ?	
	$\times 1000 = \frac{5+6}{1133} \times 1000 = 9,7\%$

Билет 49

1 вопрос. Заболевания, представляющие опасность для окружающих: особенности регистрации, организация медицинской помощи. (51)

Статья 43 ФЗ от 21 нояб.2011г.№323 “Об основах охраны здоровья граждан РФ”.

Перечень заб-ий: 1. болезнь, вызванная ВИЧ.

2. вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки.

3. гельминтозы.

4. гепатит В.

5. гепатит С.

6. дифтерия.

7. инфекции, передающиеся половым путем.

8. лепра.

9. малярия.

10. педикулез, акариоз и другие.

11. сап и мелиоидоз.

12. сибирская язва.

13. туберкулез.

14. холера.

15. чума.

16. коронавир.инфекция.

МП , диспансерное наблюдение оказывается и обеспечивается в соответ-х МО.

Перечень заб-ий утвержд-ся Правительством РФ.

2 вопрос. Динамический ряд: определение, типы рядов. Преобразование динамических рядов. Показатели динамического ряда, их вычисление, практическое применение. (28)

Динамический ряд- ряд, состоящий из однородных сопоставимых величин, характеризующих изменения какого – либо явления за определенные отрезки времени. Числа динамического ряда принято называть уровнями ряда. Уровни ряда могут быть представлены абсолютными, относительными или средними величинами.

Типы динамических рядов:

1)Простой динамический ряд - состоит из абсолютных величин. Может быть:

а) моментным рядом: сост-т из величин, характеризующих размеры явления на определенные даты - моменты.

б) интервальным рядом: сост-т из чисел, характеризующих какие-либо итоги за определенный интервал времени (сут., нед., мес., год). Интервальный ряд в отличие от моментного можно разделить на более дробные периоды, а также можно укрупнить интервалы.

2) Сложные - состоят из относительных (заболеваемость, смертность, рождаемость) или средних величин(средняя длительность лечения, среднегодовое число коек).

Выравнивание уровней динамических рядов. Некоторые уровни в динамич. ряду представляют значительные колебания это затрудняет возможность проследить основную закономерность в наблюдаемый период. В этих случаях производят выравнивание ряда.

Способы выравнивания динамического ряда:

- 1) Укрупнение интервала - путем суммирования данных за ряд смежных периодов. После укрупнения интервалов по кварталам года можно увидеть определенную закономерность.
- 2) Сглаживание ряда при помощи групповой
- 3) Сглаживание ряда при помощи скользящей средней: позволяет каждый уровень заменить на среднюю величину из данного уровня и двух соседних с ним.

Показатели динамического ряда: абсолютный прирост (убыль), темп прироста (убыли), темп роста, абсолютное значение одного процента прироста (убыли) .

Методика расчета показателей:

1. Абсолютный прирост - разность уровней данного года и предыдущего.
2. Темп прироста - процентное отношение абсолютного прироста % к предыдущему уровню.
3. Темп роста - процентное отношение последующего уровня к предыдущему уровню.

Используя статистический метод для характеристики динамических рядов, следует всегда исходить из необходимости предварительного качественного анализа сущности изучаемого явления. Без этого не может быть осмыслена статистика динамических рядов.

3 вопрос. Бюджет здравоохранения, источники формирования. Финансирование медицинских организаций.

Бюджет ЗО- часть госуд. бюджета, предусмат-щая ассигнования на содержание лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических, научно-исследовательских учреждений и медицинских учебных заведений, включая приобретение оборудования, капитальный ремонт зданий и сооружений.

Основными источниками финансирования здравоохранения: федеральный бюджет, бюджеты субъектов РФ, местные бюджеты и средства ОМС. Дополнительными источниками выступают добровольное медицинское страхование и платные услуги (их доля в структуре финансирования здравоохранения незначительна).

Для финансирования учреждений здравоохранения используются след. источники: бюджет (федеральный и территориальный); фонды ОМС; денежные средства, полученные от платных услуг; доходы от предпринимательской и иных видов деятельности; добровольные взносы; другие денежные поступления.

2 вопрос(отличаются в разн.файлах). Сельский врачебный участок. Сельская участковая больница (амбулатория). Задачи и организация работы.

Сельский врачебный участок, включает в себя сельскую участковую больницу (СУБ) или врачебную амбулаторию (СВА), фельдшерско-акушерские пункты (ФАП).

Задачи сельского врачебного участка :

- 1) оказание лечебно-профилактической помощи населению;
- 2) организация и осуществление комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности;
- 3) проведение лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья матери и ребенка;
- 4) организация и осуществление диспансеризации населения;
- 5) осуществление противоэпидемических мероприятий, организация и проведение мероприятий по гигиеническому воспитанию населения и пропаганде ЗОЖ.

ФАП организуется для оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи (доврачеб.МП) и паллиативной МП населению в сельских населенных пунктах.

Рекомендуемая численность обслуживаемого ФАПом населения 300 - 700 человек. ФАП обеспечивается автомобилем СМП класса А.

Структура фельдшерско-акушерского пункта: 1)процедурная;

2)комната фельдшера и акушерки;

3)комната экстренного приема родов;

4)комната временного пребывания пациентов и др.

Задачи ФАП:

- диагностика и лечение неосложненных острых заболеваний, хронических заболеваний и их обострений,
- своевременное выполнение назначений врача,
- направление больных с хрон.заб. к участковому врачу,
- организация патронажа детей и беременных женщин;
- проведение профилак. и лечеб. мероприятий;
- наблюдение за контактными лицами в очагах инфекции,
- ежеквартальное обследование детей школьных и дошкольных учреждений на педикулез;
- участие в проведении периодических мед.осмотров работников;
- проведение 1 раз в год переписи населения, проживающего на обслуживаемом участке;
- проведение санитарно-просветительной работы;
- организация стационара на дому,
- обеспечение своевременной госпитализации больных, нуждающихся в оказании стационарной МП,
- осуществление мероприятий по формированию ЗОЖ,
- оказание паллиативной помощи больным,
- реализация лекар. средств и мед. изделий в случае отсутствия на территории населенного пункта аптечных организаций;

Врачебная амбулатория организуется для оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи, а доврачебной в рамках оказания неотложной медицинской помощи населению.

Оказание первичной врачебной медицинской помощи во врачебной амбулатории осуществляется врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики . Врачебная амбулатория обеспечивается автомобилями СМП класса А.

Структура: 1)регистратура;

2)процедурная;

3)кабинеты врачей;

4)кабинет медицинской профилактики;

5)клиническая лаборатория;

6)биохимическая лаборатория

Во врачебной амбулатории может организовываться кабинет доврачебной помощи, кабинет неотложной медицинской помощи, дневной стационар.

Основными **задачами врачебной амбулатории** являются: 1)диагностика и лечение острых заболеваний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений и других состояний;

2) диспансерное наблюдение за больными хроническими заболеваниями;

3)осуществление мероприятий по медицинской реабилитации;

4)устранение угрожающих жизни состояний с последующей организацией медицинской эвакуации в медицинские организации;

5)оказание неотложной МП больным при внезапных острых заб-х, состояниях, обострении хрон.заб-й;

6)направление пациентов в МО для оказания первич.специал.медико-санитарной,

специализированной, в т.ч. высокотехнологичной, МП.

- 7) активное выявление злокач. новообразований и направление больных в онколог. каб.
- 8) формирование ЗОЖ;
- 9) мероприятия по мед. профилактике;
- 10) осуществление санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

3 вопрос. Медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

Медико-экономический контроль (ч. 3 ст. 40 ФЗ) - это установление соотношения сведений об объемах оказанной МП застрах. лицам на основании предоставленных к МО реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату МП по ОМС, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи. Он **осуществляется специалистами СМО и территориальных фондов ОМС.**

Медико-экономическая экспертиза - установление соотношения фактических сроков оказания МП, объема предъявленных к оплате мед. услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

Медико-экономическая экспертиза проводится **специалистом-экспертом**, являющимся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности **не менее 5 лет и прошедшим соответствующую подготовку** по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС.

Экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений при оказании МП, в т.ч. оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом МП, включенным в территориальный реестр экспертов качества МП. Экспертом **является врач - специалист**, имеющий высшее образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, **стаж работы не менее 10 лет** и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

Билет 50.

1. Особенности младенческой смертности по периодам первого года жизни.

Младенческая смертность – это смертность детей на первом году жизни (от момента рождения до достижения им возраста одного года). В республике Башкортостан в 2019-м году – 6,1 Промилле.

По периодам первого года жизни выделяют следующие показатели младенческой смертности:

- 1) ранняя неонатальная смертность (смерть детей на первой неделе жизни) - число детей, умерших в возрасте **0-6 дней** (168 ч) × 1000/число родившихся живыми;
- 2) неонатальная смертность (смерть детей на первом месяце жизни) - число детей, умерших в возрасте до **одного месяца** (0-27 дней) × 1000/число родившихся живыми;

3) поздняя неонатальная смертность (смерть с 7-го по 27-й день жизни) - число детей, умерших на **2-й, 3-й, 4-й неделях** жизни $\times 1000$ / число родившихся живыми - число умерших в течение первой недели;

4) постнеонатальная смертность (смерть детей в возрасте старше одного месяца до исполнения им **одного года жизни**) - число детей, умерших в возрасте старше одного месяца $\times 1000$ /число родившихся - число умерших на первом месяце.

Причины младенч смертности в РБ:

1.Отдельные состояния перинатал периода. 2.Врожденные аномалии.
3.БОЛ(орг дых). 4.Болезни крови и отдел нарушения,вовлекающ иммунный механизм . 5.Травмы,отравления внешние причины. 6.Инфекц и паразитарн заболевания. 7.прочие 6,2%.

Способы расчета младенч смертности:

1.допустимый-число детей умерших на 1-м году жизни за данный год/ число детей родившихся живыми за год $\times 1000$

2.метод Ратса- число детей умерших на 1-м году жизни за данный год/ $2/3$ детей родивш живыми в отчетном году $+1/3$ детей родивш живыми в прошл году

3. ленинградский- число детей умерших на 1-м году жизни за данный год/ 80% детей родивш живыми в отчетном году $+20\%$ детей родившиеся живыми в прошлом году.

Критерии оценки младенческой смертности:

- до 20 промилле- весьма низкий уровень

-20-34 промилле низкий уровень

- 35- 49 промилле – средний уровень

50- 70 промилле – высокий уровень

и более 70 промилле – весьма высокий уровень.

2 вопрос. Годовой отчет медицинской организации: структура, порядок составления и представления, основные показатели, значение для улучшения работы медицинских организаций.

Паспортная часть. Для поликлиник

Раздел 1. Сведения о подразделениях, установках лечебно-профилактической организации. Приводятся данные о работе дневных стационаров и стационара на дому, а также о реанимационном отделении и отделении экстренной и планово-консультативной помощи.

Раздел 2. Штаты лечебно-профилактической организации на конец отчетного года.

Сведения о штатных должностях в соответствии со штатным расписанием, данные о занятых должностях и физических лицах на конец года.

Для анализа штатов организации здравоохранения рассчитываются показатели: 1) показатель укомплектованности медицинским персоналом (врачами, средним медицинским персоналом) 2) коэффициент совместительства

Раздел 3. Работа врачей поликлиники (амбулаторий), диспансера, консультации.

Изучения числа территориальных участков (терапевтических, педиатрических), средней численности населения на одном участке. Основные показатели раздела:- средняя численность населения на одном участке - число посещений на 1 жителя: - распределение посещений поликлиники по виду обращения - структура посещений к врачам по специальностям: - объём врачебной помощи на дому: - среднечасовая нагрузка врача на приеме в поликлинике - среднечасовая нагрузка врача по обслуживанию на дому

Раздел 4. Профилактические медицинские осмотры и работа стоматологических (зубоврачебных) и хирургических кабинетов лечебно-профилактической организации.

Для оценки организации профилактической работы поликлиники рассчитываются показатели:

- охват профилактическими осмотрами
- структура осмотренных лиц по группам диспансерного наблюдения
- охват целевыми профилактическими осмотрами на туберкулез

Отчет о деятельности стационара (годовой) составляют больничные лечебно-профилактические организации всех профилей для взрослых и детей и представляют вышестоящему органу управления здравоохранением, МЗ, Министерству статистики и анализа- в установленные сроки. Структура «Отчета о деятельности стационара» (ф. № 14):

Паспортная часть. Для стационара:

Раздел 1. Состав больных в стационаре и исходы их лечения

Для эффективного руководства работой стационара необходимо анализировать показатели, характериз. качество обслуживания госпитализированных больных (состав больных, лечившихся в стационаре, средняя длит. лечения больного в стационаре, летальность при отдельных заболеваниях, досуточная летальность, структура умерших больных в стационаре, показатель совпадения клинических и патологоанатомических диагнозов);

Раздел 2. Состав больных новорожденных, переведенных в другие стационары в возрасте 0-6 суток и исходы их лечения

Раздел 3. Коечный фонд и его использование Показатели использования коечного фонда очень важны для характеристики объема работы стационара, организационных аспектов работы, эффективности использования коечного фонда и являются необходимыми для расчета экономических показателей работы больницы. Показатели использования коечного фонда рассчитываются на основании данных таблицы раздела 3 «Отчета о деятельности стационара». (средняя длит. пребывания больного на койке, оборот койки, больничная летальность);

Раздел 4. Хирургическая работа стационара (хир. Активность, послеоперационная летальность; структура оперативных вмешательств, частота послеоперационных осложнений)

Показатели экстренной хирургической помощи: поздняя доставка больных в стационар; структура больных, доставленных по экстренным показаниям; удельный вес оперированных больных по экстренным показаниям, летальность больных, доставленных по экстренным показаниям.

При оценке экстренной хирургической помощи анализируются также показатели частоты послеоперационных осложнений с учетом сроков доставки в стационар и вида хирургической патологии.

Анализ деятельности стационара по данным годового отчета проводится по следующим разделам:

- Использование коечного фонда.
- Качество медицинского обслуживания в стационаре.
- Хирургическая работа в стационаре

3 вопрос. Эффект и эффективность в здравоохранении. Виды и показатели эффективности.

Эффект= полученный результат- затраты на получение этого результата

Эффективность- результат полученный от кажд. единицы использованного ресурса(фактора произ-ва) за опред. время. Эффективность=результат деяти/затраты ресурсов

Виды:

1) Медицинская эффек-ть – степень достижения медиц.рез-та.

Показатели измеряются здоровьем пациентов(для поликлиники и стационара: качество диагностики, эффек-ть диспансеризации, качество лечения, показатель летальности, отсутствие ВБИ, для спец. учрежд.: онкодиспансер-сниж. Одногодич. Летальности и количества больных.)

2) Социальная эффективность- степень достижения социал.рез-та с пом. Правительства и министерства. Показатели: снижение забол-ти населения соц-значим заб., рост рожд-ти, снижение инвалидности и смертности, удовлетв. Населения системой оказания МП.

3) Экономическая эффективность- степень рентабельности ЗО, как отрасли народ.хозяйства. Необходимо найти количественные показатели взаимосвязи м/д эконом. развитием страны и здоровьем населения. Критерий экономической эффективности= величина предотвр-го экономического ущерба/ величина затраченных средств

Задача 7

В женской консультации №2 города Н. у 2350 беременных женщин было зарегистрировано 3215 заболеваний, в том числе: отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства – 426 случаев; болезни мочеполовой системы – 311; анемии – 1675; болезни щитовидной железы – 172; болезни системы кровообращения – 381; прочие заболевания – 250 случаев. Рассчитать уровень и структуру заболеваемости беременных. Оцените полученные данные. Структуру заболеваемости изобразить графически.

Задача 47. Определить заработную плату заведующего хирургическим отделением

1) Находим сумму оклада с повышающим коэффициентом- 1,5

Оклад * 1,5

2) Находим доплату за высшую квалификационную категорию: 23%

Оклад * 0,23

3) Находим доплату за стаж работы 16 лет: 15%

Оклад * 0,15

4) Находим зар.плату без учета налога

Оклад+ оклада с повышающим коэффициентом + доплата за высшую квалификационную категорию + доплата за стаж работы 16 лет

5)полученную сумму Находим сумму налога

ЗП (пункт 4) * 0,3

6) Находим ЗП с учетом налога

ЗП (пункт 4) – налог

Задача 7.

$$\begin{aligned} \text{Общая заболеваемость среди берших} &= \frac{\text{число всех забол-и, выявл-х в дан. году}}{\text{среднегод. числ-ть населения}} \cdot 1000 \\ &= \frac{3215}{2350} \cdot 1000 = 1368\text{‰} \end{aligned}$$

Структура:

$$\text{Отени} = \frac{426}{3215(\text{среди забол-и})} \cdot 100 = 13,3\%$$

и т.д.

Чр-нь заболева-ти:‰

$$\text{Отени} = \frac{426}{2350} \cdot 1000 = 181,3\text{‰}$$

и т.д. (среди всех берших)

Задача 15

В городе Н с численностью населения 250000 человек в 2019 году было зарегистрировано 76 случаев заболеваний сальмонеллезом, в 2020 году – 68. Рассчитать показатель наглядности заболеваемости сальмонеллезом в 2020г. Сезонные изменения заболеваемости сальмонеллезом представить в виде диаграммы, данные представлены в таблице.

Задание № 2. Представить информацию о сезонных изменениях заболеваемости дизентерией в виде радиальной диаграммы (табл. 19).

Радиальная диаграмма строится на основе окружности:

- 1) окружность делят при помощи транспортира на число секторов, соответствующее интервалам времени изучаемого цикла: 4 сектора при изучении явления за кварталы года, 7 секторов при изучении явления за дни недели, 12 секторов при изучении явления за год и т.д. В нашем примере окружность делится на 12 секторов по числу месяцев года;
- 2) определяют среднемесячный уровень заболеваемости за год, который будет соответствовать длине радиуса окружности:
 $(2 + 7 + 5 + 15 + 9 + 26 + 15 + 37 + 22 + 14 + 3 + 1) / 12 = 13$;
- 3) на каждом радиусе соответственно каждому месяцу откладывают в выбранном масштабе число случаев заболеваний дизентерией. Начинать необходимо с нуля градусов дуги окружности и продолжать далее по часовой стрелке; Длина отрезка соответствующего месяца может выходить за пределы окружности или находиться внутри окружности в зависимости от величины соответствующего месячного показателя числа случаев заболеваний дизентерией (в нашем примере число случаев дизентерии за IV месяц — 15, VII — 15, X — 22 выше среднемесячного показателя, а в остальные месяцы — меньше). Конечные точки отрезков соединяются линиями;
- 4) полученный многоугольник изображает колебания заболеваемости дизентерией за данный период времени — 12 мес.

86

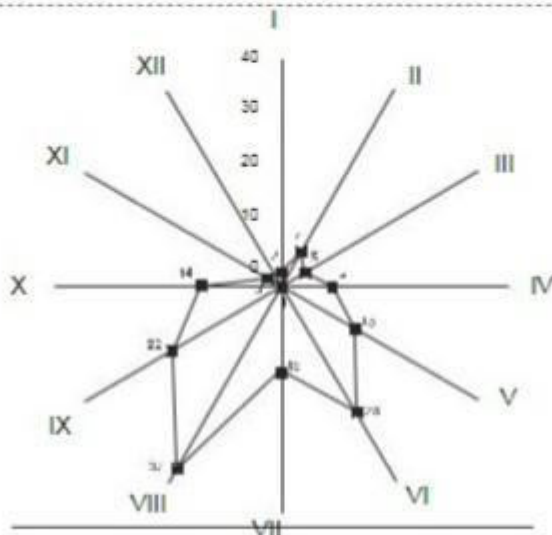


Диаграмма 5. Сезонные изменения заболеваемости дизентерией за изучаемый год в городе Н.

Вывод: анализ диаграммы 5 позволяет увидеть значительное увеличение числа случаев заболевания дизентерией в летне-осенний период (с апреля по октябрь).

Интенсивные показатели графически изображаются также в виде

В женской консультации на учете по поводу беременности состояли 536 женщин, из них 510 были осмотрены врачом-терапевтом и 530 прошли ультразвуковое исследование (УЗИ). Среди состоящих на учете по поводу беременности у 103 женщин выявлены отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства, у 41 - венозные осложнения, у 53 - болезни мочеполовой системы, у 332 – анемия. Рассчитать показатели полноты охвата осмотром врачом-терапевтом, УЗИ и структуру заболеваний беременных. Изобразить графически структуру заболеваний беременных.

Задача 33.

Полюта охвата осмотра врачом-терапев. = $\frac{\text{Число осматриваемых лиц}}{\text{Число лиц, подлежащих осмотру}} \cdot 100$

= $\frac{510}{536} \cdot 100 = 95,1\%$

Полюта охвата УЗИ – аналогично.

Структура забол-ий беремен-их:

Отеки, протеин-ия и ГР = $\frac{103}{103+41+53+332} \cdot 100 = 19,5\%$

и т.д. по каждому забол-ию

Задача 37

В районе на начало 2021 года численность постоянного населения составила 49769 человек. Используя нормативы (табл.1) определить объемы и финансовые затраты на первичную медикосанитарную помощь в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования.

Задача 37.

Объемы мед. помощи:

$$1) \text{Посещ-я с профил. целью} = 0,133720 \cdot 49769 = 6655,1$$

$$2) \text{Посещ-я в неотл. форме} = 0,23540 \cdot 49769 =$$

$$3) \text{Обращения} = 0,85504 \cdot 49769 =$$

Затраты

$$4) \text{Посещ-я с профил. целью} = 6655,1 \cdot 5518,8 = 36728165,88 \text{ руб.}$$

5) аналогично 4)

6)

$$7) 4) + 5) + 6) =$$

Задача 40.

Задача 40

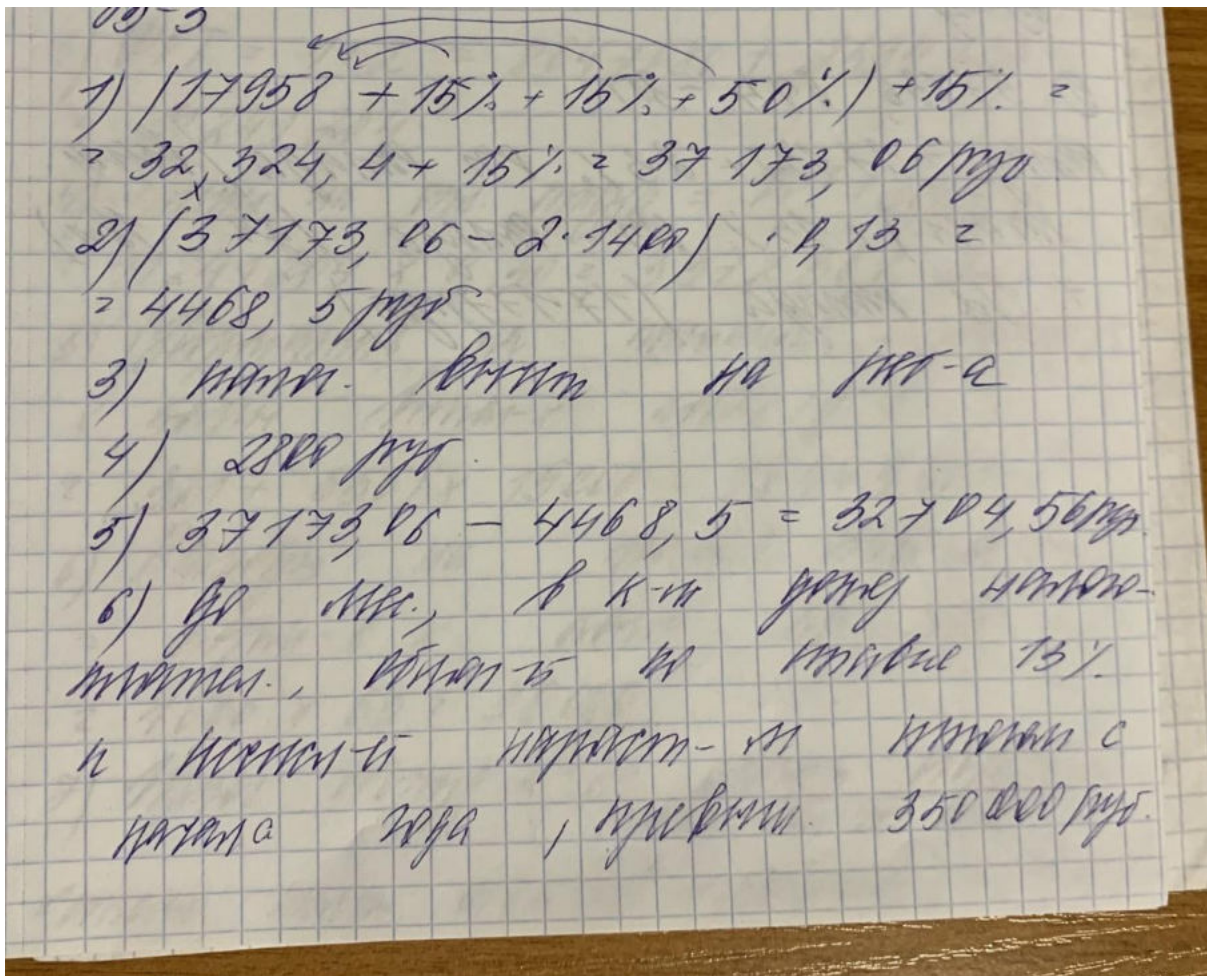
Оформить временную нетрудоспособность трех женщин, если роды произошли при сроках 38, 23 и 18 недель беременности. Какие документы в родильном доме можно заполнить на родившихся детей?

Задача 40.

- 1) 38 нед. - 70 календарных дней.
(в 30 нед. одновременно 70 д. до родов и 70 - после).
- 2) 23 нед. - 156 календ. дней
(22-30 нед. - 156 д.)
- 3) 18 нед. - на весь период беременности, но не менее 3 дней.
(до 21 ^{полной} нед. беременности).

Задача 46

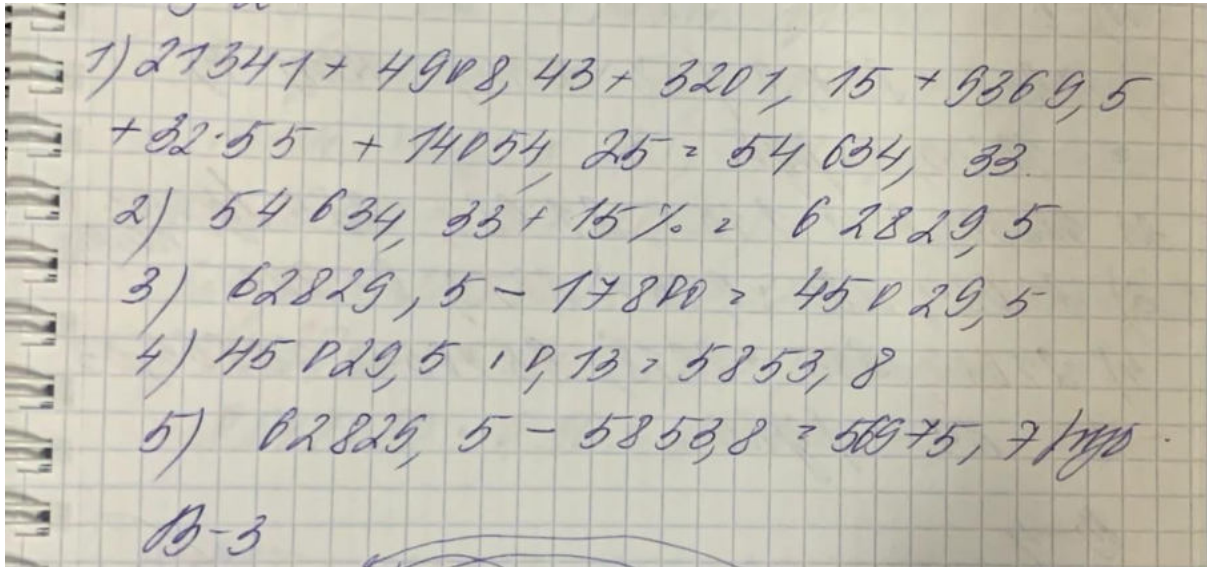
Определить заработную плату врача-фтизиатра городского противотуберкулезного диспансера, если ему установлен должностной оклад в размере 17958 рублей. Врач имеет первую квалификационную категорию по специальности «фтизиатрия»; стаж непрерывной работы по специальности составляет 7 лет



Задача 47

Определить заработную плату заведующего хирургическим отделением городской клинической больницы города Н., если ему установлен должностной оклад в размере 21341 рублей. Врач имеет высшую квалификационную категорию по специальности «хирургия»; стаж работы составил 16 лет. За высокие показатели в работе ему установлен персональный

повышающий коэффициент 1,5.



Задача 48

Используя коэффициент корреляции Спирмена, установить направление и силу связи между стажем работы работников предприятия и числом производственных травм, если получены следующие данные: Стаж работы в годах Число травм До 1 года 24 1—2 16 3—4 12 5—6 12 7 и более 6
 Формула коэффициента ранговой корреляции: $\rho = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$

