



РОССИЙСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
МЕДИЦИНЫ



КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО
ЗДОРОВЬЯ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Под редакцией
профессора, д.м.н.
Н.Б. Найговзиной

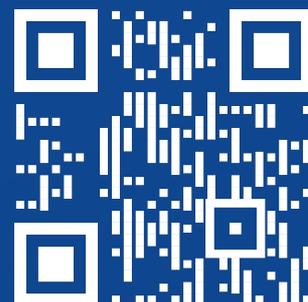
От теории к практике

Учебное пособие

*Разговор
со студентом*

Москва, 2025

Обратная связь



УДК: 614.2

ББК: 51.1 (2)

Рецензенты:

Хабриев Р.У. академик РАН, д.м.н., д.фарм.н., профессор, научный руководитель ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко».

Крихели Н.И. д.м.н., профессор, проректор ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России.

Авторский коллектив:

Васильева Е.П. к.пед.н., старший методист Федерального научно-практического центра подготовки и непрерывного профессионального развития управленческих кадров здравоохранения

Гацура О.А. к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Гончаревская З.Л. к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Гудков А.О. преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Дедова Н.Г. к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Зими́на Э.В. д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Золотых Н.Ю. ст. преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Кочеткова И.О. к.м.н., доцент, кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Кузнецов Д.В. преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Лобанова Е.Е. к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Майорова О.Ю. экономист Федерального научно-практического центра подготовки и непрерывного профессионального развития управленческих кадров здравоохранения

Макарова Н.К. ст. преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Мишина Е.Г. к.м.н., ст. преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Наваркин М.В. к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Найговзина Н.Б. д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения

Патрушев М.А. к.м.н., методист Федерального научно-практического центра подготовки и непрерывного профессионального развития управленческих кадров здравоохранения

Титкова Ю.С. к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Хмель А.А. к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Цветкова Е.А. к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Автор идеи: профессор Найговзина Н.Б.

Редакционная группа: профессор Найговзина Н.Б., доцент Гацура О.А., доцент Кочеткова И.О., ст. методист Васильева Е.П., методист Патрушев М.А., экономист Майорова О.Ю.

Дизайн: Майорова О.Ю., Васильева И.Е. инженер кафедры общественного здоровья и здравоохранения

О-89 **Общественное здоровье и здравоохранение. От теории к практике (Разговор со студентом).** / сост. авторы; ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России – М.: 2025 год – 383 стр.

Учебное пособие «Общественное здоровье и здравоохранение. От теории к практике (Разговор со студентом)» (электронное издание) разработано в соответствии с учебными программами федерального государственного образовательного стандарта Российской Федерации и содержит информационно-методические материалы для самоподготовки студентов к практическим занятиям по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение».

В данном учебном пособии представлен структурированный материал, основанный на положениях нормативных правовых документов в сфере здравоохранения Российской Федерации, необходимый для будущей практической деятельности врача. Пособие разработано без применения технологий нейросетей и больших языковых моделей, проиллюстрировано рисунками, схемами, диаграммами, таблицами и содержит ссылки на цифровой тренажер «323-ФЗ: Фабрика знаний».

Издание рекомендовано в качестве учебного пособия для использования в учебном процессе образовательных организаций, реализующих программы высшего образования по специальностям 31.05.01 «Лечебное дело» и 31.05.03 «Стоматология».

Рекомендовано к изданию Учебно-методическим Советом ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России (выписка из протокола заседания №5 от 28.05.2025).

СОДЕРЖАНИЕ

Обозначения	7
Список сокращений	8
Введение	11
1. Вклад здравоохранения в национальную безопасность	13
2. Структура системы здравоохранения Российской Федерации	23
3. Дисциплина «Общественное здоровье и здравоохранение» .	27
4. Здоровье: индивидуальное и общественное	44
5. Основы медицинской демографии	52
6. Заболеваемость	67
7. Медицинские осмотры, диспансеризация, диспансерное наблюдение.....	78
8. Основы медицинской статистики.....	96
9. Нормативное правовое регулирование в сфере здравоохранения.....	118
10. Организация оказания медицинской помощи в Российской Федерации.....	129
11. Первичная медико-санитарная помощь.....	144
12. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь	152
13. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь	165
14. Паллиативная медицинская помощь.....	178
15. Организация оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях.....	188
16. Организация оказания акушерско-гинекологической помощи	198
17. Организация оказания педиатрической помощи	211

18. Организация оказания медицинской помощи сельскому населению	228
19. Медицинская реабилитация	239
20. Экспертиза нетрудоспособности	249
21. Биоэтика	261
22. Особенности экономических взаимоотношений в системе здравоохранения.....	268
23. Финансовое обеспечение в сфере здравоохранения. Медицинское страхование	281
24. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.....	289
25. Оценка технологий здравоохранения	297
26. Обращение лекарственных средств в Российской Федерации.....	308
27. Управление медицинской организацией	324
28. Доступность и качество медицинской помощи.....	336
29. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности	346
30. Цифровизация здравоохранения: достижения и перспективы	353
Заключение	366
Нормативные правовые документы.....	367
Литература.....	381

ОБОЗНАЧЕНИЯ



Определения



Нормативные правовые документы



Виды организаций здравоохранения



Виды медицинской помощи



Формулы, расчеты



Ссылка на интерактивный тренажер
«323-ФЗ: Фабрика знаний»



Обратите внимание, важное

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БМЭ	Большая медицинская энциклопедия
ВИЧ-инфекция	Заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека
ВК	Врачебная комиссия
ВМП	Высокотехнологичная медицинская помощь
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	Врач общей практики
ДМС	Добровольное медицинское страхование
ЕГИСЗ	Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения
ЖНВЛП	Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов
Госуслуги	Единый портал государственных услуг
ЕСИА	Единая система идентификации и аутентификации
ИП	Индивидуальный предприниматель
КДЦ	Клинико-диагностический центр
КЭИ	Клинико-экономическое исследование
КЭА	Клинико-экономический анализ
КПУ	Кариес, пломба, удаление
КЭИ	Клинико-экономическое исследование
ЛН	Листок нетрудоспособности
ЛП	Лекарственный препарат
ЛС	Лекарственное средство
МКБ	Международная классификация болезней

МДРК	Мультидисциплинарная реабилитационная команда
МСЭ	Медико-социальная экспертиза
НДФЛ	Налог на доходы физических лиц
ОКР	Общий коэффициент рождаемости
ОКС	Общий коэффициент смертности
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ООН	Организация Объединенных Наций
ОПК	Общепрофессиональная компетенция
ОТЗ	Оценка технологий здравоохранения
ОТФ	Обобщенная трудовая функция
ПК	Профессиональная компетенция
ПМП	Паллиативная медицинская помощь
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
Программа госгарантий	Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
Росздравнадзор	Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения
РСФСР	Российская Советская Федеративная Социалистическая Республика
СМО	Страховая медицинская организация
СМП	Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь
ТЗ	Технология в здравоохранении
УК	Универсальная компетенция
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт

ФГИС ФРИ	Федеральная государственная информационная система «Федеральный реестр инвалидов»
ФГОС	Федеральный государственный образовательный стандарт
ФОМС	Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
ЦРБ	Центральная районная больница
ЧЛХ	Челюстно-лицевая хирургия
ШРМ	Шкала реабилитационной маршрутизации
ЭВН	Экспертиза временной нетрудоспособности

ВВЕДЕНИЕ

Уважаемые коллеги!

Вы приступаете к изучению новой для вас дисциплины «**Общественное и здравоохранение**».



Поступая в Университет, Вы мечтали о лучшей профессии на Земле – профессии врача. Вы мечтали стать лучшим специалистом и помогать людям быть здоровыми, побеждать болезни.

Развитие естественных наук, появление инновационных технических решений обеспечивает совершенствование медицинских технологий, позволяющих бороться с большим числом заболеваний, переводить неинфекционные заболевания из острой формы в хроническую, развивать органосохраняющие технологии в хирургии, лечить без боли, управлять все большим количеством причин смерти.

Каждый врач должен знать основы науки об управлении отраслью, чтобы понимать «устройство» системы, организацию деятельности медицинской организации и, в частности, медицинской деятельности.

Кроме того, Ваша карьера может сложиться по-другому. Приобретенный клинический опыт и специальная подготовка помогут Вам стать руководителем медицинской организации.

В этом учебном пособии мы хотим рассказать Вам о специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», о системе здравоохранения и основах управления.

Предлагаем электронную версию учебного пособия в интерактивном формате, которое сделает процесс освоения дисциплины более комфортным и доступным для Вас. Цифровые ридеры позволят настроить книгу под Ваши запросы.

Учебное пособие сформировано в соответствии с ФГОС, его разделы соответствуют действующему законодательству в сфере здравоохранения Российской Федерации.

Представленные материалы дополняют информацию, полученную на лекциях и практических занятиях. Они помогут Вам не только подготовиться к зачетам и экзаменам, но и пригодятся в медицинской деятельности.



Мы старались сделать этот материал удобным для Вас!

Итак, начнем совместный путь изучения дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение».

Успехов Вам и трудолюбия. Читайте, думайте, пишите и будете успешными!

“

Жизнь, здоровье граждан лежат в основе каждого государства. А у нас, с нашими территориями, с нашими демографическими проблемами – это проблема проблем, вопрос вопросов, абсолютно приоритетная вещь. Главное - сохранить жизни и здоровье людей, потом остальные проблемы мы решим.

Президент Российской Федерации
Владимир Владимирович Путин

”

1. ВКЛАД ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В НАЦИОНАЛЬНУЮ БЕЗОПАСНОСТЬ

Состояние здоровья как отдельного человека, так и групп людей напрямую влияет на состояние национальной безопасности. Основными документами в данной сфере являются:

1. О безопасности

Федеральный закон
от 28.12.2010 №390-ФЗ

2. О стратегическом планировании
в Российской Федерации

Федеральный закон
от 28.06.2014 №172-ФЗ

3. О стратегии национальной
безопасности Российской
Федерации

Указ Президента
Российской Федерации
от 02.07.2021 №400

4. О стратегии развития
здравоохранения Российской
Федерации на период
до 2025 года

Указ Президента
Российской Федерации
от 06.06.2019 №254

5. План мероприятий по реализации Стратегии

Распоряжение
Правительства
Российской Федерации
от 28.11.2020 №3155-р

6. Основы государственной политики Российской Федерации в области обеспечения химической и биологической безопасности на период до 2025 года и дальнейшую перспективу

Указ Президента
Российской Федерации
от 06.06.2019 №254

7. План мероприятий по реализации Основ государственной политики Российской Федерации в области обеспечения химической и биологической безопасности на период до 2025 года и дальнейшую перспективу

Распоряжение
Правительства
Российской Федерации
от 28.08.2019 №1906-р

Законодательными актами определено:



Национальная безопасность Российской Федерации – состояние защищенности национальных интересов Российской Федерации от внешних и внутренних угроз, при котором обеспечиваются:

- реализация конституционных прав и свобод граждан;
- достойные качество и уровень их жизни;
- гражданский мир и согласие в стране;
- охрана суверенитета Российской Федерации, ее независимости и государственной целостности;
- социально-экономическое развитие страны.



Национальные интересы Российской Федерации

– объективно значимые потребности личности, общества и государства в безопасности и устойчивом развитии.

Указ Президента Российской Федерации от 02.07.2021 №400

Стратегические национальные приоритеты Российской Федерации:

- сбережение народа России, развитие человеческого потенциала, повышение качества жизни и благосостояния граждан;
- защита конституционного строя, суверенитета, независимости, государственной и территориальной целостности Российской Федерации, укрепление обороны страны;
- поддержание гражданского мира и согласия в стране, укрепление законности, искоренение коррупции, защита граждан и всех форм собственности от противоправных посягательств, развитие механизмов взаимодействия государства и гражданского общества;
- развитие безопасного информационного пространства, защита российского общества от деструктивного информационно-психологического воздействия;
- устойчивое развитие российской экономики на новой технологической основе;
- охрана окружающей среды, сохранение природных ресурсов и рациональное природопользование, адаптация к изменениям климата;
- укрепление традиционных российских духовно-нравственных ценностей, сохранение культурного и исторического наследия народа России;

- поддержание стратегической стабильности, укрепление мира и безопасности, правовых основ международных отношений.



Обеспечение национальной безопасности

– реализация органами публичной власти во взаимодействии с институтами гражданского общества и организациями:

- политических;
- правовых;
- военных;
- социально-экономических;
- информационных;
- организационных и иных мер,

направленных на противодействие угрозам национальной безопасности.

Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации до 2025 года **определяет основные угрозы и вызовы национальной безопасности:**



Угроза – совокупность условий и факторов, создающих прямую или косвенную возможность нанесения ущерба национальным интересам Российской Федерации.

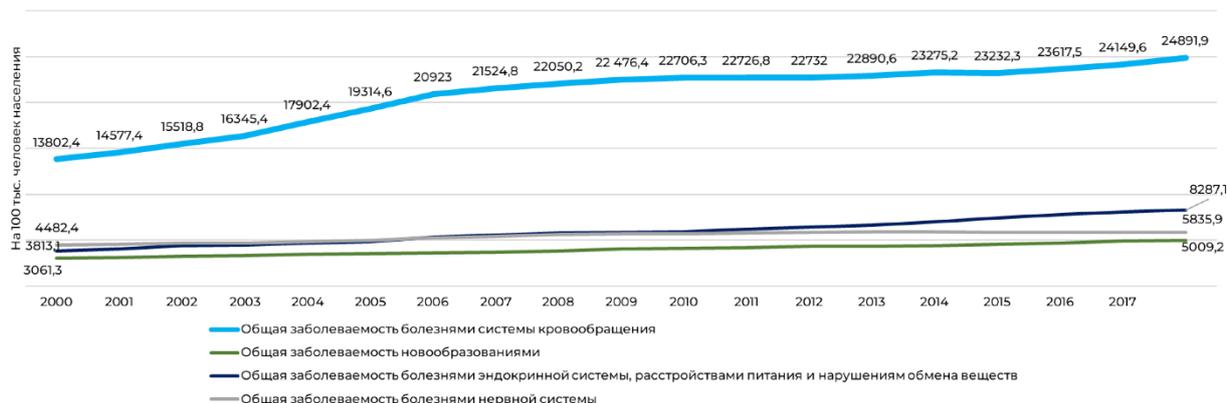


Вызов – состояние некоторой напряженности внутри общества, противоречие между состоянием общества и потребностью в социальных изменениях.

УГРОЗЫ НАЦИОНАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

Указанные ниже статистические данные соответствуют Указу Президента Российской Федерации от 06.06.2019 №254 «О стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2025 года».

1 Высокий уровень распространенности неинфекционных заболеваний.



2 Отток высококвалифицированных медицинских работников из государственных медицинских организаций.

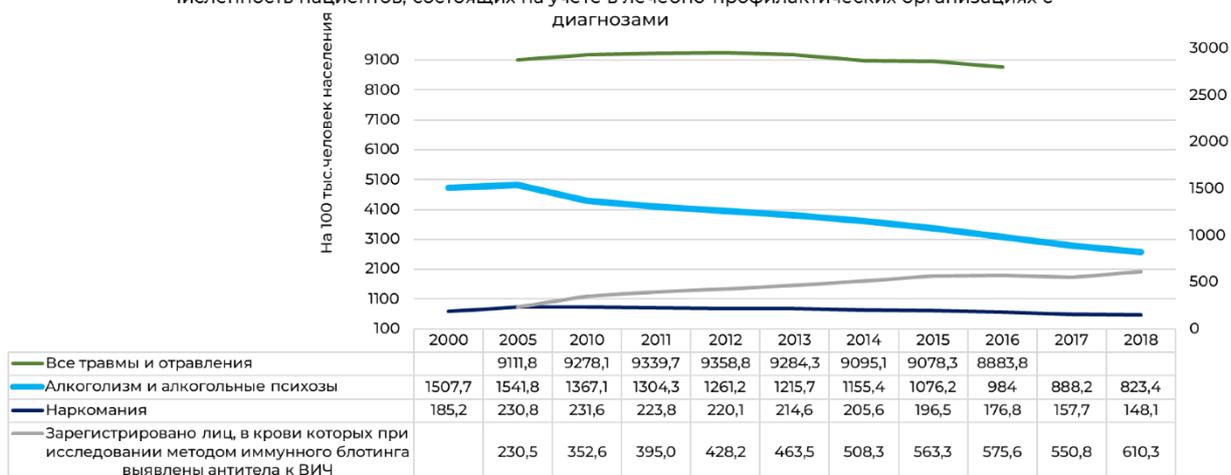


3

Высокий уровень распространенности:

- наркомании и алкоголизма;
- ВИЧ-инфекции;
- вирусных гепатитов В и С;
- туберкулеза;
- увеличение количества случаев травматизма и отравлений.

Численность пациентов, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях с диагнозами



4

Распространение антимикробной резистентности.

5

Рост эпидемиологической значимости условно-патогенных микроорганизмов, увеличение частоты заболеваний, вызываемых инфекциями, у лиц с иммунодефицитными состояниями, распространение инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

6

Риск осложнения эпидемиологической ситуации на фоне неблагоприятной ситуации в иностранных государствах по ряду новых и опасных инфекционных заболеваний.

7

Риск возникновения новых инфекций, вызываемых неизвестными патогенами, занос редких или ранее не встречавшихся на территории Российской Федерации инфекционных и паразитарных заболеваний, возникновение и распространение природно-очаговых инфекций, спонтанная зараженность возбудителями инфекций, возврат исчезнувших инфекций, преодоление микроорганизмами межвидовых барьеров.

8

Риск противоправного использования биологических и иных смежных технологий, осуществления опасной техногенной деятельности (в том числе с использованием генно-инженерных технологий), а также биологического терроризма.

ВЫЗОВЫ НАЦИОНАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН



Старение населения (увеличение численности лиц старше трудоспособного возраста).



Неудовлетворенность граждан доступностью и качеством медицинской помощи.



Замещение бесплатных медицинских услуг, предоставляемых в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (Программа госгарантий), медицинскими услугами, предоставляемыми на платной

основе, что влечет за собой нарастание социальной напряженности в обществе.



Рост числа детей-инвалидов.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Целями развития здравоохранения в Российской Федерации являются:

1. Увеличение численности населения.
2. Увеличение продолжительности жизни и здоровой жизни.
3. Снижение уровня смертности и инвалидности населения.
4. Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья.
5. Обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.



Основными задачами развития здравоохранения в Российской Федерации являются:

1. Создание условий для повышения доступности и качества медицинской помощи.
2. Профилактика заболеваний.
3. Разработка, внедрение и применение новых медицинских технологий и лекарственных средств (ЛС).
4. Предотвращение распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

5. Совершенствование системы контроля в сфере охраны здоровья граждан, включая государственный контроль (надзор) в сфере обращения лекарственных средств, государственный контроль за обращением медицинских изделий.
6. Обеспечение биологической безопасности.
7. Совершенствование системы федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Стратегией развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2025 года определены **меры по развитию здравоохранения** Российской Федерации:

- развитие инфраструктуры, повышение доступности и качества медицинской помощи при неинфекционных заболеваниях;
- профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний;
- обеспечение биологической безопасности;
- развитие информационных технологий;
- развитие персонализированной медицинской помощи, системы управления качеством;
- иные меры.

План мероприятий по реализации Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года предусматривает следующие **задачи**:

1. Создание условий для повышения доступности и качества медицинской помощи.
2. Профилактика заболеваний.
3. Разработка, внедрение и применение новых медицинских технологий и лекарственных средств.
4. Предотвращение распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих.
5. Совершенствование системы контроля в сфере охраны здоровья граждан, включая государственный контроль (надзор) в сфере обращения лекарственных средств, государственный контроль за обращением медицинских изделий.
6. Обеспечение биологической безопасности.

Таким образом, государство определяет здравоохранение одним из ключевых компонентов национальной безопасности.

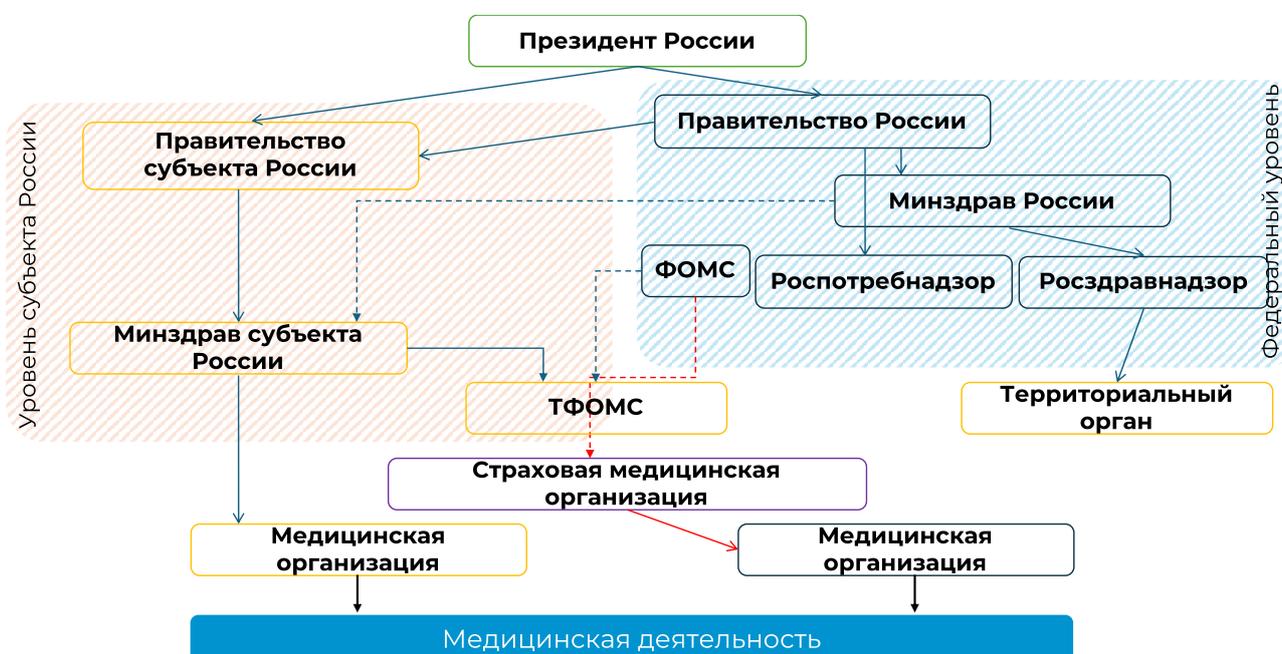
2. СТРУКТУРА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Конституция Российской Федерации, статья 72

В совместном ведении Российской Федерации и ее субъектов находится:

- координация вопросов здравоохранения, в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью;
- социальная защита, включая социальное обеспечение.



Президент Российской Федерации:

- определяет стратегию разработки и руководит реализацией федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан;
- в своих ежегодных посланиях Федеральному Собранию Российской Федерации ставит задачи тактического плана по совершенствованию законодательства, форм и методов организации и деятельности Правительства, и других федеральных органов исполнительной власти.

Правительство Российской Федерации:

- обеспечивает проведение единой государственной политики в области здравоохранения;
- организует, направляет, координирует и контролирует деятельность всех федеральных органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья;
- разрабатывает, утверждает и финансирует федеральные программы развития здравоохранения.

Органы исполнительной власти в сфере здравоохранения формируют систему медицинских организаций:

- федеральных (подведомственных Минздраву России);
- региональных (подведомственных органу исполнительной власти субъекта Российской Федерации: министерству или департаменту здравоохранения республики, края, области, городов федерального значения, автономной области, автономных округов);
- муниципальных (подведомственных органу местного самоуправления).¹

¹ Органы местного самоуправления не входят в систему органов государственной власти.



Система органов управления здравоохранением в Российской Федерации с разграничением и передачей полномочий определена Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ (статьи 14-16).

1

Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 14

Федеральные органы государственной власти

в сфере охраны здоровья и их территориальные органы:

Министерство
здравоохранения
Российской Федерации

Вышестоящее ведомство:
Правительство Российской
Федерации

функции по выработке и реализации государственной политики и нормативному правовому регулированию в сфере здравоохранения, координации деятельности других федеральных органов исполнительной власти;

Федеральная служба
по надзору в сфере
здравоохранения
(Росздравнадзор)

Вышестоящее ведомство:
Правительство Российской
Федерации

функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения;

Федеральная служба
по надзору в сфере
защиты прав
потребителей и
благополучия человека
(Роспотребнадзор)

Вышестоящее ведомство:
Правительство Российской
Федерации

функции по организации и осуществлению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора и надзора в области защиты прав потребителей.

2

Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 16

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья (отдельные полномочия могут быть переданы для осуществления органам местного самоуправления).

3

Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 42

Органы местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья (полномочия не распространяются на отдельные территории).

Организация охраны здоровья основывается на функционировании и развитии как государственной и муниципальной, так и частной систем здравоохранения.

Частную систему здравоохранения составляют создаваемые юридическими и физическими лицами медицинские организации, фармацевтические организации и иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья.

3. ДИСЦИПЛИНА «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»



Наша дисциплина изучает закономерности общественного здоровья и здравоохранения с целью разработки научно обоснованных стратегических и тактических мер по сохранению и укреплению здоровья населения и организации медицинской помощи.

Трудовые отношения регулируются:

- Конституцией Российской Федерации;
- Гражданским кодексом Российской Федерации;
- Трудовым кодексом Российской Федерации;
- федеральными законами;
- указами Президента Российской Федерации;
- постановлениями Правительства Российской Федерации;
- нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти;
- нормативными правовыми актами органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации;
- нормативными правовыми актами органов местного самоуправления.



Конституция Российской Федерации

- принята всенародным голосованием 12.12.1993 года с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020 года;
- является основным законом Российской Федерации;
- имеет высшую юридическую силу, прямое действие и применяется на всей территории страны.

Законы и иные правовые акты, принимаемые в Российской Федерации, не должны противоречить Конституции.

Статья 37, п. 1

Труд свободен. Каждый имеет право свободно распоряжаться своими способностями к труду, выбирать род деятельности и профессию.

Статья 37, п. 3

Каждый имеет право на труд в условиях, отвечающих требованиям безопасности и гигиены, на вознаграждение за труд без какой бы то ни было дискриминации и не ниже установленного федеральным законом минимального размера оплаты труда, а также право на защиту от безработицы.

Статья 43

1. Каждый имеет право на образование.
3. Каждый вправе на конкурсной основе бесплатно получить высшее образование в государственном или муниципальном образовательном учреждении и на предприятии.
5. Российская Федерация устанавливает федеральные государственные образовательные стандарты,

поддерживает различные формы образования и самообразования.



Гражданский кодекс Российской Федерации

Статья 3, п. 1

В соответствии с Конституцией Российской Федерации, гражданское законодательство находится в ведении Российской Федерации.

Статья 1, п. 1

Гражданское законодательство основывается на признании равенства участников регулируемых им отношений, неприкосновенности собственности, свободы договора, недопустимости произвольного вмешательства кого-либо в частные дела, необходимости беспрепятственного осуществления гражданских прав, обеспечения восстановления нарушенных прав, их судебной защиты.



Трудовой кодекс Российской Федерации

Статья 1

Целями трудового законодательства являются установление государственных гарантий трудовых прав и свобод граждан, создание благоприятных условий труда, защита прав и интересов работников и работодателей.

Основными задачами трудового законодательства являются создание необходимых правовых условий для достижения оптимального согласования интересов сторон трудовых отношений, интересов государства, а также правовое

регулирование трудовых отношений и иных непосредственно связанных с ними отношений.

Статья 5

Трудовые отношения регулируются также коллективными договорами, соглашениями и локальными нормативными актами, содержащими нормы трудового права.

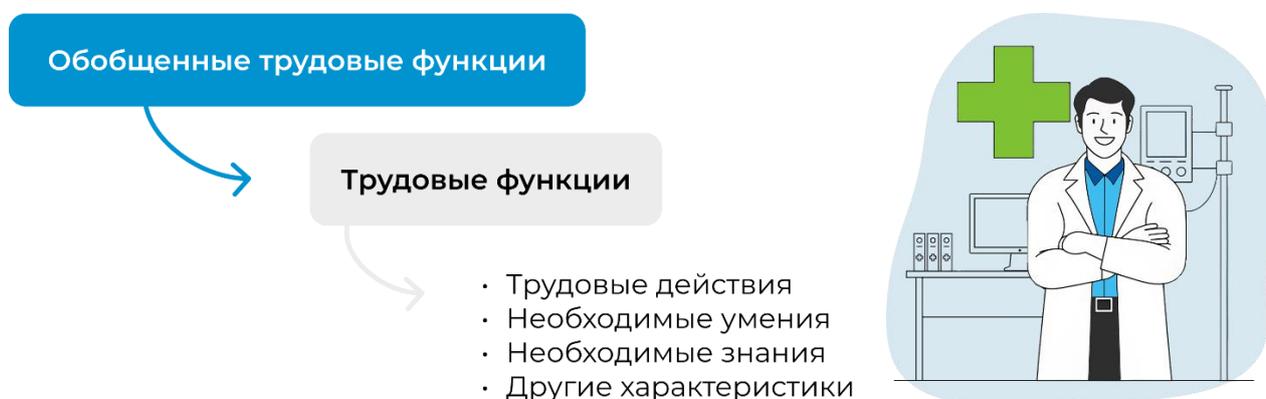
Требования к подготовке специалистов в Российской Федерации определяются положениями **профессиональных стандартов**.



Профессиональный стандарт – характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности, в том числе выполнения определенной трудовой функции.

Квалификация – уровень его знаний, умений, профессиональных навыков и опыта работы.

Структура профессионального стандарта:



Для обучающихся на лечебном факультете

Приказ Минтруда России от 21.03.2017 №293н

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ «ВРАЧ-ЛЕЧЕБНИК (ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ УЧАСТКОВЫЙ)»

3.1. Обобщенная трудовая функция (ОТФ):

Оказание первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника.

Характеристика предусматривает знание законодательства в сфере охраны здоровья, нормативных правовых актов и иных документов, определяющих деятельность медицинских организаций и медицинских работников, программ государственных гарантий, обязательного медицинского страхования, трудового законодательства Российской Федерации.

Трудовые функции:

3.1.2. Проведение обследования пациента с целью установления диагноза

- Необходимые знания:
- **Законодательство** Российской Федерации в сфере охраны здоровья, **нормативные правовые акты** и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников.
 - Общие вопросы **организации** медицинской помощи населению.
 - **Порядки** оказания медицинской помощи, **клинические рекомендации** (протоколы

лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи.

3.1.4. Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов, оценка способности пациента осуществлять трудовую деятельность

Трудовые действия:

- Проведение **экспертизы временной нетрудоспособности** и работа в составе врачебной комиссии, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности.
- Подготовка необходимой **медицинской документации** для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы.
- Направление пациента, имеющего стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, **на медико-социальную экспертизу.**

Необходимые знания:

- **Порядок экспертизы временной нетрудоспособности** и признаки временной нетрудоспособности пациента.
- **Порядок направления** пациента на медико-социальную экспертизу.
- **Правила оформления** и выдачи медицинских документов при направлении пациентов для оказания специализированной медицинской

помощи, на санаторно-курортное лечение, на медико-социальную экспертизу.

3.1.5. Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

Трудовые действия:

- **Оформление** и направление в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека **экстренного извещения** при выявлении инфекционного или профессионального заболевания.

Необходимые знания:

- **Нормативные правовые акты** и иные документы, регламентирующие порядки проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения.
- **Принципы диспансерного наблюдения** за пациентами с неинфекционными заболеваниями и факторами риска в соответствии с нормативными правовыми актами и иными документами.
- **Перечень врачей-специалистов**, участвующих в проведении медицинских осмотров, диспансеризации.
- **Законодательство** Российской Федерации в сфере охраны здоровья, санитарные правила и нормы.

3.1.6. Ведение медицинской документации и организация деятельности находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала

Трудовые действия:

- Составление **плана** работы и **отчета** о своей работе, оформление паспорта врачебного (терапевтического) участка.
- **Проведение анализа показателей** заболеваемости, инвалидности и смертности для характеристики здоровья прикрепленного населения.
- **Ведение медицинской документации**, в том числе в электронном виде.
- **Контроль** выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками.
- **Обеспечение внутреннего контроля качества** и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей.

Необходимые умения:

- Составлять план работы и отчет о своей работе, оформлять паспорт врачебного (терапевтического) участка.
- **Анализировать данные официальной статистической отчетности**, включая формы федерального и отраслевого статистического наблюдения.
- Работать с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну.
- Проводить **анализ медико-статистических показателей** заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения.

- **Заполнять медицинскую документацию**, в том числе в электронном виде.
- Контролировать выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками.

Необходимые знания:

- **Законодательство** Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативные правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников.
- **Медико-статистические показатели** заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие здоровье прикрепленного населения, порядок их вычисления и оценки.
- **Правила оформления** медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника.
- **Контроль выполнения** должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками.
- **Организация** медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника.

Для обучающихся на стоматологическом факультете – это

Приказ Минтруда России от 10.05.2016 №227н

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ «ВРАЧ-СТОМАТОЛОГ»

Трудовые функции:

3.1.1. Проведение обследования пациента с целью установления диагноза

- Необходимые знания:
- Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.
 - Порядок оказания медицинской помощи по профилям.
 - Стандарты медицинской помощи по заболеваниям.
 - Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

3.1.2. Назначение, контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения

- Необходимые знания:
- Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.
 - Порядки оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях.
 - Стандарты медицинской помощи при стоматологических заболеваниях.

3.1.4. Проведение и контроль эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения

Необходимые знания:

- Принципы диспансерного наблюдения в различных категориях пациентов и среди населения.

3.1.6. Организационно-управленческая деятельность

Трудовые действия:

- Предоставление медико-статистических показателей в установленном порядке.
- Ведение медицинской документации.
- Контроль выполнения врачебных назначений медицинскими работниками, занимающими должности среднего и младшего медицинского персонала.
- Контроль (оценка) качества оказания медицинской помощи.
- Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов, нетрудоспособности по уходу за больным ребенком, определение медицинских показаний к трудоустройству, переводу на облегченные условия труда, санаторно-курортному лечению.
- Руководство медицинскими работниками, занимающими должности среднего и младшего медицинского персонала.

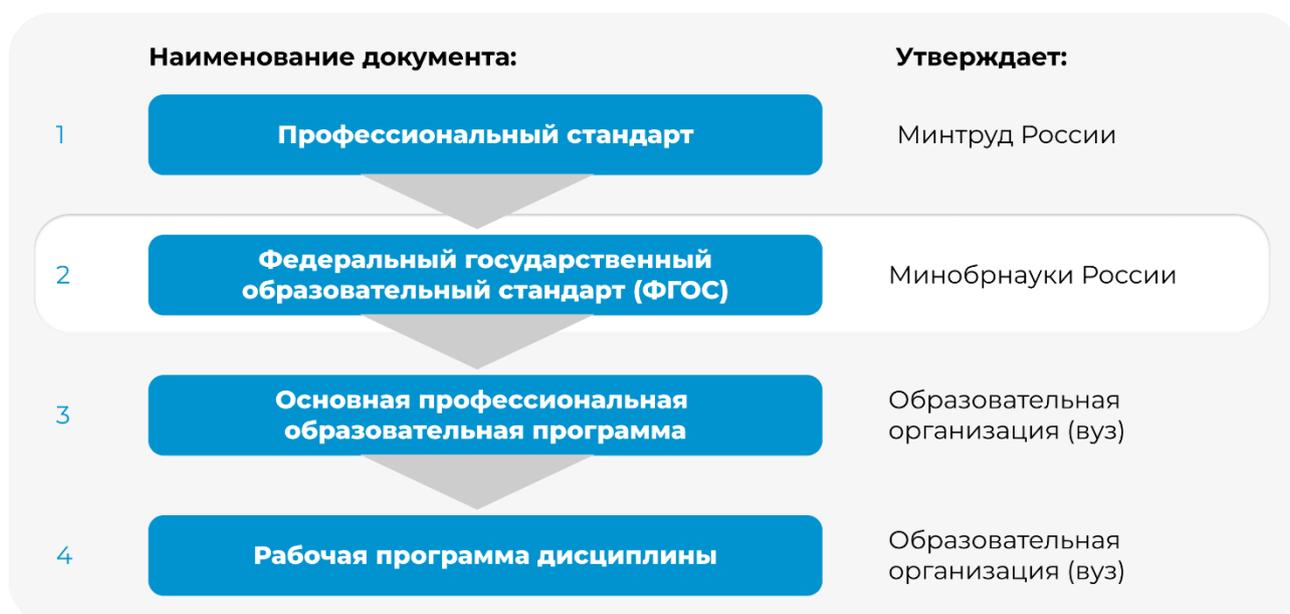
- Составление плана работы и отчета о своей работе.
- Анализ основных медико-статистических показателей (заболеваемости, инвалидности, смертности, летальности) населения обслуживаемой территории.

Необходимые умения:

- Анализировать качество оказания медицинской помощи.
- Анализировать показатели заболеваемости, инвалидности и смертности населения обслуживаемой территории.
- Заполнять медицинскую документацию и контролировать качество ведения медицинской документации.
- Оформлять документацию, необходимую для проведения медико-социальной экспертизы.
- Работать в информационно-аналитических системах (Единая государственная информационная система здравоохранения).
- Составлять план работы и отчет о своей работе.
- Анализировать качество и эффективность ведения медицинской документации.
- Организовывать госпитализацию для лечения в стационарных условиях.

- Необходимые знания:
- Правила выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность.
 - Правила оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность.
 - Принципы проведения экспертизы временной нетрудоспособности.
 - Должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях.
 - Критерии оценки качества медицинской помощи.
 - Особенности ведения медицинской документации.
 - Общие вопросы организации медицинской помощи населению.
 - Стандарты и системы управления качеством медицинских (стоматологических) услуг.
 - Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья и нормативные правовые акты, определяющие деятельность медицинских организаций.

Преподавание дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» соответствует требованиям профессиональных стандартов.



ФГОС представляет собой совокупность обязательных требований при реализации основных образовательных программ высшего образования – программ специалитета по данной специальности.

Дисциплина «Общественное здоровье и здравоохранение» для обучающихся по специальности «Лечебное дело» основана на:

Приказ Минобрнауки России от 12.08.2020 №988

ФГОС ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

В результате освоения программы специалитета у выпускника должны быть сформированы следующие общепрофессиональные (ОПК) и профессиональные (ПК) компетенции:

ОПК 8.
Медицинская
реабилитация

Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов,

проводить оценку способности пациента осуществлять трудовую деятельность.

ОПК 9. Менеджмент качества
Способен реализовывать принципы менеджмента качества в профессиональной деятельности.

ОПК 11. Научная и организационная деятельность
Способен подготавливать и применять научную, научно-производственную, проектную, организационно-управленческую и нормативную документацию в системе здравоохранения.

ПК 5. Организация и управление
Способен к ведению медицинской документации и организации деятельности находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала.

Дисциплина «Общественное здоровье и здравоохранение» для обучающихся по специальности «Стоматология» основана на:

[Приказ Минобрнауки России от 12.08.2020 №984](#)

ФГОС ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.05.03 СТОМАТОЛОГИЯ

В результате освоения программы специалитета у выпускника должны быть сформированы универсальная компетенция (УК), а также ОПК и ПК:

УК-10. Экономическая культура, в том числе финансовая грамотность
Способен принимать обоснованные экономические решения в различных областях жизнедеятельности.

ОПК-11. Организация и управление	Способен реализовывать принципы менеджмента качества в профессиональной деятельности.
ПК-5 Медицинская экспертиза	Способен к проведению медицинских экспертиз в отношении детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями.
ПК-7 Организация и управление	Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности медицинского персонала.

Номенклатурой научных специальностей по присуждению ученых степеней кандидата и доктора медицинских наук предусмотрена научная специальность

**3.2.3. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ,
ОРГАНИЗАЦИЯ И СОЦИОЛОГИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, МЕДИКО-
СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА**

Приказ Минобрнауки
России от 30.03.2023 №349

Номенклатурой специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское образование, специальность «Организация здравоохранения и общественное здоровье» выделена в отдельную клиническую специальность

**42. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ**

Приказ Минздрава России
от 07.10.2015 №700н

В медицинской организации специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья может занимать следующие должности:

- главный врач (начальник);
- заместитель руководителя (начальник);
- заведующий (главного врача, начальника) структурного подразделения;
- заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и другое) - врач-методист/ - врач-статистик);
- врач-статистик;
- врач-методист.

4. ЗДОРОВЬЕ: ИНДИВИДУАЛЬНОЕ И ОБЩЕСТВЕННОЕ



Общественное здоровье и здравоохранение – самостоятельная медицинская наука, которая изучает воздействие социальных факторов и условий внешней среды на здоровье населения; на этой основе разрабатывает профилактические меры по сохранению, укреплению здоровья населения и совершенствованию его медицинского обеспечения. Она включает медицинские, психологические, социологические, экологические, экономические, политические и иные аспекты.

Существует несколько определений здоровья.



Здоровье

[Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ](#)

– состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма.

[Всемирная организация здравоохранения \(ВОЗ\)](#)

– состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

[Устав ВОЗ, п.1](#)

Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения.

При изучении здоровья выделяют четыре уровня:



При характеристике индивидуального здоровья используют основные понятия:

Ресурс здоровья – морфофункциональные и психологические возможности организма изменять баланс здоровья в положительную сторону.

Повышение ресурсов здоровья обеспечивается всеми мерами здорового образа жизни (питание, физические нагрузки, отдых и так далее.).

Потенциал здоровья – совокупность способностей индивидуума адекватно реагировать на воздействие внешних факторов.

Адекватность реакций определяется состоянием компенсаторно-приспособительных систем (нервной, эндокринной и так далее) и механизмом психической саморегуляции (психологическая защита и так далее).

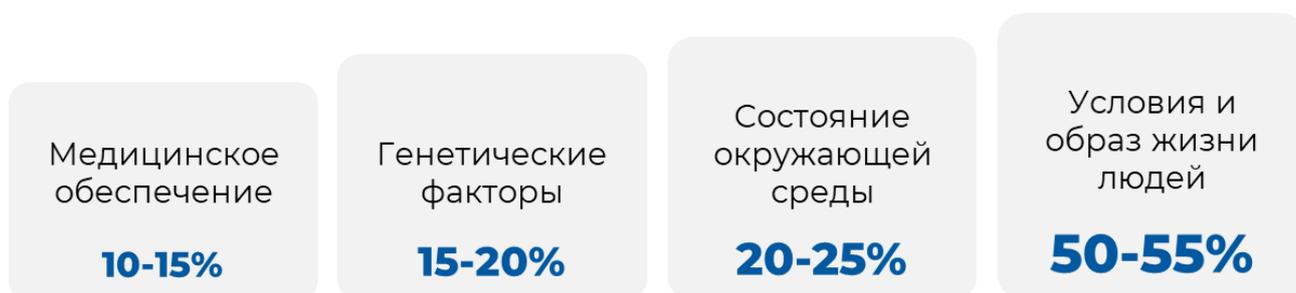
Баланс здоровья – состояние равновесия между потенциалом здоровья и действующими на него факторами.

Факторы риска (от лат. *factor* – делающий, производящий) – внешние или внутренние воздействия на организм, которые с определенной долей вероятности создают

неблагоприятный фон для возникновения или развития заболевания.

Показатели оценки индивидуального здоровья Вы подробно изучали на кафедре пропедевтики внутренних болезней. К ним относятся антропометрические, соматоскопические и функциональные показатели.

На здоровье человека оказывает влияние множество факторов. Эксперты ВОЗ в 80-х годах XX века **определили четыре основные группы факторов и их соотношение для обеспечения здоровья современного человека:**



Таким образом, ведущими факторами, влияющими на здоровье человека, являются немедицинские – генетические, экологические, экономические, образование и образ жизни, а система здравоохранения вносит вклад в здоровье около 10-15%.

[Приказ Минздрава РФ от 27.04.2021 N 404Н](#)

ФАКТОРЫ РИСКА

развития хронических неинфекционных заболеваний:

1. Повышенный уровень артериального давления.
2. Гиперхолестеринемия.
3. Повышенный уровень глюкозы в крови натощак.
4. Курение табака.
5. Пагубное потребление алкоголя.

6. Нерациональное питание.
7. Низкая физическая активность.
8. Избыточная масса тела или ожирение.

[Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 23](#)

Граждане вправе получать достоверную и своевременную информацию о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию о:

- санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания;
- состоянии среды обитания;
- рациональных нормах питания;
- качестве и безопасности продукции производственно-технического назначения, пищевых продуктов, товаров для личных и бытовых нужд;
- потенциальной опасности для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг.



[Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 2](#)

Охрана здоровья граждан – система мер

- политического;
- экономического;
- правового;
- социального;
- научного;
- медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера,

осуществляемая

- органами государственной власти Российской Федерации;
- органами государственной власти субъектов Российской Федерации;
- органами местного самоуправления;
- организациями, их должностными лицами и иными лицами;
- гражданами,

в целях:

- профилактики заболеваний;
- сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека;
- поддержания его долголетней активной жизни;
- предоставления ему медицинской помощи.



Общественное здоровье – здоровье населения, обусловленное комплексным воздействием биологических и социальных факторов окружающей среды при определяющем значении общественно-политического и экономического строя и зависящих от него условий жизни общества (труд, быт, питание, отдых, уровень образования и культуры, здравоохранение).



Потенциал общественного здоровья – мера здоровья людей, накопленного обществом, и его резервов, создаваемых активным, здоровым образом жизни.

При изучении общественного здоровья выделяют **группы риска здоровью**:

- по признакам:
 - демографическим;
 - производственным;
 - профессиональным;
 - функционального, патологического состояния;
 - низкого материального уровня жизни;
- лиц с девиантным поведением.

Основные методы изучения общественного здоровья:

 Исторический	 Экспертные оценки	 Системный анализ
 Статистический	 Экономические исследования	 Эпидемиологический
 Эксперимент и моделирование	 Социологические исследования	 Медико-географический

Основные группы показателей (индикаторов) общественного здоровья:

- медико-демографические показатели;
- показатели заболеваемости;
- показатели инвалидности;
- показатели физического развития.

Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2024 №309 «О национальных целях развития Российской Федерации

на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года» определены национальные цели развития страны.

Целевые показатели и задачи, выполнение которых характеризует достижение национальной цели «Сохранение населения, укрепление здоровья и повышение благополучия людей, поддержка семьи»:

- повышение суммарного коэффициента рождаемости до 1,6 к 2030 году и до 1,8 к 2036 году, в том числе ежегодный рост суммарного коэффициента рождаемости третьих и последующих детей;
- увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 году и до 81 года к 2036 году, в том числе опережающий рост показателей ожидаемой продолжительности здоровой жизни;
- обеспечение не ниже среднероссийских темпов повышения к 2030 году суммарного коэффициента рождаемости в субъектах Российской Федерации, в которых по итогам 2023 года значение такого коэффициента было ниже среднероссийского;
- снижение к 2036 году дифференциации показателей ожидаемой продолжительности жизни не менее чем на 25 процентов по сравнению с уровнем 2023 года;
- снижение к 2030 году суммарной продолжительности временной нетрудоспособности граждан в трудоспособном возрасте на основе формирования здорового образа жизни, создания условий для своевременной профилактики заболеваний и привлечения граждан к систематическим занятиям спортом;
- повышение к 2030 году уровня удовлетворенности граждан условиями для занятий физической культурой и спортом;

- увеличение к 2030 году численности граждан пожилого возраста и инвалидов, получающих услуги долговременного ухода, не менее чем до 500 тыс. человек из числа наиболее нуждающихся в таких услугах;
- повышение к 2030 году уровня удовлетворенности участников специальной военной операции условиями для медицинской реабилитации, переобучения и трудоустройства;
- создание и запуск к 2030 году цифровой платформы, способствующей формированию, поддержанию и сохранению здоровья человека на протяжении всей его жизни, на базе принципа управления на основе данных.

5. ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕМОГРАФИИ



Демография – наука о народонаселении, изучающая закономерности его воспроизводства, численности, структуры и расселения; причинах и последствиях изменений, происходящих в демографической структуре стран.

Эта наука находится на стыке экономики, социологии, математики и статистики.

Демографические исследования предназначены для разработки демографической политики, планирования трудовых ресурсов.

С целью решения демографических проблем с 2007 года по настоящее время в Российской Федерации реализуется комплекс мер по финансовой поддержке семей при рождении детей; содействию занятости; разработке и реализации программы системной поддержки и повышению качества жизни граждан старшего поколения; формированию системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек; созданию для всех категорий и групп населения условий для занятий физической культурой и спортом, в том числе по повышению уровня обеспеченности населения объектами спорта, а также по подготовке спортивного резерва.

Прикладное применение знаний демографии принято называть **медицинской демографией**, а используемые показатели для количественного описания изучаемых явлений – **медико-демографическими**.



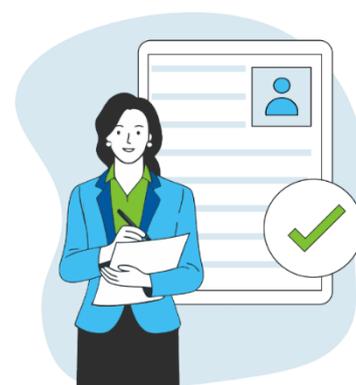
Медицинская демография – отраслевая наука, изучающая взаимосвязь демографических процессов воспроизводства населения с позиций медицины и здравоохранения; разрабатывающая на этой основе медико-социальные меры, направленные на обеспечение наиболее благоприятных показателей здоровья населения.

Основными источниками данных о численности населения, ее структуре и социальных характеристиках являются:

- перепись населения;
- статистический учет демографических событий (сбор сведений о случаях рождения, смерти, заключения брака, прибытий и убытий);
- выборочные исследования (для получения детальных характеристик демографических явлений).

Федеральный закон от 25.01.2002 №8-ФЗ, статья 3

**ВСЕРОССИЙСКАЯ ПЕРЕПИСЬ
НАСЕЛЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ
НЕ РЕЖЕ 1 РАЗА В 10 ЛЕТ**



Перепись населения – сбор сведений о лицах, находящихся на определенную дату на территории Российской Федерации, проводится на всей территории Российской Федерации в соответствии с официальной статистической методологией в

целях формирования официальной статистической информации о демографических, экономических и социальных процессах.

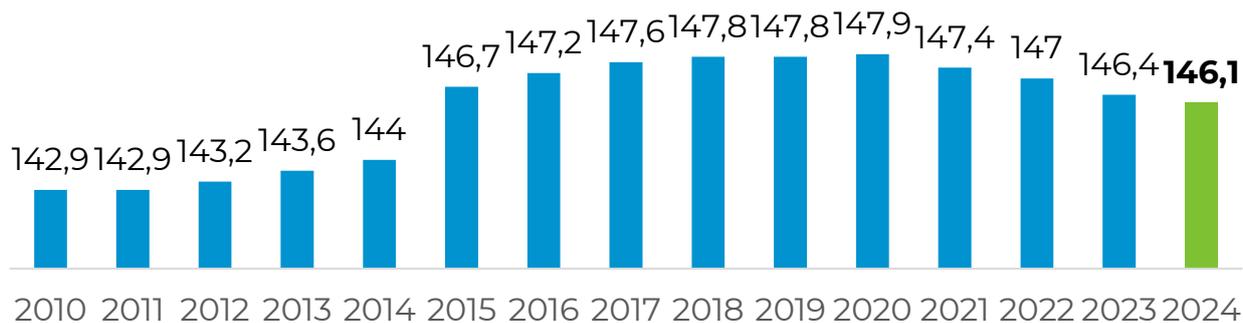
При этом предусмотрена перепись наличного населения по месту фактического пребывания. Последняя перепись в Российской Федерации проведена осенью 2021 года и предусматривала возможность участия в переписи на портале «Госуслуги».



[Данные Росстата](#)

Численность населения Российской Федерации в 2024 году составила 146,1 млн. человек².

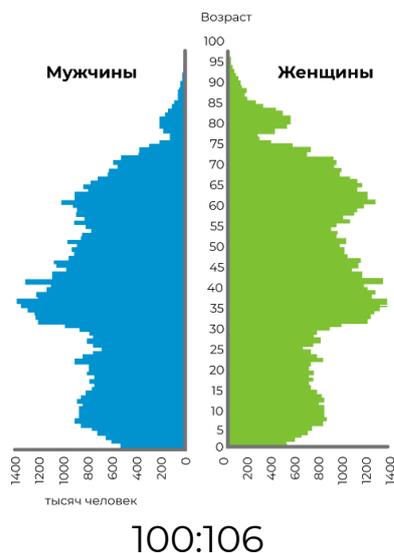
² Данные представлены без учета статистической информации о новых присоединенных территориях.



Перепись населения позволяет узнать ключевую характеристику – **возрастно-половую структуру населения.**

Анализ особенностей возрастно-половой структуры предоставляет возможность:

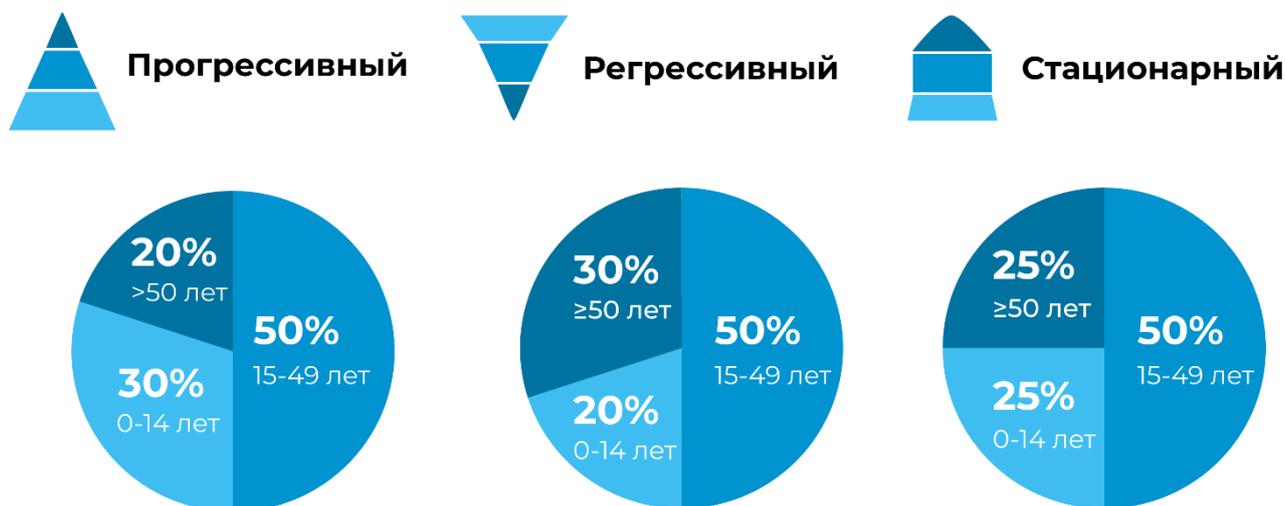
- наглядно увидеть ожидаемые изменения в численности возрастных групп в ближайшие годы;
- определить влияние рождаемости и смертности на потребность в оказании медицинской помощи.



ТИПЫ ВОЗРАСТНО-ПОЛОВОЙ СТРУКТУРЫ НАСЕЛЕНИЯ

1. **Прогрессивный** тип населения – доля населения в возрасте 0-14 лет превышает долю населения в возрасте 50 лет и старше.
2. **Регрессивный** тип населения – доля населения в возрасте 50 лет и старше превышает долю населения в возрасте 0-14 лет.

3. **Стационарный** тип населения – доли населения в возрасте 0-14 лет и в возрасте 50 лет и старше примерно одинаковые.



Коэффициент демографической нагрузки

показывает сколько нетрудоспособных приходится на 1000 человек трудоспособного населения. Чем выше этот показатель, тем больше демографическая нагрузка на трудоспособное население.

$$\frac{\text{Средняя численность населения нетрудоспособного возраста}}{\text{Средняя численность населения трудоспособного возраста}} \times 1000$$

Другой характеристикой населения является его пространственное распределение – плотность. Этот показатель измеряется числом человек на 1 км² площади территории.

Средняя плотность населения в Российской Федерации в 2024 году составила 8,53 чел/км². Наибольшая плотность населения в г. Москве – 5 134,7 чел/км², наименьшая – в Чукотском автономной округе – 0,07 чел/км².



ЕСТЕСТВЕННОЕ ДВИЖЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ

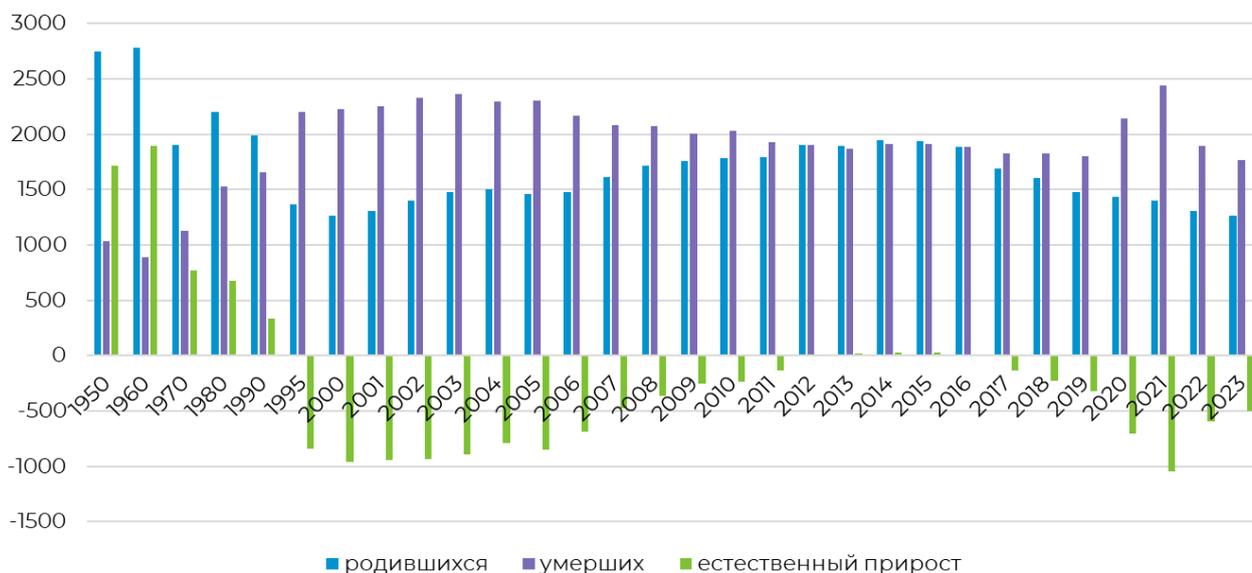


Естественное движение населения – совокупность процессов рождаемости, смертности, естественного прироста, обеспечивающих возобновление и смену поколений.

Показатели естественного движения населения:

- рождаемость,
- смертность,
- естественный прирост (убыль).

Итоги естественного движения населения в РСФСР и Российской Федерации на 1000 человек населения в 1960-2023 годах:



Рождаемость – естественный процесс возобновления населения, характеризующийся статистически зарегистрированным числом деторождений в конкретной популяции за определенный период времени.

Общий коэффициент рождаемости (ОКР)

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

При изучении динамики численности родившихся за каждый год можно установить тенденции изменения рождаемости, темп и соотношение численности рождений в городской и сельской местности.

Общий коэффициент рождаемости на 1000 чел.

- до 10**
- 10 - 15**
- 16 - 20**
- 21 - 25**
- 10 - 15**
- 16 - 20**
- 21 - 25**

Оценочный уровень рождаемости

- Очень низкий
- Низкий
- Ниже среднего
- Средний
- Выше среднего
- Высокий
- Очень высокий



Значение ОКР зависит и от возрастно-половой структуры населения: с увеличением доли женщин репродуктивного возраста ОКР увеличивается. Для нивелирования влияния возрастно-половой структуры населения применяют другие показатели, например, суммарный коэффициент рождаемости.



Суммарный коэффициент рождаемости

характеризует среднее число рождений у одной женщины на протяжении всего репродуктивного периода при сохранении существующих уровней рождаемости в каждом возрасте. Он позволяет оценить уровень рождаемости с точки зрения воспроизводства населения.

Значение суммарного коэффициента рождаемости

Обеспечивает:

ниже 2,2

Низкий

простое воспроизводство населения (без увеличения его численности)

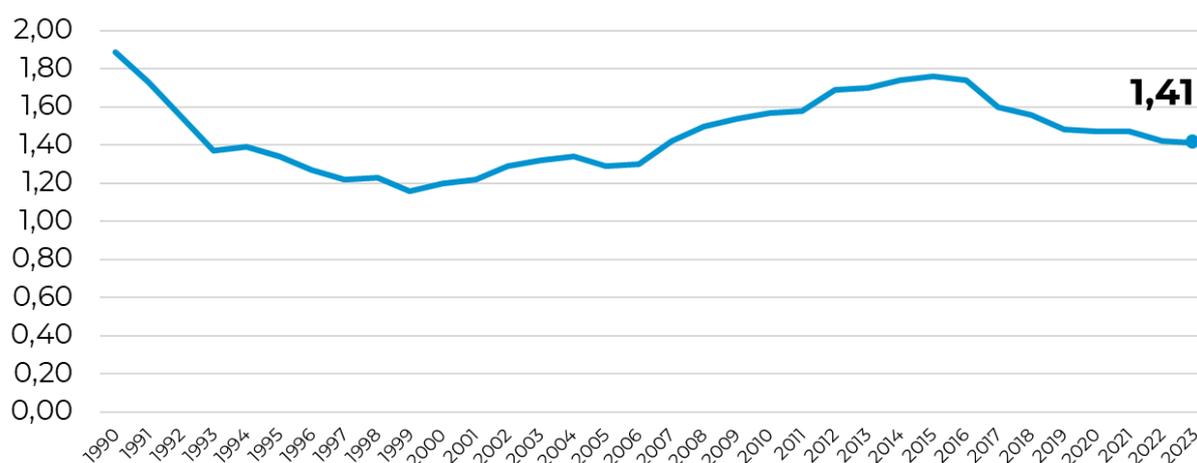
выше 4,0

Высокий

рост численности населения от поколения к поколению

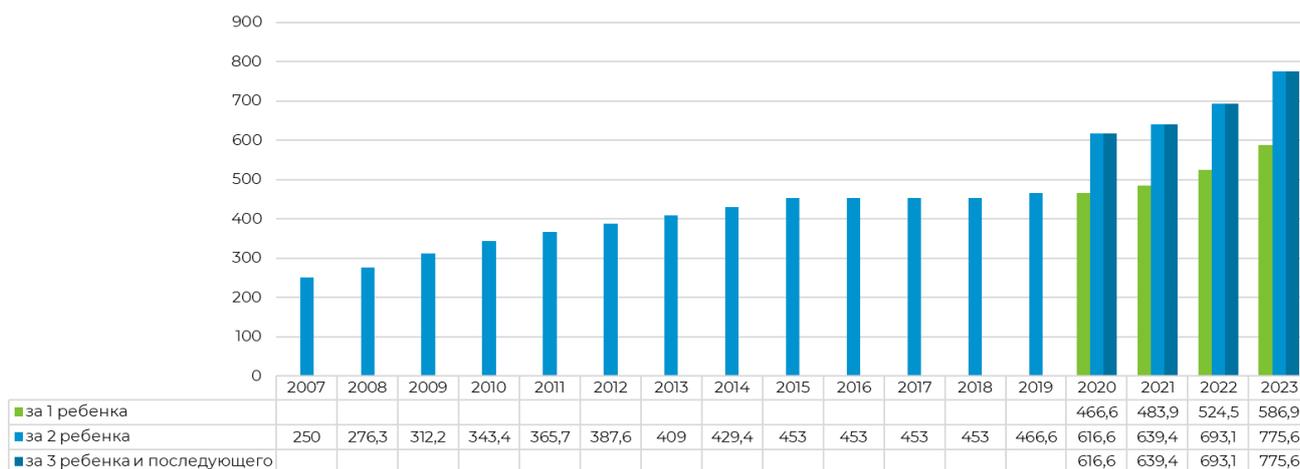
Суммарный коэффициент рождаемости должен быть **не менее 2,2**

Суммарный коэффициент рождаемости в Российской Федерации 1960-2023 годах:



Для поддержки рождаемости населения в Российской Федерации принимаются системные меры: при рождении второго и последующих детей с 2007 по 2019 год выплачивался материнский капитал; с 2020 года – при рождении первого и третьего ребенка.

Размер выплат материнского капитала в Российской Федерации в 2007-2023 годах (тыс. рублей):



Смертность – процесс убыли населения, характеризующийся статистически зарегистрированным числом смертей в конкретной популяции за определенный период времени.

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

Общий коэффициент смертности на 1000 чел.

до 7

7 - 10

11 - 15

16 - 20

21 и выше

Оценочный уровень смертности

Очень низкий

Низкий

Средний

Высокий

Очень высокий





Коэффициент естественного прироста населения – общая характеристика изменения численности населения, рассчитывается как разность между коэффициентом рождаемости и смертности.

С увеличением доли населения старших возрастных групп увеличивается ОКС. Для нивелирования влияния возрастнополовой структуры населения на ОКС применяют другие показатели, например, ожидаемая продолжительность жизни при рождении, стандартизированный по возрасту коэффициент смертности населения.

Более точные измерители смертности – показатели по отдельным возрастным группам.



Младенческая смертность – смертность детей на первом году жизни.

$$\text{Младенческая смертность} = \frac{\text{Число детей, умерших на первом году жизни в данном году}}{\text{2/3 родившихся живыми в данном году} + \text{1/3 родившихся живыми в предыдущем году}} \times 1000$$

Коэффициент младенческой смертности на 1000 чел.

до 10
10 - 19,9
20 и более

Оценочный уровень младенческой смертности

Низкий
Средний
Высокий

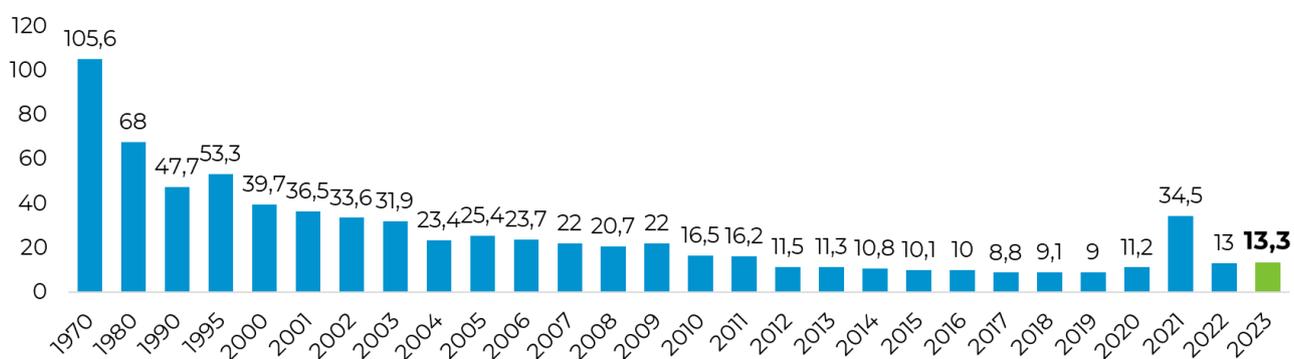
Младенческая смертность в Российской Федерации в 1950-2023 годах³:



Материнская смертность – смертность, обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации), наступившая в период беременности или в пределах 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением.

$$\text{Материнская смертность} = \frac{\text{Число умерших беременных, рожениц, родильниц (в течение 42 дней)}}{\text{Число живорожденных}} \times 100\,000$$

Материнская смертность в Российской Федерации в 1970-2023 годах:



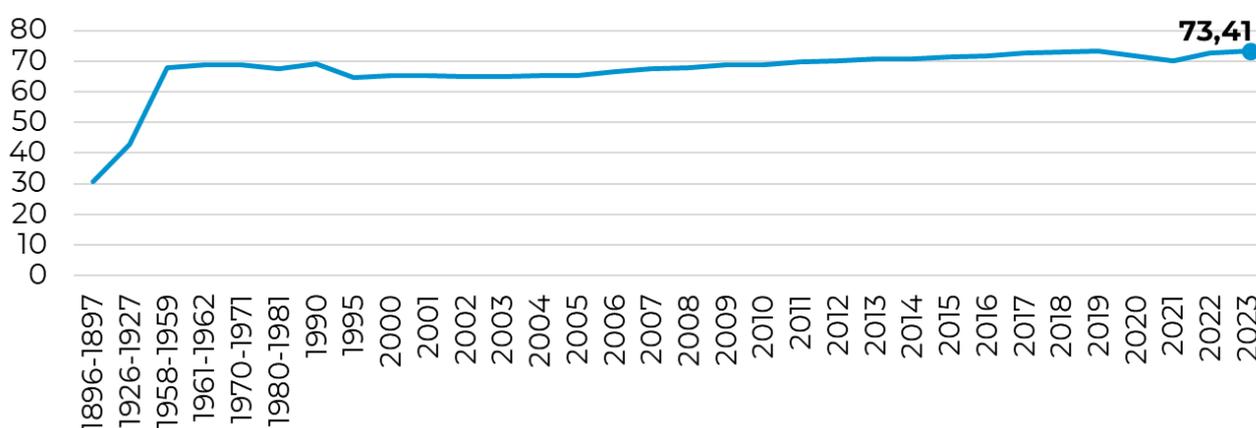
³ В 2012 году расширены критерии живорождения.



Ожидаемая продолжительность жизни при рождении:

- число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку из некоторого гипотетического поколения при сохранении уровня смертности в каждой из одногодичных возрастных групп в течение 110 лет;
- расчет – число человеко-лет, которое предстоит прожить дожившим до соответствующего возраста за весь период предстоящей жизни, делится на численность гипотетического поколения.
- является наилучшим индикатором состояния здоровья населения и интегральным индикатором уровня социально-экономического развития страны.

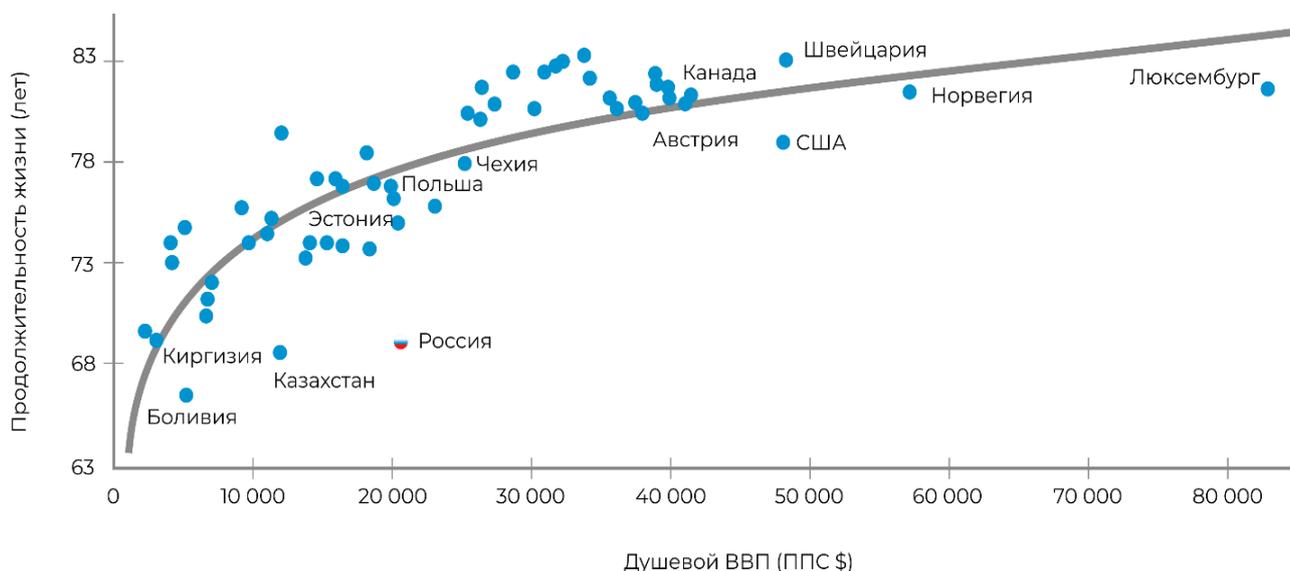
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Российской Федерации в 1896-2023 годах:



Ведущим фактором, влияющим на ожидаемую продолжительность жизни, является уровень доходов населения. Эта взаимосвязь описана Сэмюэлем Престоном в 1976 году. С. Престон обнаружил, что существует зависимость между ожидаемой продолжительностью жизни и валовым внутренним продуктом (ВВП) на душу населения, рассчитанного по паритету покупательной способности.

В демографии кривая Престона – это графическая модель, описывающая зависимость между уровнем дохода и уровнем ожидаемой продолжительности жизни при рождении.

Кривая Престона для 57 стран, обладающих демографической статистикой (2010 год)⁴:



Анализ графика показывает, что при:

- **низком** уровне дохода – даже небольшой рост ВВП значительно увеличивает продолжительность жизни (резкий подъем кривой).
- **среднем** уровне дохода – зависимость становится менее выраженной.
- **высоком** уровне дохода – дальнейший рост ВВП почти не влияет на продолжительность жизни (кривая выходит на «плато»).

Таким образом, в бедных странах основной вклад в смертность вносят инфекционные болезни, недоедание, низкая доступность медицинской помощи, даже небольшое улучшение экономики резко снижает смертность; в богатых странах

⁴ Андреев Е.М., Школьников В.М. Связь между уровнями смертности и экономического развития в России и ее регионах // XIX Апрельская международная научная конференция, 12.04.2018.

основными причинами смерти являются возрастные и хронические заболевания (рак, сердечно-сосудистые болезни). Дальнейший рост ВВП почти не влияет на продолжительность жизни. Кривая Престона показывает, что рост доходов населения больше всего снижает смертность в бедных странах, а в богатых странах это влияние менее выражено.



Федеральная служба государственной статистики

Паритет покупательской способности – количество единиц валюты, необходимое для покупки стандартного набора товаров и услуг, который можно купить за одну денежную единицу базовой страны (или одну единицу общей валюты группы стран).

МЕХАНИЧЕСКОЕ ДВИЖЕНИЕ. МИГРАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ



Внутренняя миграция – перемещения населения в пределах одной страны между административными или экономико-географическими районами, населенными пунктами и так далее.

Виды внутренней миграции:

- сезонная,
- маятниковая,
- временная,
- безвозвратная.

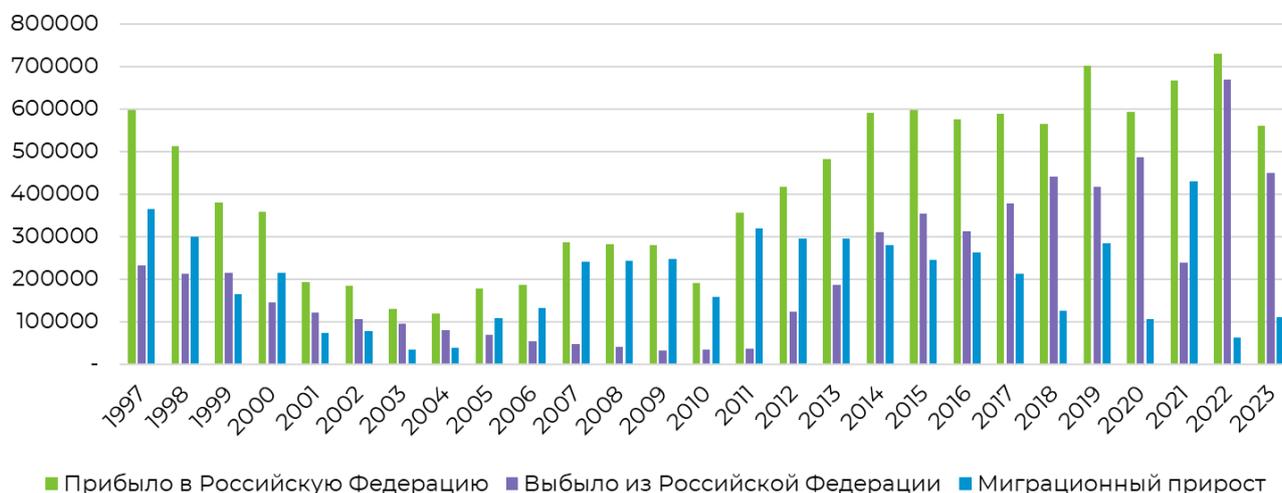


Внешняя миграция:

Эмиграция – выезд граждан из своей страны в другую на постоянное жительство или длительный срок.

Иммиграция – въезд граждан в другую страну на постоянное жительство или длительный срок.

Международная миграция в 1997-2023 годах:



Комплекс медико-демографических показателей позволяет:

- детально и поэтапно оценить здоровье населения;
- определить ведущие медицинские и социальные проблемы в формировании здоровья и его сохранении в различных группах населения;
- вырабатывать наиболее эффективные меры по организации медицинской помощи.

6. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ



Перед системой здравоохранения и ее работниками стоит общая задача – повышение доступности и качества медицинской помощи и, как цель, сохранение и укрепление здоровья населения. Одним из критериев оценки здоровья населения является показатель заболеваемости.

Учет заболеваемости ведется всеми медицинскими организациями. Он необходим для принятия управленческих решений на федеральном, региональном, муниципальном и уровне медицинской организации.

Только на основе многоуровневой и многофакторной информации возможно правильное планирование, прогнозирование, определение потребности в различных видах медицинской помощи и ресурсах здравоохранения.

Показатели заболеваемости служат одним из критериев оценки качества работы системы здравоохранения, медицинской организации и отдельного врача.



Под заболеваемостью подразумевается показатель, который характеризует уровень, распространенность зарегистрированных заболеваний вместе взятых и каждого в отдельности среди населения в целом, его отдельных возрастных, половых, социальных, профессиональных и других групп.

Источниками информации для расчета показателей заболеваемости служат данные:

- по обращаемости⁵;
- медицинских осмотров;
- о причинах смерти;
- научных исследований.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Для характеристики заболеваемости населения выделяют три показателя:



Общая заболеваемость

Число всех зарегистрированных заболеваний
в данном календарном году
_____ x 1000 (‰)
Среднегодовая численность населения



Первичная заболеваемость

Число всех зарегистрированных заболеваний,
с впервые в жизни установленным диагнозом
за данный календарный год
_____ x 1000 (‰)
Среднегодовая численность населения

- более чутко реагирует на изменения условий среды в изучаемый год;
- при анализе этого показателя можно получить наиболее правильное представление не только о

⁵ Важно понимать, что заболеваемость по обращаемости не отражает истинную картину здоровья населения и зависит от многих факторов: доступности медицинской помощи, ее качества, активности населения и так далее. Поэтому дополнительно учитывается частота патологии, выявленной при медосмотрах, то есть «патологическая пораженность».

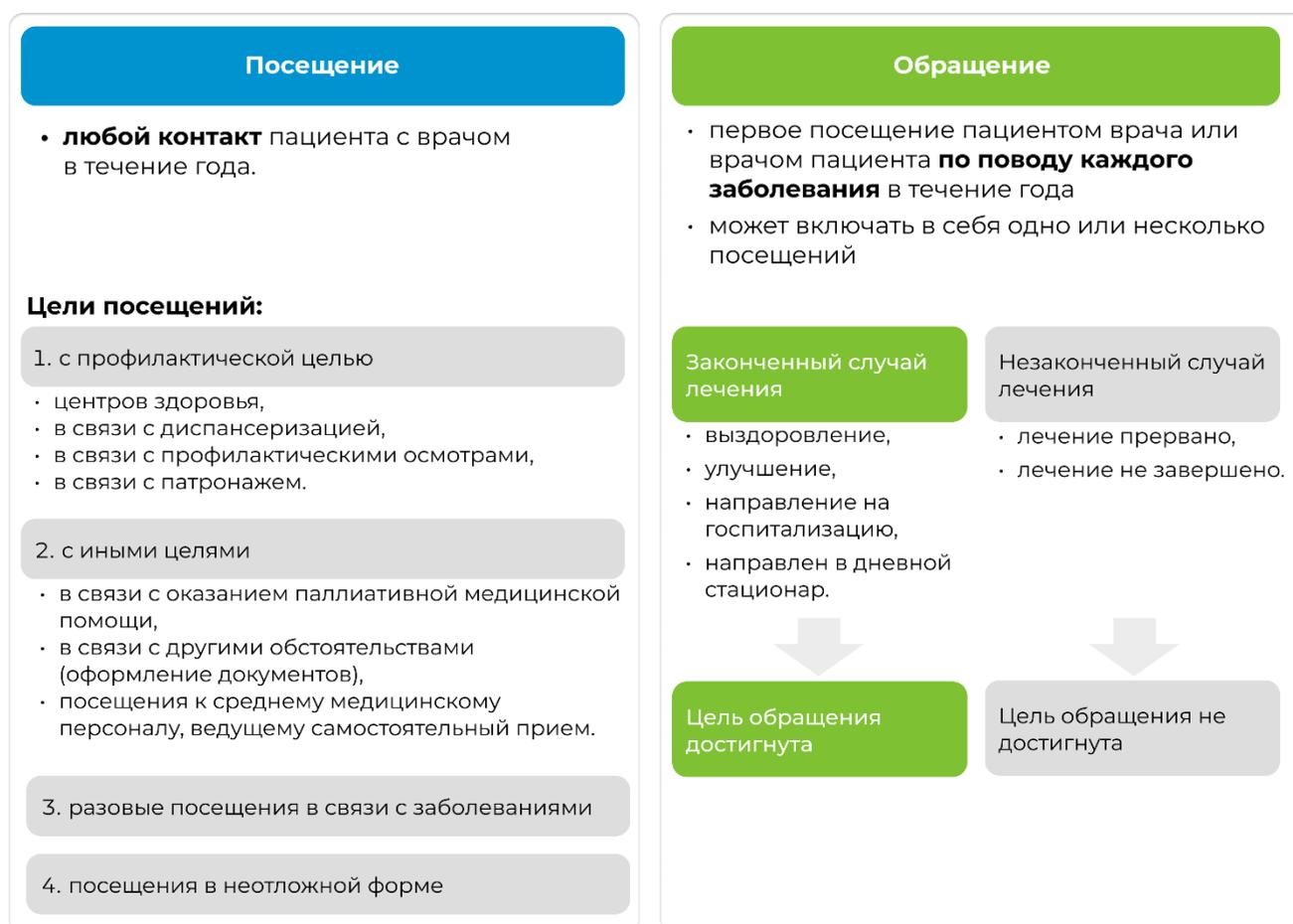
частоте и динамике заболеваемости, но также об эффективности лечебных и других мероприятий, направленных на ее снижение.



Патологическая пораженность

Число заболеваний,
выявленных при медосмотрах _____ × 1000 (‰)
Численность осмотренных

Важно различать понятия «посещение» и «обращение»:



Посещения учитываются только при условии:

- соответствующей записи в медицинской карте пациента;
- заполненного талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Учет случаев заболеваний проводится по основным унифицированным учетным формам:

Виды заболеваемости	Учетный документ
Инфекционная рассчитывается на среднегодовую численность населения	№058/у «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром, профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку»
Социально значимыми заболеваниями рассчитывается на среднегодовую численность населения	№089/у-кв «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки»
	№089/у-туб «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, с рецидивом туберкулеза»
	№090/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования»
С временной утратой трудоспособности рассчитывается на среднегодовую численность работающего населения	«Форма бланка листка нетрудоспособности» с 01.01.2022 формирование (выдача) листов нетрудоспособности осуществляется только в форме электронного документа
Госпитализированная рассчитывается на среднегодовую численность	№066/у «Статистическая карта выбывшего из

Виды заболеваемости населения	Учетный документ медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара»
-------------------------------	--



Постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 №715

Перечень социально значимых заболеваний и перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих

Высокая распространенность, смертность, инвалидизация, ресурсоемкость послужили критериями включения перечисленных заболеваний в этот перечень.

Перечень социально значимых заболеваний	Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих
1. Туберкулез	1. Туберкулез
2. Гепатит В	2. Гепатит В
3. Гепатит С	3. Гепатит С
4. Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)	4. ВИЧ-инфекция
5. Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем	5. Вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки
6. Злокачественные новообразования	6. Гельминтозы
7. Сахарный диабет	7. Дифтерия

Перечень социально значимых заболеваний	Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих
8. Психические расстройства и расстройства поведения	8. Лепра
9. Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	9. Малярия
	10. Педикулез, акариаз и другие инфекации
	11. Сап и мелиоидоз
	12. Сибирская язва
	13. Холера
	14. Чума
	15. Коронавирусная инфекция (2019-nCoV)



Постановление Правительства Российской Федерации от 24.06.2012 №403

Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности

1. Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели).
2. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса).
3. Дефект в системе комплемента.
4. Преждевременная половая зрелость центрального происхождения.
5. Нарушения обмена ароматических аминокислот (классическая фенилкетонурия, другие виды гиперфенилаланинемии).
6. Тирозинемия.
7. Болезнь «кленового сиропа».

8. Другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью (изовалериановая ацидемия, метилмалоновая ацидемия, пропионовая ацидемия).
9. Нарушения обмена жирных кислот.
10. Гомоцистинурия.
11. Глютарикацидурия.
12. Галактоземия.
13. Другие сфинголипидозы: болезнь Фабри (Фабри-Андерсона), Нимана-Пика.
14. Острая перемежающаяся (печеночная) порфирия.
15. Нарушения обмена меди (болезнь Вильсона).
16. Незавершенный остеогенез.
17. Легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая, первичная) и другие.

Кроме показателей распространенности заболеваний необходимо анализировать **динамику заболеваемости, а также ее структуру.**



Ориентируйтесь
на надежные источники
[ROSSTAT.GOV.RU](https://rosstat.gov.ru)

Заболеваемость населения Российской Федерации по основным классам в 2017-2023 годах (зарегистрировано заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни):

Все болезни, Всего (тыс.)	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
		114382,2	114840,8	114512,2	111294,3	125022,4	130442,6
<i>из них:</i>							
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	4012,1	3970,5	3902,5	2999,4	3114,6	3324,4	3433,0
новообразования	1674,1	1704,6	1744,0	1440,1	1484,1	1593,8	1711,8
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	659,2	627,7	613,0	480,1	513,9	539,6	557,0
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	2050,1	1926,7	2116,7	1617,0	1669,7	1831,4	2053,4
болезни нервной системы	2204,1	2167,7	2171,9	1836,5	1974,8	2057,0	2098,9
болезни глаза и его придаточного аппарата	4640,7	4612,2	4409,6	3506,5	3632,4	3679,1	3815,1
болезни уха и сосцевидного отростка	3799,1	3748,4	3668,6	3008,1	3112,2	3266,3	3505,9
болезни системы кровообращения	4706,5	4783,7	5135,6	4302,5	4455,7	4928,7	5196,4
болезни органов дыхания	51905,0	52832,6	52277,6	54273,3	59381,9	61918,8	59829,8
болезни органов пищеварения	4985,8	4856,3	4693,5	3855,0	3920,8	3985,7	4095,7
болезни кожи и подкожной клетчатки	6017,4	5915,3	5977,3	4979,0	5194,3	5292,0	5543,1
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	4331,1	4382,4	4450,5	3662,6	3893,8	4209,8	4561,6
болезни мочеполовой системы	6582,8	6581,7	6527,7	5268,2	5383,2	5529,2	5719,6
осложнения беременности, родов и послеродового периода	2352,1	2203,7	2126,1	1973,7	1959,5	1824,7	1794,1
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	289,8	290,0	291,9	242,9	252,6	252,2	251,1
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	12946,4	13072,2	13270,2	11908,2	12192,0	12553,4	12768,6

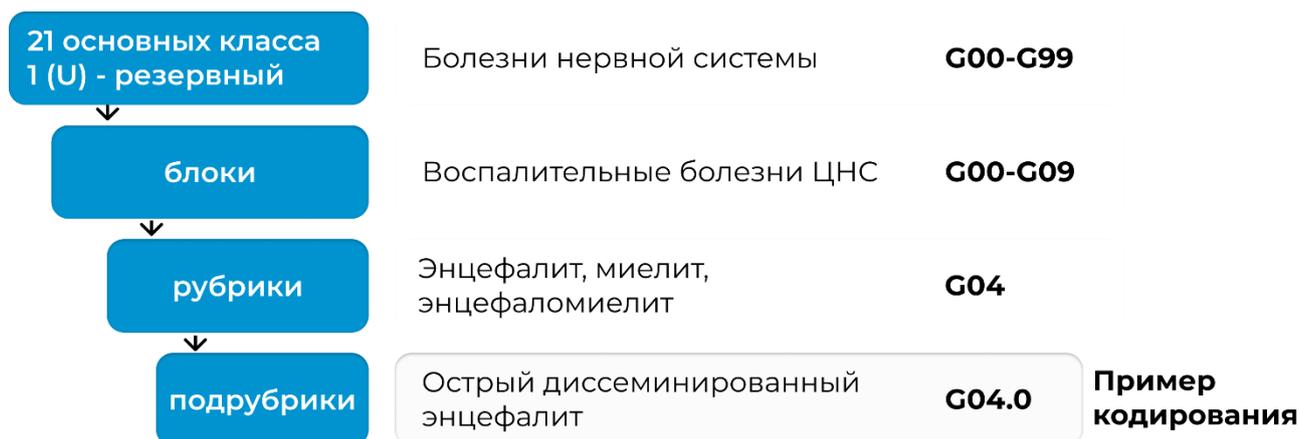
В Российской Федерации первое место в структуре первичной заболеваемости принадлежит болезням органов дыхания (к сведению, в структуре общей заболеваемости – болезням системы кровообращения).

Для всестороннего анализа заболеваемости необходимо соблюдать единство терминологии, классификации, методов сбора информации и формул вычисления показателей заболеваемости.

Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра позволяет врачам формулировать диагноз, преобразовывать его в буквенно-цифровые коды, хранить, извлекать и анализировать данные.

БАЗОВАЯ СТРУКТУРА МКБ-10

mkb-10.com



Переходный период до 2027 года

В перспективе планируется переход на МКБ-11:

- Новая детально переработанная и дополненная с учетом новейших научных данных версия МКБ предназначена для использования в цифровой среде.
- **Количество нозологических единиц** (кодов МКБ) **увеличилось с 14 до 55 тысяч**, значительно больше форм и вариантов заболеваний.

- Основные классы обозначаются четырьмя символами (двумя латинскими буквами и двумя арабскими цифрами).
- Новые коды для множества сопутствующих факторов, проблем со здоровьем.

Заболеваемость населения можно классифицировать по:

источникам получения информации

- заболеваемость по данным обращаемости;
- заболеваемость по данным медицинских осмотров;
- заболеваемость по данным о причинах смерти;
- специальные исследования.

контингентам населения

- профессиональная заболеваемость;
- заболеваемость с временной утратой трудоспособности;
- заболеваемость лиц пожилого возраста;
- заболеваемость беременных, рожениц и родильниц;
- заболеваемость детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения;
- заболеваемость школьников;
- заболеваемость военнослужащих и так далее.

классам, группам,
нозологическим
формам заболеваний

- инфекционная заболеваемость;
- заболеваемость важнейшими социально значимыми заболеваниями;
- онкологическая заболеваемость;
- заболеваемость орфанными (редкими) заболеваниями;
- заболеваемость наследственными болезнями;
- травматизм и так далее.

возрасту

- заболеваемость детей (новорожденных, первого года жизни, раннего возраста, перед поступлением в школу и так далее);
- заболеваемость подростков;
- заболеваемость взрослых.

полу

- заболеваемость женщин;
- заболеваемость мужчин.

7. МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ, ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ, ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ



Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации здоровье человека определено как важнейший приоритет государства и общества.

Одним из основных принципов здравоохранения является приоритет профилактики в сфере охраны здоровья.

В отечественном здравоохранении профилактика заболеваний и здоровый образ жизни всегда находились в числе приоритетных направлений развития: сформированы предпосылки для ранней диагностики и лечения заболеваний до их клинических проявлений симптомов, в том числе на основании анализа наследственных рисков их возникновения и развития, а также персонализации подхода к сохранению и укреплению здоровья.



[Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 2, п. 6](#)

Профилактика – комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья. Включает:

- формирование здорового образа жизни;
- предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний;
- раннее выявление заболеваний, выявление причин и условий их возникновения и развития;

- меры, направленные на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

ВИДЫ ПРОФИЛАКТИКИ



Большая медицинская энциклопедия (БМЭ)

Первичная профилактика – система социальных, медицинских, гигиенических и воспитательных мер, направленных на предотвращение заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения и развития.



БМЭ

Вторичная профилактика – совокупность мер, направленных на пресечение или ослабление возникшего в организме патологического процесса и предупреждение тяжелых, прогностически неблагоприятных форм неинфекционных болезней.



Третичная профилактика (реабилитация) – комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций, с целью возможно более полного восстановления социального и профессионального статуса.

ОСНОВНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ,

регулирующие организацию работы медицинских организаций по профилактике заболеваний и диспансеризации:

1

Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации

Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 30

2 Порядок организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях

Приказ Минздрава России от 29.10.2020 №1177н

3 Порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения

Приказ Минздрава России от 27.04.2021 №404н

4 Порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми

Приказ Минздрава России от 15.03.2022 №168н

Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 46

ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

Профилактический медицинский осмотр, проводимый в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов.

раннее выявление заболеваний

Предварительный медицинский осмотр, проводимый при поступлении на работу в целях определения соответствия состояния

при трудоустройстве

здоровья работника поручаемой ему работе, а также при приеме на обучение⁶.

Периодический

динамическое наблюдение

медицинский осмотр, проводимый с установленной периодичностью в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды, трудового процесса на состояние здоровья работников в целях формирования групп риска развития профессиональных заболеваний, выявления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ. Проводится за счет средств работодателя.

Предсменный Предрейсовый

условие безопасности

медицинский осмотр, проводимый 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. Проводится за счет средств работодателя.

⁶ Федеральный закон от 29.12.2012 №273-ФЗ, статья 55, ч. 7.

Послесменный, послерейсовый

контроль состояния
здоровья работника

медицинский осмотр, проводимый 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. Проводится за счет средств работодателя.



Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 46, п. 4

Диспансеризация – комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский 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.



БМЭ

Скрининг в медицине – методологический подход для массового обследования населения (его отдельных контингентов) с целью выявления определенного заболевания (группы заболеваний) или факторов, способствующих развитию этого заболевания (факторов риска).

Как правило, скрининг проводится бесплатно для населения. В рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения предусмотрено

проведение скрининговых исследований для раннего выявления злокачественных новообразований.

Критерии включения заболеваний в скрининговые исследования при проведении диспансеризации:

1 Развитие болезни хорошо изучено

4 Определены интервалы между повторными обследованиями

2 У болезни есть выявляемая ранняя стадия

5 Обеспечены дополнительные диагностические и лечебные вмешательства

3 Доступен диагностический тест для раннего выявления

6 Стоимость программы в отношении её полезности не выше, чем у прочих медицинских вмешательств

[Приказ Минздрава России от 27.04.2021 №404н](#)

Методы скрининговых исследований для раннего выявления онкологических заболеваний:

- молочной железы
- шейки матки
- предстательной железы
- толстого кишечника и прямой кишки
- пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки

Маммография

Цитологический скрининг

Простатспецифический антиген

Кал на скрытую кровь

Эзофагогастродуодено-фиброскопия (ЭФГДС)

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Медицинские мероприятия направлены на:

- ① **профилактику и раннее выявление (скрининг) хронических неинфекционных заболеваний** (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации (хронические неинфекционные заболевания), **факторов риска их развития:**
 - повышенный уровень артериального давления;
 - гиперхолестеринемию;
 - повышенный уровень глюкозы в крови натощак;
 - курение табака;
 - риск пагубного потребления алкоголя;
 - нерациональное питание;
 - низкую физическую активность;
 - избыточную массу тела или ожирение;
 - хронические инфекционные заболевания;
 - оценку репродуктивного здоровья и репродуктивных установок;
 - оценку риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.

- ② **определение группы здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий** для граждан с выявленными хроническими неинфекционными

заболеваниями и (или) факторами риска их развития, а также для здоровых граждан.

3 **проведение профилактического консультирования** граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития.

4 **определение группы диспансерного наблюдения** граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), включая граждан с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском.

Диспансеризация предусмотрена для взрослого населения в возрасте 18 лет и старше:

1. Работающие и неработающие граждане	от 18 до 39 лет	от 40 и старше
2. Обучающиеся образовательных организаций (очная форма обучения)	1 раз в 3 года	ежегодно

Профилактические медицинские осмотры и диспансеризация проводятся за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС).

Основные мероприятия диспансеризации:

1 ЭТАП

с целью выявления признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития

- проведение профилактического медицинского осмотра (объем зависит от возраста пациентов);
- проведение мероприятий скрининга, направленного на раннее выявление онкологических заболеваний;
- проведение краткого индивидуального профилактического консультирования;
- для категорий граждан 40 лет и старше общий анализ крови

По результатам 1 этапа осуществляются:

- прием (осмотр) врачом-терапевтом;
- установление диагноза;
- определение группы здоровья;
- определение группы диспансерного наблюдения;
- определение показаний для осмотров (консультаций) и обследования на 2 этапе диспансеризации.



2 ЭТАП

с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания

В зависимости от возраста пациентов или в случае рисков развития (подозрения) патологических изменений осуществляются:

- консультации врачей-специалистов;
- дополнительные методы исследования;

- проведение индивидуального (группового) углубленного профилактического консультирования.

По результатам 2 этапа осуществляются:

- прием (осмотр) врачом-терапевтом;
- установление/уточнение диагноза;
- определение/уточнение группы здоровья;
- определение группы диспансерного наблюдения;
- дополнительное обследование по показаниям;
- определение показаний для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (ВМП);
- направление на санаторно-курортное лечение.

Профилактический медицинский осмотр при проведении диспансеризации включает:

- прием терапевта, участкового терапевта, врача общей практики (ВОП), фельдшера;
- анкетирование (выявление факторов риска, включая нерациональное питание, снижение физической активности, курение, употребление алкоголя, наркотических и психотропных веществ);
- антропометрию (расчет индекса массы тела);
- измерение артериального давления (определение относительного или абсолютного сердечно-сосудистого риска);
- проведение электрокардиографии;
- измерение уровня холестерина, глюкозы;
- измерение внутриглазного давления;
- флюорографию;

- информирование о возможности медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции.

После завершения I этапа диспансеризации определяются:

- дальнейшая маршрутизация пациента в зависимости от группы здоровья;
- необходимость проведения дополнительного консультирования специалистами;
- выбор методов обследования, которые осуществляются на II этапе диспансеризации.

ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ

Группы здоровья определяются у населения в возрасте 18 лет и старше после выполненного объема обследований, консультаций специалистов и заключительного индивидуального консультирования врачом-терапевтом:

- не установлены хронические неинфекционные заболевания и другие заболевания;
- отсутствует подозрение на их наличие.

с 18 до 40 лет

Факторы риска отсутствуют

Наличие одного и более фактора риска из перечисленных:

- ожирение (индекс массы тела ≥ 30 кг/м³),
- общий холестерин ≥ 8 ммоль/л,
- курение > 20 сигарет в день,
- риск пагубного потребления алкоголя,
- риск потребления наркотических и психотропных средств,

или высокий и очень высокий сердечно-сосудистый риск
(риск по шкале SKORE $\geq 5\%$ для лиц в возрасте с 40 до 65 лет)

с 40 до 65 лет

Существует высокий риск БСК
(по критерию возраста)

I группа здоровья

- не установлены хронические неинфекционные заболевания и отсутствуют факторы риска их развития;
- или низкий ($< 1\%$)/средний (от 1 до 5%) сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE;
- отсутствует факт диспансерного наблюдения по другим заболеваниям.

II группа здоровья

- не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются вышеуказанные факторы их развития при высоком (от 5 до 10%) и очень высоком ($\geq 10\%$) сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE;
- отсутствует факт диспансерного наблюдения по другим заболеваниям.

IIIa группа здоровья

- установлены хронические неинфекционные заболевания*;
- требуется диспансерное наблюдение или оказание специализированной медицинской помощи;
- подозрение на их наличие.

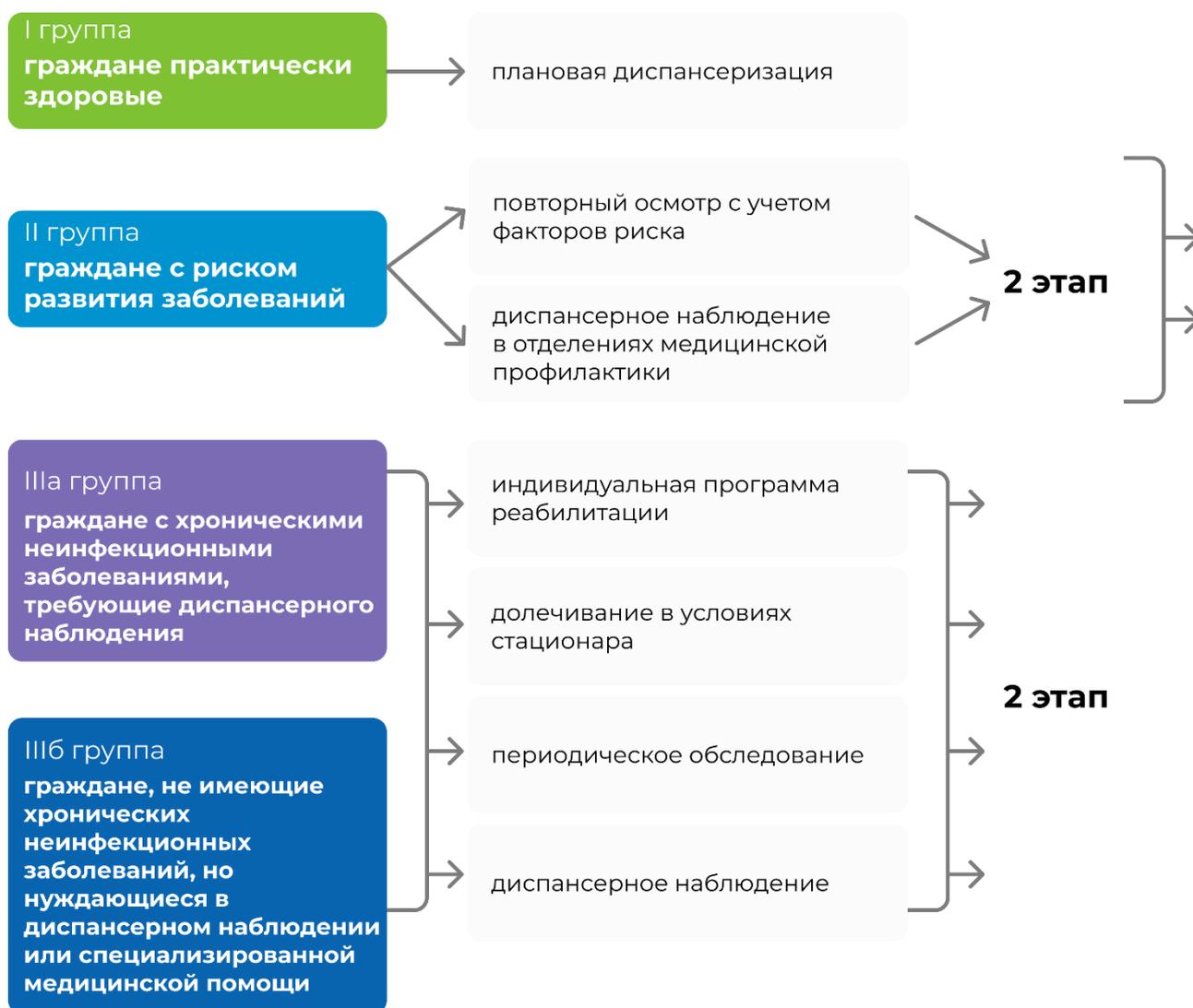
IIIб группа здоровья

- не установлены хронические неинфекционные заболевания;
- имеются другие заболевания, требующие диспансерного наблюдения или оказания специализированной медицинской помощи;
- подозрение на их наличие.

К хроническим неинфекционным заболеваниям, являющимся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения в Российской Федерации, относят:



МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ



К основным критериям эффективности диспансеризации взрослого населения относят:

- охват диспансеризацией населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации;
- уменьшение частоты выявления и регистрации факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди граждан, проходящих диспансеризацию;
- уменьшение числа граждан с первично выявленными заболеваниями на поздних стадиях их развития;
- снижение инвалидности и смертности от хронических неинфекционных заболеваний среди граждан, проходящих диспансеризацию;
- увеличение числа граждан, относящихся к I группе здоровья, и уменьшение числа граждан, относящихся к II и III группам здоровья.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ



Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 46, п. 5

Диспансерное наблюдение – проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, **в целях** своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики, осуществления медицинской реабилитации указанных лиц, проводимое в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

По итогам диспансеризации подлежат диспансерному наблюдению лица:

II группа

имеющие высокий риск развития хронических неинфекционных заболеваний;

IIIА группа

страдающие отдельными хроническими неинфекционными и инфекционными заболеваниями;

IIIБ группа

находящиеся в восстановительном периоде после перенесенных острых заболеваний, травм и отравлений.

Диспансерное наблюдение:

- **устанавливается в течение 3-х рабочих дней после:**
 - подтверждения диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;
 - получения выписного эпикриза из медицинской карты пациента при оказании медицинской помощи в стационарных условиях.
- **осуществляют:**
 - врач-терапевт, врач-терапевт участковый, ВОП;
 - врачи-специалисты по различным профилям заболеваний;
 - врач по медицинской профилактике (фельдшер);
 - фельдшер (акушер) фельдшерско-акушерского пункта (ФАП), фельдшер фельдшерского здравпункта.

Диспансерный прием включает:

- сбор жалоб и анамнеза, физикальное исследование, оценку состояния пациента, назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;
- установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);
- оценку приверженности лечению и эффективности ранее назначенного лечения, достижения целевых значений показателей состояния здоровья в динамике, повышение мотивации пациента к лечению;
- проведение краткого профилактического консультирования и разъяснение лицу с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания или состояния;
- назначение по медицинским показаниям дополнительных профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

В рамках диспансерного наблюдения при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации) организуется проведение профилактического медицинского осмотра.

Руководитель медицинской организации обеспечивает:

- **не менее 70%** охват диспансерным наблюдением лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями, высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском;
- **не менее 90%** охват диспансерным наблюдением лиц старшего возраста, из числа подлежащих ему;
- подведение итогов диспансеризации в медицинской организации.

Целевые значения диспансерного наблюдения:

- сокращение числа обращений по поводу обострений хронических заболеваний среди лиц, находящихся под диспансерным наблюдением;
- снижение числа вызовов скорой медицинской помощи среди лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, в связи с обострением или осложнениями этого заболевания;
- уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением;
- уменьшение числа госпитализаций, в том числе по экстренным медицинским показаниям, в связи с обострением или осложнениями этого заболевания;
- снижение показателей смертности, в том числе внебольничной смертности, лиц, находящихся под диспансерным наблюдением.

Критерии эффективности диспансерного наблюдения:

- снижение заболеваемости с утратой трудоспособности;
- повышение мотивации населения к здоровому образу жизни;
- снижение смертности от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

[Трудовой кодекс Российской Федерации, статья 181.1.](#)

Работники при прохождении диспансеризации имеют право на освобождение от работы с сохранением за ними места работы и среднего заработка на:

- 1 рабочий день 1 раз в 3 года;

- 1 рабочий день 1 раз в год (для работников ≥ 40 лет);
- 2 рабочих дня 1 раз в год (в течение 5 лет до назначения пенсии по старости или получающих пенсию по старости/за выслугу лет).

Работник освобождается от работы для прохождения диспансеризации на основании его письменного заявления, при этом дни освобождения от работы согласовываются с работодателем.

Работники обязаны предоставлять работодателю справки медицинских организаций, подтверждающие прохождение ими диспансеризации в день (дни) освобождения от работы, если это предусмотрено локальным нормативным актом.

8. ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ



Статистика – наука, изучающая количественную сторону массовых явлений в неразрывной связи с их качественной стороной. Официальный статистический учет и система государственной статистики в Российской Федерации регламентируются Федеральным законом от 29.11.2007 №282-ФЗ «Об официальном статистическом учете и системе государственной статистики в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон).



Целью Федерального закона является создание правовых основ для реализации единой государственной политики в сфере официального статистического учета, направленной на обеспечение информационных потребностей государства и общества в полной, достоверной, научно обоснованной и своевременно предоставляемой официальной статистической информации о социальных, экономических, демографических, экологических и других общественных процессах в Российской Федерации.



Предметом регулирования Федерального закона являются общественные отношения, возникающие при осуществлении официального статистического учета.



Действие Федерального закона распространяется на респондентов, субъекты официального статистического учета и пользователей официальной статистической информацией.

ROSSTAT.GOV.RU Анализ статистических данных в сфере здравоохранения осуществляется Федеральной службой государственной статистики на основе первичных статистических данных.

Одной из отраслей статистики является медицинская статистика, которая регулируется Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».



[Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 97](#)

Медицинская статистика – отрасль статистики, включающая в себя статистические данные о (об):

- медицине, гигиене, здоровье населения;
- использовании ресурсов здравоохранения;
- деятельности медицинских организаций.

ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ

Медицинская статистика – незаменимый инструмент в здравоохранении, который играет ключевую роль в различных областях: от проведения лабораторных и клинических исследований до определения эффективности лечения.

В научно-практической деятельности врача часто возникает необходимость проведения статистического исследования в целях получения данных, необходимых для апробации новых методик по профилактике, диагностике и

лечению заболеваний, реабилитации, а также выработке мер по совершенствованию медицинской деятельности.



Объект исследования – совокупность явлений или предметов, социально-экономическая проблема здравоохранения.

Чаще всего объектом исследования выступают:

социальная группа	<ul style="list-style-type: none">• врачи;• пациенты;• средний медицинский персонал;• студенты и другие.
-------------------	---

документы	<ul style="list-style-type: none">• нормативные правовые акты;• статистические данные и другие.
-----------	--



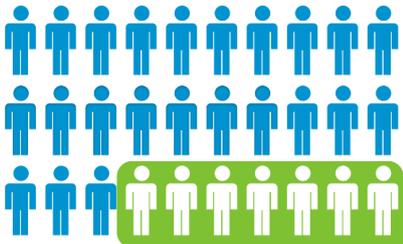
Предмет исследования – характеристики, свойства и стороны объекта исследования.



Единица наблюдения – составной элемент статистической совокупности, являющийся носителем изучаемых (учетных) признаков.



Статистическая совокупность (объект исследования) – группа, состоящая из относительно однородных элементов (единиц наблюдения), взятых в единстве времени и пространства, обладающих признаками сходства и различия (учетные признаки).



Генеральная совокупность – совокупность всех единиц, которые представляют изучаемое явление (состоит из всех единиц наблюдения).

Выборочная совокупность:

- представлена частью генеральной совокупности;
- позволяет переносить выявленные закономерности на генеральную совокупность и обеспечивает репрезентативность выборки;
- позволяет экономить ресурсы для получения достоверных результатов.

Учетные признаки:

Количественные

- возраст;
- рост;
- температура;
- число заболеваний;
- количество лейкоцитов и так далее.

Качественные

Альтернативные:

- пол (мужской и женский);
- население (городское и сельское) и так далее.

Атрибутивные:

- профессии;
- нозологические формы и так далее.

Порядковые (можно представить в числовом выражении):

- уровень образования;
- уровень квалификации и так далее.



Статистическое наблюдение – системно организованный процесс получения (сбора) массовых данных для последующей работы с ними: обработки, анализа, публикации.

Для обеспечения репрезентативности **рассчитывается необходимое число наблюдений**. Расчет объема выборки (n) зависит от наличия или отсутствия данных об объеме генеральной совокупности (N) и рассчитывается по специальным формулам, которые доступны в программах для статистической обработки данных.

Статистическая совокупность может быть раскрыта (изучена) с помощью показателей, отражающих определенное свойство совокупности. Установление общих свойств совокупности достигается с помощью расчета статистических показателей и их анализа.

ОСНОВНЫЕ СВОЙСТВА СТАТИСТИЧЕСКОЙ СОВОКУПНОСТИ

①

Характеризуются распределением признаков и могут быть выражены абсолютными числами или показателями:

- интенсивными;
- экстенсивными;
- соотношения;
- динамического ряда.

②

Определяется средним уровнем признаков и характеризуется различными средними величинами:

- модой;
- медианой;

- средней арифметической.
- 3) Определяются разнообразием (вариабельностью) признаков и характеризуются такими статистическими критериями, как:
- среднее квадратическое отклонение;
 - коэффициент вариации и другие.
- 4) Характеризуются репрезентативностью и включают определение:
- ошибок средних и относительных величин;
 - доверительных границ средних или относительных величин;
 - достоверность разности средних или относительных величин по соответствующим критериям.
- 5) Определяются взаимосвязью между признаками (корреляцией) и оцениваются с помощью коэффициентов корреляции.

ПЕРВОЕ СВОЙСТВО СТАТИСТИЧЕСКОЙ СОВОКУПНОСТИ

Для характеристики статистической совокупности используются:

- абсолютные величины;
- относительные величины;
- показатели динамического ряда.

Абсолютные величины

1

отображают численную величину явления:

- измеряются в конкретных единицах;
- могут быть положительными и отрицательными;
- являются именованными.

Например, численность населения, число медицинских организаций, число заболеваний на территории города без учета численности населения.

Относительные величины

2

в отличие от абсолютных величин учитывают общий размер совокупности и используются для корректного сравнения данных.

К ним относят:

- экстенсивные показатели;
- интенсивные показатели;
- показатели соотношения;
- показатели наглядности.



Экстенсивные показатели

характеризуют распределение признака, внутреннюю структуру явления, определяют удельный вес или долю изучаемого явления (части явления) по отношению к целому.

Например, структура заболеваемости, доля заболевших среди вакцинированных, удельный вес умерших среди прооперированных.

$$\text{Экстенсивный показатель} = \frac{\text{часть}}{\text{целое}} \times 100$$



Интенсивные показатели

характеризуют частоту (интенсивность, уровень, распространенность) явления в изучаемой среде, в которой оно происходит и с которой оно (явление) непосредственно связано.

Например, демографические показатели (рождаемость, смертность), показатели заболеваемости (первичная заболеваемость, общая заболеваемость). Как правило, большинство интенсивных показателей рассчитывают на 1000 (в ‰), или на 10 000, 100 000).

$$\text{Интенсивный показатель} = \frac{\text{явление}}{\text{среда}} \times 1000$$



Показатели соотношения

применяются в том случае, когда сравниваются две, не связанные между собой статистические совокупности, но сопоставимые логически и по содержанию.

В практической деятельности показатель соотношения применяется для характеристики обеспеченности населения медицинской помощью.

Например, число врачей, среднего медицинского персонала, больничных коек к численности населения и другие.

$$\text{Показатель соотношения} = \frac{\text{явление}}{\text{среда, не продуцирующая явление}} \times 10\,000$$

Показатели динамического ряда

3

совокупность однородных статистических величин, показывающих изменение какого-либо явления (признака) во времени.

Классификация динамических рядов:

- По способу построения:

Простые представлены абсолютными величинами

Сложные или производные состоят из средних или относительных величин

- По времени:

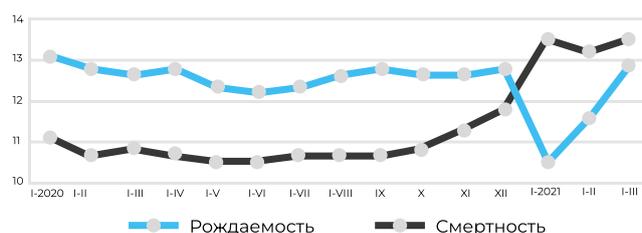
Моментные показывают уровень явления **на** конкретный момент времени (на конец года, месяца и так далее).

Интервальные показывают уровень явления **за** определенный интервал времени (за год, месяц и так далее).

Числа, из которых составляется динамический ряд, могут быть представлены абсолютными, средними и относительными величинами.

Показатели динамического ряда характеризуют изменение показателей во времени (динамике) и позволяют сделать прогноз на перспективу:

- абсолютного прироста;
- наглядности;
- роста;
- прироста.



Абсолютный прирост – разность между последующим и предыдущим уровнем.

Показывает на сколько изменился последующий уровень, по сравнению с предыдущим, в величине уровней.

Темп роста – отношение каждого последующего уровня к предыдущему, выраженного в %.

Показывает последующий уровень в %, по сравнению с предыдущим.

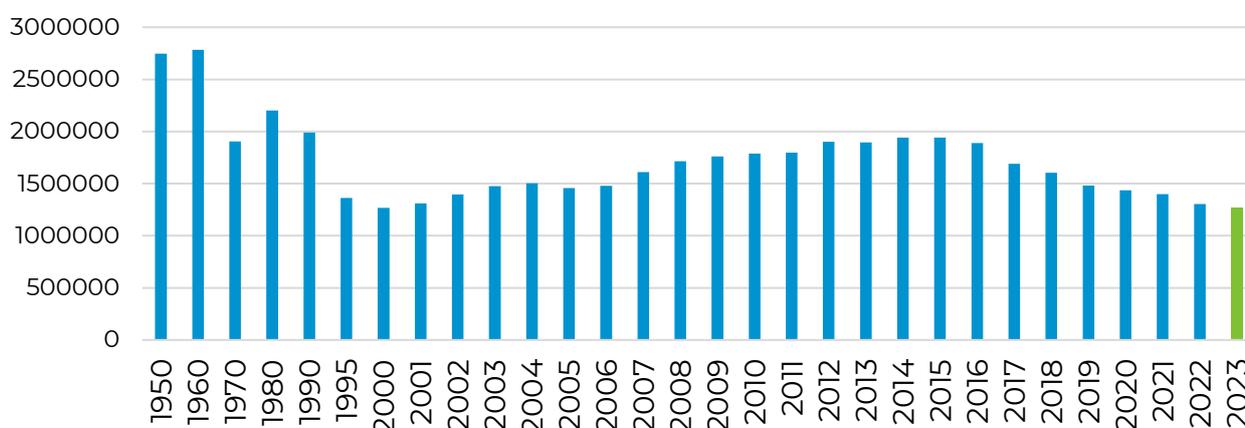
Темп прироста (убыли) – отношение абсолютного прироста к предыдущему уровню, выраженного в %.

Показывает на сколько % изменился последующий уровень, по сравнению с предыдущим.

Показатели наглядности – отношение каждого последующего уровня к начальному (одному) уровню, принятому за 100%.

Показывает на сколько % изменился каждый последующий уровень, по сравнению с начальным.

Динамика числа родившихся в Российской Федерации в 1950-2023 годах:



ВТОРОЕ СВОЙСТВО СТАТИСТИЧЕСКОЙ СОВОКУПНОСТИ

Средние величины используются как обобщающая характеристика статистической совокупности. Для вычисления средних величин используются вариационные ряды.



Вариационный ряд – ряд вариантов, расположенных в ранговом порядке (по степени возрастания или убывания) и частоты, с которой эта варианта встречается.

Обозначения, используемые в вариационном ряду:

V

варианта

– числовое выражение признака.

p

частота
варианты

показывает сколько раз данная варианта встречается в вариационном ряду.

n

число
наблюдений

сумма всех частот вариационного ряда определяет число наблюдений, $n = \sum p$.

В простом вариационном ряду каждая варианта встречается только 1 раз, во взвешенном – с различной частотой (несколько раз).

Виды средних величин:

Мода

Mo

– средняя величина, которая соответствует варианту, наиболее часто встречающейся в вариационном ряду.

Медиана

Me

– средняя величина, соответствующая варианту, которая делит вариационный ряд пополам. В нечетном вариационном ряду находится в середине, в четном вариационном ряду вычисляется как полусумма двух средних вариантов.

Средняя
арифметическая,
взвешенная

M

– обобщенная характеристика среднего уровня изучаемого признака однородной статистической совокупности в конкретных условиях места и времени.



Мода, медиана, средняя арифметическая могут совпадать или не совпадать в числовом выражении.

ТРЕТЬЕ СВОЙСТВО СТАТИСТИЧЕСКОЙ СОВОКУПНОСТИ

К статистическим критериям, характеризующим статистическую совокупность, относят, в частности, **среднее квадратическое отклонение (δ)**.

Роль среднего квадратического отклонения состоит в том, что по величине δ можно:

- определить структуру вариационного ряда;
- охарактеризовать степень однородности вариационного ряда;
- судить о типичности средней величины;
- оценить достоверность (репрезентативность) результатов исследования.

ЧЕТВЕРТОЕ СВОЙСТВО СТАТИСТИЧЕСКОЙ СОВОКУПНОСТИ

Репрезентативность выборки может быть достигнута специальными методами отбора выборочной совокупности.



Репрезентативность (достоверность) выборочной совокупности означает представительность в ней всех учитываемых признаков, характерных для генеральной совокупности. Результаты, полученные в выборочной

совокупности, могут быть перенесены на генеральную совокупность.

Статистические критерии, характеризующие репрезентативность статистической совокупности:

- ошибки средних и относительных величин;
- доверительные границы средних и относительных величин;
- достоверность различий средних и относительных величин по соответствующим критериям.

Рассчитываются по специальным формулам, которые доступны в программах для статистической обработки данных.



Величина ошибки средних и относительных величин **прямо пропорциональна степени разнообразия признака и обратно пропорциональна числу наблюдений** в статистической совокупности.

Следовательно, чем менее разнообразен признак и больше число наблюдений в статистической совокупности, тем меньше величина ошибки и более достоверен результат исследования.



Доверительные границы – интервал колеблемости средней или относительной величины, выход за пределы которого имеет незначительную вероятность (носит случайный характер).

Величина **доверительного коэффициента t** определяется величиной доверительной вероятности.

Критерии достоверности:

Доверительный коэффициент	t	Доверительная вероятность	P	Уровень значимости	p
1		68,3%	0,683	31,7%	0,317
2		95% (95,5%)	0,95 (0,955)	5% (4,5%)	0,05 (0,045)
2,5		98,8%	0,988	1,2%	0,012
2,6		99%	0,99	1%	0,01
3		99,7%	0,997	0,3%	0,003
3,3		99,9%	0,999	0,1%	0,001
3,5		99,95%	0,9995	0,05%	0,0005
4		99,99%	0,9999	0,01%	0,0001

Достаточной доверительной вероятностью (достоверностью) для большинства медико-статистических исследований является **P=95% (P=0,95)** и уровень значимости менее или равен **5% (p≤5%) или 0,05 (p≤0,05)**.

При большом числе наблюдений ($n \geq 30$) и доверительной вероятности P=95% величина доверительного коэффициента соответствует t=2 (при доверительной вероятности P=99% величина доверительного коэффициента соответствует t=3).

При малом числе наблюдений ($n < 30$) величина t несколько больше указанных выше значений и ее необходимо определять по таблице Стьюдента.



Средние величины и доверительный интервал **лежат в основе определения достоверных границ** средних величин, которые широко используются в процессе профессиональной деятельности врача для оценки данных физиологических и лабораторных исследований, определения нормы различных показателей и так далее.

Метод оценки достоверности разности средних и относительных величин применяется в том случае, когда необходимо определить различие в двух независимых выборочных совокупностях при сравнении результатов, полученных в экспериментальной (опытной) и контрольной группах.

Разность средних арифметических величин или относительных показателей:

$t < 2$

случайная или статистически недоказанная;

$t \geq 2$

достоверная, то есть существенная и неслучайная; при $t=2$ надежность вывода будет 95% (то есть различия в полученных результатах достигли статистической достоверности).

ПЯТОЕ СВОЙСТВО СТАТИСТИЧЕСКОЙ СОВОКУПНОСТИ

Взаимосвязь между признаками – еще одно свойство статистической совокупности.

Формы взаимосвязи между признаками:

①

Функциональная

характеризуется тем, что каждому значению одного признака соответствует строго определенное значение другого признака.

Изменение величины одного признака вызывает определенные изменения величины другого признака.

Например,

- пройденное расстояние функционально зависит от скорости и времени движения;
- площадь круга функционально зависит от радиуса;
- вес объекта функционально зависит от силы гравитации и так далее.

2

Корреляционная

характеризуется тем, что каждому значению одного признака может соответствовать несколько значений другого признака.

Связь между явлениями проявляется не в каждом отдельном случае, а при массовом сопоставлении рассматриваемых признаков.

Например,

- каждому значению роста может соответствовать несколько значений массы тела;
- при одинаковой дозе введенного лекарственного вещества наблюдается разный клинический эффект;
- длительность течения одного и того же заболевания у разных людей отличается и так далее.

Для вычисления коэффициента корреляции используются различные методы. Анализ коэффициента корреляции включает оценку:

- направления связи;
- силы связи;
- достоверности.

Направления корреляционной связи:

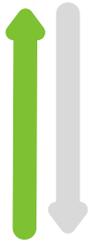
Прямая



- значение коэффициента корреляции положительное, имеет знак «+»;
- с увеличением значений одного признака, увеличиваются значения другого признака, или с уменьшением одного признака уменьшается другой признак.

Например, при увеличении роста наблюдается увеличение массы тела; при снижении температуры тела наблюдается снижение частоты сердечных сокращений и так далее.

Обратная



- значение коэффициента корреляции отрицательное, имеет знак «-»;
- с увеличением значения одного признака наблюдается уменьшение значения другого признака и наоборот.

Например, при увеличении по возрасту показателей смертности снижается показатель средней продолжительности предстоящей жизни; при увеличении охвата профилактическими прививками уменьшается уровень инфекционной заболеваемости и так далее.

Абсолютная величина коэффициента свидетельствует о силе корреляционной связи между изучаемыми признаками.

Оценка корреляционной связи:

Сила корреляционной связи	Положительная (прямая) корреляционная связь	Отрицательная (обратная) корреляционная связь
Малая (низкая, слабая)	от 0 до +0,29	от 0 до -0,29
Средняя	от +0,3 до +0,69	от -0,3 до -0,69
Большая (высокая, сильная)	от +0,7 до +1,0	от -0,7 до -1,0

Если абсолютное значение коэффициента корреляции составляет 0, то это значит, что связь между изучаемыми признаками или явлениями отсутствует, а **если коэффициент корреляции равен 1,0, то это свидетельствует о наличии полной корреляционной** или функциональной связи между изучаемыми признаками или явлениями.

Коэффициент корреляции считается достоверным, если его абсолютная величина в три и более раз превышает величину своей ошибки.

НАГЛЯДНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ



Статистическая таблица – форма наиболее краткого и рационального представления цифровых данных. Смысловыми элементами таблицы являются статистическое подлежащее и статистическое сказуемое.



Статистическим подлежащим таблицы является основной учетный признак. Формулировка этого признака указывается в верхней строке первой графы, а его группировка – в последующих строках той же графы. Подлежащее таблицы располагается в левой части в строках (горизонтальных).



Статистическим сказуемым таблицы (одним или несколькими) являются учетные признаки, которые дополняют и раскрывают подлежащее, позволяют дать более глубокую и полную характеристику изучаемой совокупности и располагаются в столбцах (вертикальных).

Виды статистических таблиц:

- простая (одно подлежащее и одно сказуемое)

Заголовок подлежащего	Заголовок сказуемого
содержание подлежащего	содержание сказуемого
содержание подлежащего	содержание сказуемого

- сложная групповая (одно подлежащее и связанные сказуемые)

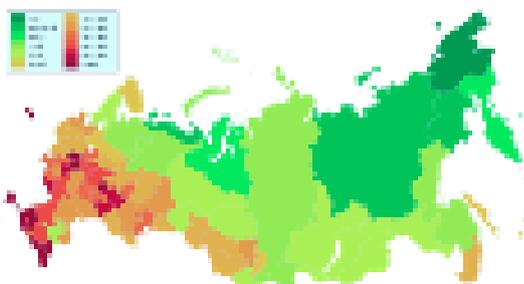
Заголовок подлежащего	Заголовок сказуемого	Заголовок сказуемого
содержание подлежащего	содержание сказуемого	содержание сказуемого
содержание подлежащего	содержание сказуемого	содержание сказуемого

- сложная комбинационная (одно подлежащее и несколько не связанных между собой сказуемых)

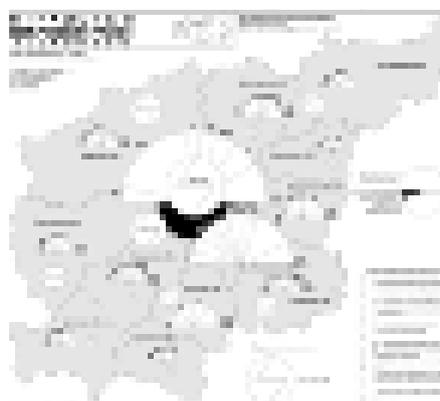
Заголовок подлежащего	Сказуемое разделяется на группы	
	Заголовок сказуемого 1	Заголовок сказуемого 2
содержание подлежащего		
содержание подлежащего		

Графическое изображение статистических величин:

Картограммы

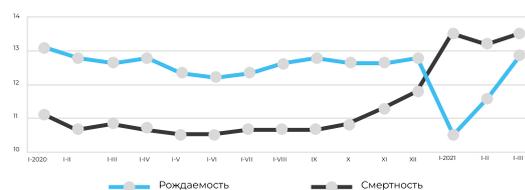


Картодиаграммы

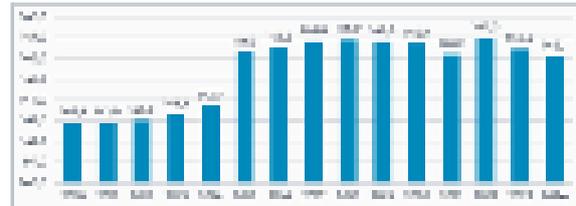


Диаграммы:

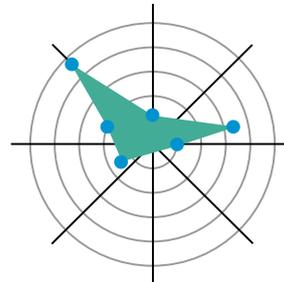
- Линейная
для интенсивного показателя,
показателя соотношения,
показателей динамического ряда.



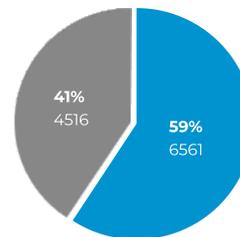
- Столбиковая
для интенсивного показателя,
показателя соотношения,
показателей динамического ряда.



- Радиальная
для интенсивного показателя,
показателя соотношения,
показателей динамического ряда.



- Секторная
для экстенсивного показателя.



Клиническое, эпидемиологическое или медико-организационное исследование, начавшись с гипотезы и постановки цели, предполагает последовательность действий, которые можно разделить на 4 этапа:

1 Разработка программы и плана исследования:

- формулируется тема исследования;
- определяются цель, задачи и объект исследования;
- содержание всех этапов отражается в программе исследования;
- программа и план подчиняются общей цели исследования;
- разрабатывается анкета или специальная карта, в которой указаны учетные признаки, подлежащие изучению;

- составляются макеты статистических таблиц;
- определяется необходимое число наблюдений.

2 **Сбор материала** по составленной программе исследования, заполнение на каждую единицу исследования документа разработанной формы (анкеты).

3 **Статистическая обработка** собранного материала, графическое представление полученных данных:

- группировка полученных данных;
- заполнение макетов статистических таблиц;
- статистическая обработка, интерпретация и логический анализ;
- графическое представление полученных данных.

4 **Анализ полученных данных**, выводы, предложения для практики:

- интерпретация и анализ полученных данных;
- характеристика объекта исследования;
- сопоставление полученного результата с рабочей гипотезой;
- сравнение результатов с данными ранее проведенных исследований;
- внедрение полученных результатов;
- составление рекомендаций, которые могут быть предложены для внедрения в практику.

Развитие новых технологий, таких как машинное обучение и искусственный интеллект, обеспечивает ускорение темпа обработки данных, в том числе «больших данных» с возможностью их оперативного анализа.

В ближайшем будущем медицинские информационные системы для врачей будут не только помогать документировать факты о пациенте, но и предсказывать возможное развитие заболеваний, помогать врачу подбирать персональные программы профилактики и реабилитации; эффективные методы диагностики и лечения.

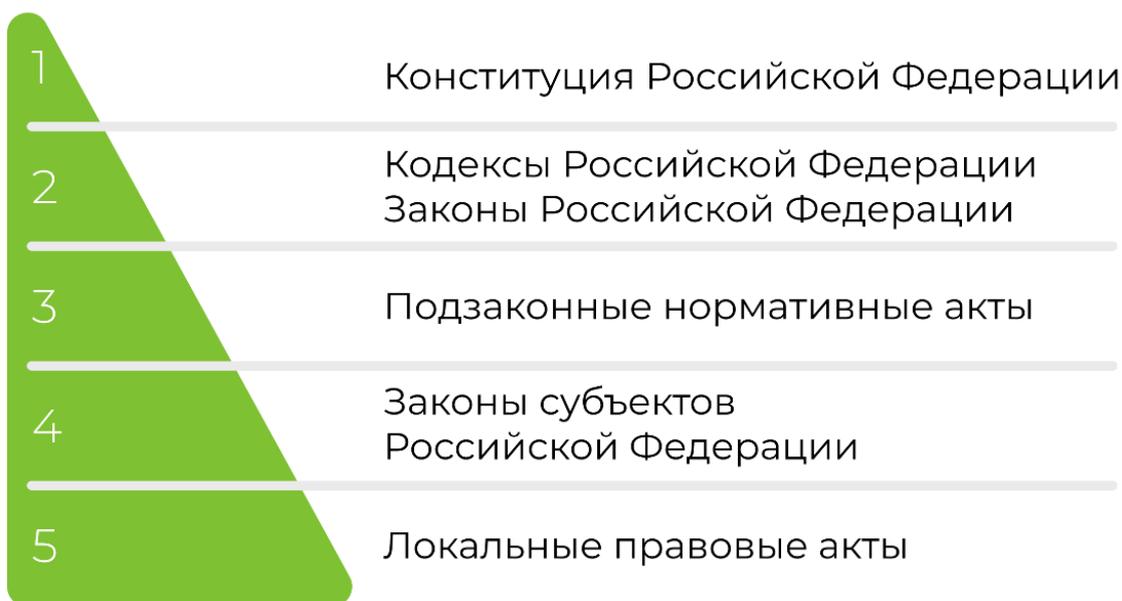
9. НОРМАТИВНОЕ ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Место, которое занимают отношения по охране здоровья граждан в социально-экономической жизни, предопределяет необходимость совершенствования их правового регулирования.

Нормы права, действующие в этой сфере, отличаются большой спецификой, так как регулируют чрезвычайно сложные отношения, субъектами которых являются государство, граждане, различные организации.

Иерархия нормативных правовых актов в системе охраны здоровья:



КОНСТИТУЦИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Законодательство в сфере охраны здоровья населения основывается на положениях Конституции Российской Федерации.



Конституция Российской Федерации – нормативный правовой акт Российской Федерации, который:

- имеет высшую юридическую силу;
- прямое действие;
- применяется на всей территории страны.

В ее положениях закреплены основы правового статуса гражданина, общие и специальные гарантии прав и свобод человека и гражданина, их основные обязанности.

В числе важнейших прав человека не только провозглашено право на охрану здоровья каждого и получение медицинской помощи (статья 41), но и гарантирована его реализация путем финансирования программ охраны и укрепления здоровья, развития систем здравоохранения, поощрения деятельности, способствующей укреплению здоровья.

КОДЕКСЫ И ЗАКОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Основными для правового регулирования сферы здравоохранения являются⁷:

⁷ В данном разделе приведены номера законов в первой редакции. Однако при изучении закона рекомендуется пользоваться его актуальной версией, размещенной в справочно-поисковой системе (например, «КонсультантПлюс», «Гарант»).



Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Основополагающий закон в сфере здравоохранения, который определяет:

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



[Тренажер «323-ФЗ: Фабрика знаний
«Понятия и определения»](#)



Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ

«Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

Регулирует правила организации, а также права и обязанности участников и субъектов системы ОМС в рамках ее функционирования, включая:

- разработку и реализацию базовой и территориальных программ ОМС;
- источники финансирования;
- контроль соблюдения порядков и стандартов.



Федеральный закон от 12.04.2010 №61-ФЗ

«Об обращении лекарственных средств»

Регулирует вопросы разработки, производства, продвижения и обеспечения населения лекарственными средствами на территории Российской Федерации, включая качество лекарственных средств, их взаимозаменяемость, стандарты надлежащей производственной практики GMP и так далее.



Федеральный закон от 17.09.1998 №157-ФЗ

«Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»

Устанавливает правовые основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней, осуществляемой в целях охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации.

Закрепляет право граждан на бесплатные профилактические прививки в медицинской организации независимо от организационно-правовой формы участвующих в реализации территориальной программы ОМС, включенных в:

- национальный календарь прививок;
- календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям.



Федеральный закон от 20.07.2012 №125-ФЗ

«О донорстве крови и ее компонентов»

Устанавливает правовые, экономические и социальные основы развития донорства крови и ее компонентов с целью организации заготовки, хранения, транспортировки донорской крови и ее компонентов, обеспечения ее безопасности, клинического использования и передачи для производства лекарственных средств, и медицинских изделий.



Федеральный закон от 22.12.1992 №4180-1

«О трансплантации органов и (или) тканей человека»

- определяет объекты трансплантации;
- вводит запрет на куплю-продажу органов и (или) тканей человека;
- устанавливает требования к донорам и реципиентам, медицинским и иным юридическим и физическим лицам, участвующим в отношениях в связи с трансплантацией;
- закрепляет презумпцию согласия на изъятие органов и (или) тканей и другое.



Федеральный закон от 30.03.1995 №38-ФЗ

«О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»



Федеральный закон от 18.06.2001 №77-ФЗ

«О предупреждении распространении туберкулеза в Российской Федерации»



Федеральный закон от 23.02.2013 N 15-ФЗ

«Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции»



Закон Российской Федерации от 02.07.1992 №3185-1

«О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

В сфере здравоохранения в Российской Федерации:

- действуют более 20 федеральных законов;
- применяются нормы кодексов Российской Федерации:
 - Трудовой кодекс;
 - Гражданский кодекс;
 - Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях и других.

ПОДЗАКОННЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Важнейшим из подзаконных нормативных правовых актов является:



Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 №1940

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

утверждается

сроком на 3 года

на очередной финансовый период

2025

плановый период

2026-2027

Устанавливает:

- Перечень видов, форм и условий предоставления медицинской помощи.
- Перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно.

- Категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно.
- Базовую программу ОМС.
- Финансовое обеспечение Программы госгарантий.
- Средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования.
- Требования к территориальной Программе госгарантий.
- Критерии доступности и качества медицинской помощи.
- Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи.

ЛОКАЛЬНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ

- разрабатываются в отдельной медицинской организации и не могут противоречить положениям вышестоящих в иерархии документов (законов и подзаконных нормативных актов);
- имеют прямое действие;
- обязательны для работников и иных лиц (пациентов, их родственников и других).

Группы локальных правовых актов медицинской организации:

- обеспечивающие функционирование медицинской организации (устав, планы, положения, инструкции и другие);

- определяющие статус и функционирование структурных подразделений (положения об отделах, отделениях, их взаимодействии и другие);
- регламентирующие правила по обеспечению медицинской помощи в рамках Программы госгарантий (приказы по прикреплению, диспансеризации, вакцинации, положение об ответственном дежурном и другие);
- направленные на материально-техническое и финансово-экономическое обеспечение по предоставлению медицинской помощи (положение об оплате труда и материальном стимулировании, положение об оплате труда работников, занятых оказанием платных медицинских услуг, и иных мерах материальной поддержки работников медицинского учреждения и другие);
- регламентирующие права и обязанности работников медицинской организации (коллективный договор, правила внутреннего распорядка, положение о защите персональных данных, положение о технике безопасности, положение о комиссии по рассмотрению споров между работниками медицинского учреждения и другие).

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ПРОГРАММЫ, НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ И СТРАТЕГИИ



Постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 №1640

Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»

определяет основные направления и цели развития системы здравоохранения, а также мероприятия и средства для их достижения (уточняется ежегодно).



Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2024 №309

Национальные цели развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года

В целях:

- обеспечения устойчивого экономического и социального развития Российской Федерации;
- укрепления государственного, культурно-ценностного и экономического суверенитета;
- увеличения численности населения страны и повышения уровня жизни граждан,

основываясь на традиционных российских духовно-нравственных ценностях и принципах патриотизма, приоритета человека, социальной справедливости и равенства возможностей, обеспечения безопасности государства и общественной безопасности, открытости внешнему миру, экономического развития, основанного на честной конкуренции, предпринимательстве и частной инициативе, высокой эффективности и технологичности **определены национальные цели:**

1. Сохранение населения, укрепление здоровья и повышение благополучия людей, поддержка семьи.
2. Реализация потенциала каждого человека, развитие его талантов, воспитание патриотичной и социально ответственной личности.
3. Комфортная и безопасная среда для жизни.
4. Экологическое благополучие.
5. Устойчивая и динамичная экономика.
6. Технологическое лидерство.
7. Цифровая трансформация государственного и муниципального управления, экономики и социальной сферы.



Указ Президента Российской Федерации от 06.06.2019 №254

Стратегия развития здравоохранения до 2025 года – документ стратегического планирования, разработанный в целях обеспечения национальной безопасности Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан.

Основные задачи развития здравоохранения в Российской Федерации:

- создание условий для повышения доступности и качества медицинской помощи;
- профилактика заболеваний;
- разработка, внедрение и применение новых медицинских технологий и лекарственных средств;
- предотвращение распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих;
- совершенствование системы контроля в сфере охраны здоровья граждан;
- обеспечение биологической безопасности;
- совершенствование системы федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора.



Приказ Минздрава России от 13.02.2013 №66

Стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации до 2025 года

определяет формирование рациональной и сбалансированной политики лекарственного обеспечения с учетом ее совершенствования и развития.

Для современного врача знание нормативного правового обеспечения здравоохранения, готовность и умение его применять является необходимым условием оказания качественной медицинской помощи.

Нормативная правовая база отечественного здравоохранения сопряжена с другими областями законодательства. Она регулярно обновляется вместе с разработкой и внедрением современных методов лечения заболеваний, появлением инновационных технологических решений и модернизацией медицинского оборудования – взаимосвязанный динамический процесс.

С этой точки зрения, очевидно, будут полезными официальные сайты с информацией о подготовке федеральными органами исполнительной власти проектов нормативных правовых актов и результатах их общественного обсуждения.

Проекты нормативных
правовых актов и их
общественное обсуждение:

REGULATION.GOV.RU

Официальный интернет-
портал правовой
информации:

PRAVO.GOV.RU

10. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Удовлетворенность пациентов медицинской помощью является важным показателем эффективности работы системы здравоохранения в целом, медицинской организации и каждого медицинского работника.

Согласно положениям Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ:



Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.



Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.



Медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских

обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.

Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 32

ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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.

Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 32

УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- **Вне медицинской организации**
по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации.
- **Амбулаторно**
в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника.
- **В дневном стационаре**
в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.
- **Стационарно**
в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение.

ФОРМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- **Экстренная**
оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента.
- **Неотложная**
оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.
- **Плановая**
оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.



[Тренажер «323-ФЗ: Фабрика знаний «Виды, формы и условия оказания медицинской помощи»](#)

Медицинская помощь оказывается медицинскими организациями и классифицируется по видам, условиям и формам оказания:

Виды медицинской помощи	Условия оказания	Формы оказания
1. Первичная медико-санитарная помощь	<ul style="list-style-type: none"> • амбулаторные; • дневной стационар. 	<ul style="list-style-type: none"> • плановая; • неотложная.
2. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь	<ul style="list-style-type: none"> • стационарные; • дневной стационар. 	<ul style="list-style-type: none"> • плановая; • неотложная.
3. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь	<ul style="list-style-type: none"> • вне медицинской организации; • амбулаторные; • стационарные. 	вне медицинской организации: <ul style="list-style-type: none"> • экстренная; • неотложная.
4. Паллиативная медицинская помощь	<ul style="list-style-type: none"> • амбулаторные (в том числе на дому); • стационарные; • дневной стационар. 	<ul style="list-style-type: none"> • плановая; • неотложная.

[Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 37](#)

Организация оказания медицинской помощи населению в Российской Федерации осуществляется:

в соответствии с **положением** об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи;

порядками оказания медицинской помощи (обязательными для исполнения всеми медицинскими организациями);

на основе **клинических рекомендаций**;

с учетом **стандартов** медицинской помощи.



Порядки оказания медицинской помощи

разрабатываются по отдельным ее профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включают:

- этапы оказания медицинской помощи;
- правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача);
- стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;
- рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений;
- иные положения, исходя из особенностей оказания медицинской помощи.



Клинические рекомендации

содержат основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе:

- протоколы ведения (протоколы лечения) пациента;
- варианты медицинского вмешательства;
- описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи.

Клинические рекомендации разрабатываются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями и подлежат рассмотрению научно-практическим советом Минздрава России.

По каждому заболеванию, состоянию (группе заболеваний, состояний) для взрослых и детей может быть одобрено и утверждено не более одной клинической рекомендации.



Стандарты медицинской помощи

разрабатываются на основе клинических рекомендаций и включают усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

- медицинских услуг, включенных в номенклатуру медицинских услуг;
- зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата (ЛП) и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной ВОЗ;
- медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;
- компонентов крови;
- видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;
- иного, исходя из особенностей заболевания (состояния).

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ФОРМЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Юридические лица могут быть:

некоммерческими организациями

не имеющими извлечение прибыли в качестве такой цели и не распределяющими полученную прибыль между участниками

коммерческими организациями

преследующими извлечение прибыли в качестве основной цели своей деятельности

в организационно-правовых формах:



Государственные и муниципальные медицинские организации представлены, в основном, в форме учреждений:

1

Бюджетные

- отвечают по своим обязательствам всем находящимся у них на праве оперативного управления имуществом, в том числе приобретенным за счет доходов, полученных от приносящей доход деятельности, за исключением особо ценного движимого имущества, закрепленного за бюджетным учреждением собственником этого имущества или приобретенного бюджетным учреждением за счет средств, выделенных собственником его имущества, а также недвижимого имущества независимо от того, по каким основаниям оно поступило в оперативное управление бюджетного учреждения и за счет каких средств оно приобретено;
- по обязательствам бюджетного учреждения, связанным с причинением вреда гражданам, при недостаточности имущества учреждения субсидиарную ответственность несет собственник имущества бюджетного учреждения.

2

Казенные

- отвечают по своим обязательствам находящимися в его распоряжении денежными средствами;
- при недостаточности денежных средств субсидиарную ответственность по обязательствам казенного учреждения несет собственник его имущества.

3

Автономные

- отвечают по своим обязательствам всем находящимся у него на праве оперативного управления имуществом, за исключением недвижимого имущества и особо ценного движимого имущества, закрепленного за автономным учреждением собственником этого имущества или приобретенного автономным учреждением за счет средств, выделенных собственником его имущества;
- по обязательствам автономного учреждения, связанным с причинением вреда гражданам, при недостаточности имущества учреждения субсидиарную ответственность несет собственник имущества автономного учреждения.

Медицинские организации подразделяются по виду медицинской деятельности и территориальным признакам. Это закреплено приказом Минздрава России, утверждающим их номенклатуру.

[Приказ Минздрава России от 06.08.2013 №529н](#)

НОМЕНКЛАТУРА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

1

По виду медицинской деятельности:

- 1. Лечебно-профилактические медицинские организации** (в том числе по профилю медицинской помощи):
 - больница (в том числе детская);
 - больница скорой медицинской помощи;
 - участковая больница;

- специализированные больницы (инфекционные, психиатрические, онкологические, туберкулезные и другие);
- родильный дом;
- госпиталь;
- диспансеры;
- центры, в том числе детские (вспомогательных репродуктивных технологий, диабетологический) и другие.

2. Медицинские организации особого типа:

- центры общественного здоровья и медицинской профилактики;
- центры медицины катастроф и другие.

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

- центры гигиены и эпидемиологии;
- противочумный центр и другие.

2

По территориальному признаку (государственной и муниципальной систем здравоохранения):

- федеральные;
- краевые, республиканские, областные, окружные;
- муниципальные;
- межрайонные;
- районные, в том числе центральные;
- городские, в том числе центральные.

[Приказ Минздрава России от 27.02.2016 N 132Н](#)

В целях обеспечения доступности медицинской помощи разработаны требования к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения

1. Условия оказания медицинской помощи: **вне медицинской организации.**

Медицинская организация	Вид медицинской помощи	Форма оказания медицинской помощи	Рекомендуемая численность обслуживаемого населения
Станция скорой медицинской помощи	скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь	экстренная; неотложная	1 свыше 50 тыс. человек

2. Условия оказания медицинской помощи: **амбулаторные, дневной стационар.**

Медицинская организация	Вид медицинской помощи	Форма оказания медицинской помощи	Рекомендуемая численность обслуживаемого населения
Амбулатория, в том числе врачебная, или центр (отделение) общей врачебной практики (семейной медицины)	первичная врачебная медико-санитарная помощь; первичная специализированная медико-санитарная помощь	плановая; неотложная	1 на 2 – 10 тыс. человек
Поликлиника	первичная врачебная медико-санитарная помощь; первичная специализированная медико-санитарная помощь	плановая; неотложная	1 на 20 – 50 тыс. человек

Медицинская организация	Вид медицинской помощи	Форма оказания медицинской помощи	Рекомендуемая численность обслуживаемого населения
Детская поликлиника	первичная врачебная медико-санитарная помощь; первичная специализированная медико-санитарная помощь	плановая; неотложная	1 на 10 – 30 тыс. детей
Центр консультативно-диагностический (поликлиника консультативно-диагностическая)	первичная специализированная медико-санитарная помощь; специализированная медицинская помощь	плановая; неотложная	1 на 250 тыс. человек
Центр консультативно-диагностический детский (поликлиника консультативно-диагностическая детская)	первичная специализированная медико-санитарная помощь; специализированная медицинская помощь	плановая; неотложная	1 на 100 тыс. детей
Поликлиника стоматологическая	первичная доврачебная медико-санитарная помощь; первичная специализированная медико-санитарная помощь	плановая; неотложная	не менее 1 до 100 тыс. человек
Детская стоматологическая поликлиника	первичная доврачебная медико-санитарная помощь; первичная специализированная медико-санитарная помощь	плановая; неотложная	1 на 20 – 50 тыс. детей

3. Условия оказания медицинской помощи: **амбулаторные, дневной стационар, стационарные.**

Медицинская организация	Вид медицинской помощи	Форма оказания медицинской помощи	Рекомендуемая численность обслуживаемого населения
Диспансер психоневрологический	первичная специализированная медико-санитарная помощь;	плановая; неотложная;	не менее 1 на субъект Российской Федерации

Медицинская организация	Вид медицинской помощи	Форма оказания медицинской помощи	Рекомендуемая численность обслуживаемого населения
	специализированная медицинская помощь	экстренная	
Диспансер наркологический	первичная специализированная медико-санитарная помощь; специализированная медицинская помощь	плановая; неотложная; экстренная	не менее 1 на субъект Российской Федерации
Диспансер кожно-венерологический	первичная специализированная медико-санитарная помощь; специализированная медицинская помощь	плановая	не менее 1 на субъект Российской Федерации
Диспансер противотуберкулезный	первичная специализированная медико-санитарная помощь; специализированная медицинская помощь	плановая; неотложная; экстренная	не менее 1 на субъект Российской Федерации
Диспансер онкологический	первичная специализированная медико-санитарная помощь; специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь	плановая; неотложная; экстренная	не менее 1 на субъект Российской Федерации

4. Условия оказания медицинской помощи: **дневной стационар, стационарные.**

Медицинская организация	Вид медицинской помощи	Форма оказания медицинской помощи	Рекомендуемая численность обслуживаемого населения
Участковая больница	первичная специализированная медико-санитарная помощь; специализированная медицинская помощь	плановая; неотложная	1 на 5 – 20 тыс. человек

Медицинская организация	Вид медицинской помощи	Форма оказания медицинской помощи	Рекомендуемая численность обслуживаемого населения
Городская больница	специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь	плановая; неотложная; экстренная	1 на 20 – 300 тыс. человек
Детская городская больница	специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь	плановая; неотложная; экстренная	1 на 20 – 200 тыс. детей
Районная больница	специализированная медицинская помощь	плановая; неотложная; экстренная	1 на 20 – 100 тыс. человек
Краевая, республиканская, областная, окружная больница	специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь	плановая; неотложная; экстренная	не менее 1 на субъект Российской Федерации
Детская краевая, республиканская, областная, окружная больница	специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь	плановая; неотложная; экстренная	не менее 1 на субъект Российской Федерации
Больница инфекционная	специализированная медицинская помощь	плановая; неотложная; экстренная	не менее 1 на субъект Российской Федерации
Больница инфекционная детская	специализированная медицинская помощь	плановая; неотложная; экстренная	1 на 500 тыс. детей

РАЗРЕШИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В соответствии с Федеральным законом от 04.05.2011 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» для осуществления **медицинской деятельности** требуется лицензия.



Постановление Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 №852

Положение о лицензировании медицинской деятельности отражает:

- требования к соискателю лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- порядок проведения выездных оценок на соответствие соискателя лицензионным требованиям.

Лицензия на осуществление медицинской деятельности выдается в соответствии с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, медицинской организации или индивидуальному предпринимателю.

Ответчиком в спорах по вопросам оказания медицинской помощи будет являться юридическое лицо.



Приказ Минздрава России от 13.10.2017 №804н

Номенклатура медицинских услуг представляет собой систематизированный перечень кодов и наименований медицинских услуг в здравоохранении.

Переходим к изучению организации оказания медицинской помощи по видам.

11. ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ



Первый контакт пациента с системой здравоохранения является наиболее значимым для него в сохранении и укреплении его здоровья, формировании доброжелательных взаимоотношений с медицинскими работниками, в оценке каждым человеком и населением деятельности системы здравоохранения в целом.



[Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 33](#)

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП)

является основой системы оказания медицинской помощи и включает мероприятия по:

- профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний;
- медицинской реабилитации;
- наблюдению за течением беременности;
- формированию здорового образа жизни;
- санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Условия оказания:

- амбулаторные
- дневной стационар.

Формы оказания:

- плановая;
- неотложная.

На Международной конференции в г. Алма-Ате был принят термин «первичная медико-санитарная помощь»:

- является неотъемлемой частью системы здравоохранения, а также системы социально-экономического развития общества;
- представляет собой первый этап непрерывного процесса охраны здоровья населения;
- включает просвещение по наиболее важным проблемам здравоохранения и методам их предупреждения и разрешения, проведение санитарных мер, профилактику и иммунизацию против инфекционных заболеваний, лечение, обеспечение лекарственными средствами и так далее;
- охватывает смежные отрасли, в том числе образование, промышленность и так далее.

Основные принципы декларации по решению социальных задач:

- обеспечение справедливости и равенства в распределении и доступности системы здравоохранения;
- активное участие населения в развитии здравоохранения и проведении мероприятий по охране здоровья;
- приоритет укрепления здоровья и профилактики заболеваний;
- определение влияния на здоровье и здравоохранение других сфер общественной жизни и деятельности человека.

ОСНОВНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ, регулирующие оказание ПМСП:

1.	Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению	Приказ Минздрава России от 14.04.2025 №202н
2.	Порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения	Приказ Минздрава России от 27.04.2021 №404н
3.	Порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми	Приказ Минздрава России от 15.03.2022 №168
4.	Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)»	Приказ Минтруда России от 21.03.2017 №293
5.	Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов	Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 №1940

ПСМП включает:

1. Первичную **доврачебную медико-санитарную помощь**

Оказывают:	фельдшерских здравпунктах, фельдшерских пунктах, ФАП, врачебных амбулаториях, поликлиниках, поликлинических подразделениях медицинских организаций, отделениях (кабинетах) медицинской профилактики для взрослых, центрах здоровья поликлиник.
фельдшер, акушер, другие работники со средним медицинским образованием или с высшим образованием (бакалавриат)	

2. Первичную **врачебную медико-санитарную помощь**

Оказывают:	во врачебных амбулаториях, врачебных здравпунктах, поликлиниках, поликлинических подразделениях медицинских организаций, кабинетах и центрах (отделениях) общей врачебной практики (семейной медицины), центрах здоровья поликлиник и отделениях (кабинетах) медицинской профилактики для взрослых.
врач-терапевт, врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач)	

3. Первичную **специализированную медико-санитарную помощь**

Оказывают:	в поликлиниках, поликлинических подразделениях медицинских организаций, в том числе оказывающих специализированную медицинскую помощь, включая ВМП.
врачи-специалисты различных специальностей (в их число входят врачи-специалисты сторонних медицинских организаций, привлеченные для проведения консультаций)	

Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам осуществляется **по территориально-участковому принципу**, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, работы, учебы в определенных организациях.

В медицинских организациях могут быть организованы участки:

- фельдшерский;
- терапевтический, в том числе цеховой, малокомплектный (с сохранением штатных должностей в полном объеме);
- врача общей практики (семейного врача), в том числе малокомплектный;
- комплексный (участок формируется из населения участка медицинской организации и населения, обслуживаемого ФАП, фельдшерскими пунктами, фельдшерскими здравпунктами);
- иные участки по профилям, по которым Программа госгарантий предусматривает подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц.

[Приказ Минздрава России от 14.04.2025 №202н](#)

Рекомендуемая численность прикрепленного населения:

Типы участков	Численность прикрепленного населения, человек
Фельдшерский	1300 взрослого населения в возрасте 18 лет и старше
Терапевтический	1700 взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (1300 - в сельской местности)

Типы участков	Численность прикрепленного населения, человек
Врача общей практики (семейного врача)	1500 взрослого населения в возрасте 18 лет и старше или 1200 взрослого и детского населения
Комплексный	≥2000 взрослого и детского населения

Информация об оказании медицинской помощи фиксируется в медицинской документации, формы которой утверждаются приказами Минздрава России.

Приказ Минздрава России от 15.12.2014 №834н

ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ УЧЕТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Учетная форма №025/у

Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях:

- заполняется на каждого впервые обратившегося за медицинской помощью в амбулаторных условиях пациента;
- в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи врача.

Учетная форма №025-1/у

Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях:

- заполняется врачом и (или) медицинским работником со средним профессиональным образованием на всех пациентов, обращающихся в эти медицинские

организации, при каждом их посещении и обращении к врачу;

- в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи врача.

Учетная форма №030/у-тер

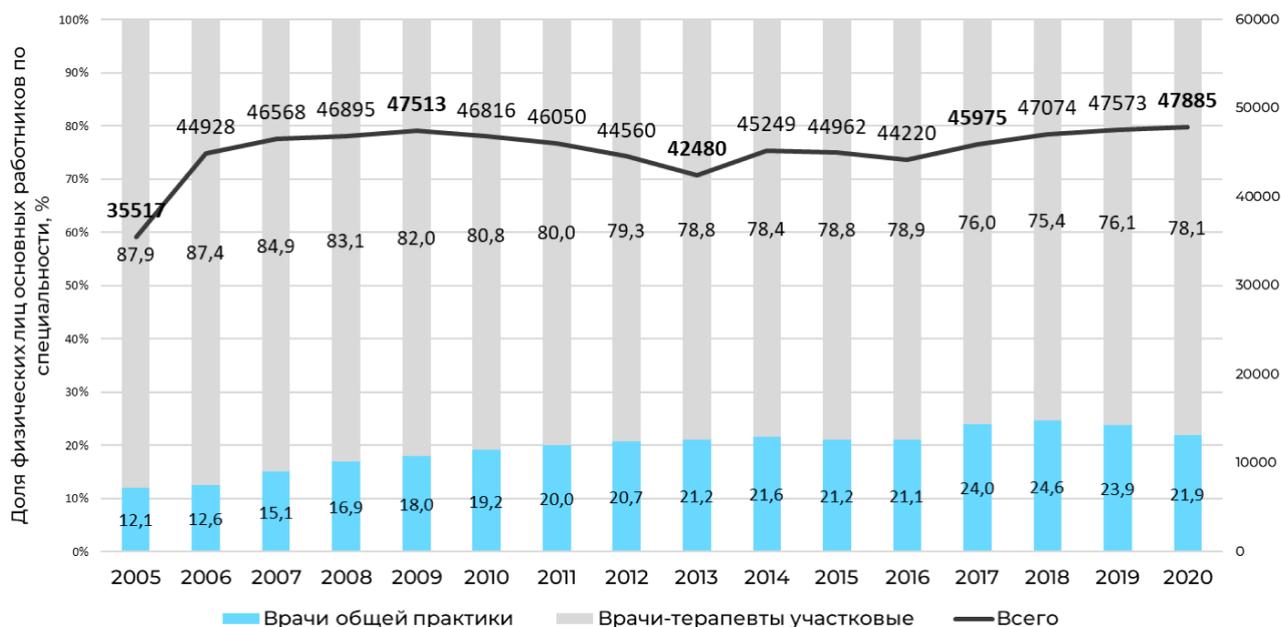
Паспорт врачебного участка (терапевтического):

- отражает общую численность прикрепленного населения, его половозрастную структуру и социальный статус, частоту посещений, данные о заболеваемости;
- на основании сведений паспорта проводится оценка эффективности деятельности врача-терапевта участкового и состояния здоровья прикрепленного населения.

Данные Росстата

ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ПМСП

Численность врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики и их соотношение:



	2019	2020	2021	2022	2023
Число амбулаторно-поликлинических организаций	21216	22891	21 616	22 146	22 719
Мощность (число посещений в смену) амбулаторно-поликлинических организаций	4 072,4	4 147,3	4 253,4	4 379,6	4451,4
Число ФАП	33 622	33 618	33 628	33 458	33 376

Электронный документооборот в медицинских организациях, в том числе и при оказании ПМСП, предусматривает единые требования к формату обмена медицинской информацией.

Утверждены электронные формы ряда документов:

- эпикриз амбулаторный по законченному случаю в поликлиниках;
- направление на госпитализацию/восстановительное лечение/обследование;
- эпикриз выписной после лечения в стационаре (родильном доме) для пациента и поликлиники (женской консультации).

Приоритетное развитие организации ПМСП позволяет удовлетворить большинство потребностей населения в медицинской помощи на высоком технологическом уровне.

12. СКОРАЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ СКОРАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ, МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Служба скорой медицинской помощи – одно из важнейших структурных звеньев единой системы оказания экстренной и неотложной медицинской помощи населению.



Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 35

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь (СМП) оказывается гражданам:

- при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, **требующих срочного медицинского вмешательства**;
- медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения **бесплатно**.

Условия оказания:

- вне медицинской организации;
- амбулаторные (в том числе на дому);
- стационарные.

Формы оказания:

- экстренная;
- неотложная.

ОСНОВНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ, регулирующие оказание СМП

1. Порядок оказания скорой, в том числе скорой

Приказ Минздрава
России от 20.06.2013
№388н

специализированной,
медицинской помощи

2. Профессиональный стандарт «Врач скорой медицинской помощи» Приказ Минтруда России от 14.03.2018 №133н

3. Профессиональный стандарт «Фельдшер скорой медицинской помощи» Приказ Минтруда России от 13.01.2021 №3н

4. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 №1940

Организация оказания медицинской помощи населению в Российской Федерации осуществляется в соответствии с **Положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи**. В настоящее время не утверждено Положение об организации оказания скорой медицинской помощи как вида медицинской помощи.

Оказание скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи осуществляется на основании Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи. Данный Порядок содержит информацию, присущую Положению по организации оказания медицинской помощи и Порядку оказания скорой медицинской помощи по профилю.



Приказ Минздрава России от 20.06.2013 №388н

Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи

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

Выездные бригады СМП направляются на вызов с учетом их профиля, а также формы оказания медицинской помощи.

Вызов СМП осуществляется:



по единым номерам 03, 103, 112 или телефонам медицинской организации, оказывающей СМП;



с помощью коротких текстовых сообщений при наличии технической возможности;



при непосредственном обращении в медицинскую организацию, оказывающую СМП;



при поступлении в медицинскую организацию заполненной в электронном виде карточки вызова СМП в экстренной форме из информационных систем экстренных оперативных служб.

Приказ Минздрава России от 20.06.2013 №388н

ПОВОДЫ ДЛЯ ВЫЗОВА СМП

Внезапные острые заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, в том числе:

- нарушения сознания;
- нарушения дыхания;

- нарушения системы кровообращения;
- психические расстройства, сопровождающиеся действиями пациента, представляющими непосредственную опасность для него или других лиц;
- болевой синдром;
- травмы любой этиологии, отравления, ранения (сопровождаящиеся кровотечением, представляющим угрозу жизни, или повреждением внутренних органов);
- термические и химические ожоги;
- кровотечения любой этиологии;
- роды, угроза прерывания беременности.

представляющие угрозу жизни пациента



в экстренной форме

направляется ближайшая свободная:

- общепрофильная выездная бригада;
- специализированная выездная бригада.

без явных признаков угрозы жизни



в неотложной форме

при отсутствии вызовов СМП в экстренной форме направляется ближайшая свободная общепрофильная выездная бригада.

При оказании СМП при необходимости осуществляется медицинская эвакуация.



[Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 35](#)

Медицинская эвакуация – транспортировка граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья, в том числе:

- лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях;
- женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных;
- лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий.

Включает:

- санитарно-авиационную эвакуацию (осуществляется воздушными судами);
- санитарную эвакуацию (осуществляется наземным, водным и другими видами транспорта).



Основная цель выездной бригады СМП – оказание скорой медицинской помощи на месте вызова или при осуществлении медицинской эвакуации.

Виды выездных бригад СМП:

1

Врачебные

Общепрофильные:

- врач СМП, фельдшер, водитель;
- врач СМП, медицинская сестра (брат), водитель;
- врач СМП, фельдшер или медицинская сестра (брат), водитель.

- Специализированные
- анестезиологии-реанимации, в том числе педиатрические;
 - педиатрические;
 - психиатрические;
 - экстренные консультативные;
 - авиамедицинские.

2

Фельдшерские

- Общепрофильные:
- два фельдшера, водитель;
 - фельдшер СМП, медицинская сестра (брат), водитель.

Выездная бригада скорой медицинской помощи выполняет следующие функции:

- **незамедлительный выезд** (вылет) на место вызова СМП;
- **оказание СМП**, включая установление ведущего синдрома и предварительного диагноза заболевания;
- **медицинская эвакуация** пациента при наличии медицинских показаний;
- **медицинская сортировка** пациентов и установка последовательности оказания СМП при массовых заболеваниях, травмах или иных состояниях.



Время доезда до пациента выездной бригады скорой помощи при оказании СМП в экстренной форме **не должно превышать 20 минут с момента ее вызова.**

В территориальной Программе госгарантий время может быть обоснованно скорректировано.

Основные функции врача скорой медицинской помощи:

- оказание СМП на основе стандартов медицинской помощи:
 - выявление общих и специфических признаков неотложного состояния, в том числе психопатологического;
 - оценка тяжести состояния здоровья пациента;
 - определение необходимости применения специальных методов исследования, экстренности, очередности, объема, содержания и последовательности диагностических, лечебных и реанимационных мероприятий;
- обеспечение медицинской эвакуации с одновременным проведением во время транспортировки пациента мероприятий по оказанию медицинской помощи;
- иные функции в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Врачи скорой медицинской помощи, осуществляющие деятельность в стационарных отделениях СМП и отделениях экстренной консультативной СМП больницы, наделяются дополнительными функциями, в которые входят:

- мониторинг за состоянием поступивших пациентов;
- организация консилиумов, в том числе дистанционных;
- профилактика инфекционных заболеваний;
- определение показаний к дальнейшему лечению пациента в условиях медицинской организации, перевод в другие отделения или медицинские организации и другие.

Станция скорой медицинской помощи, а также отделения скорой медицинской помощи создаются для оказания СМП взрослому и детскому населению вне медицинской организации в круглосуточном режиме.



Станция СМП – самостоятельная медицинская организация или структурное подразделение медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь.



Отделение СМП – структурное подразделение медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь.

Рекомендуемая численность

обслуживаемого населения для станции скорой медицинской помощи – **свыше 50 000 человек.**



Место расположения и территория обслуживания станции СМП устанавливаются с учетом:

- численности и плотности населения;
- особенностей застройки;
- состояния транспортных магистралей;
- интенсивности автотранспортного движения;
- протяженности населенного пункта;
- 20-минутной транспортной доступности.

Основные функции станции СМП:

- организация и оказание СМП взрослому и детскому населению вне медицинской организации в круглосуточном режиме;
- медицинская эвакуация;
- обеспечение преемственности с медицинскими организациями при оказании СМП;
- взаимодействие с экстренными оперативными службами;
- комплектование выездных бригад СМП медицинскими работниками;
- контроль и учет работы автомобилей СМП;
- развитие и совершенствование организационных форм и методов оказания СМП населению, внедрение современных методов диагностики и лечения, передового опыта и научной организации труда;
- иные функции в соответствии с законодательством Российской Федерации.



Оперативный отдел – структурное подразделение медицинской организации, созданное в целях:

- обеспечения **централизованного приема обращений** (вызовов) населения за СМП;
- **незамедлительной передачи вызовов** выездным бригадам СМП;
- **оперативного управления и контроля** за работой выездных бригад СМП.

Основные функции оперативного отдела:

- обеспечение круглосуточного централизованного приема вызовов СМП с обязательной аудиозаписью телефонного разговора;
- сортировка обоснованности вызовов СМП по поводам вызова, срочности и профильности направления выездных бригад СМП;
- незамедлительная передача вызовов выездным бригадам СМП;
- оперативное управление и контроль за работой выездных бригад СМП;
- организация медицинской эвакуации пациентов в соответствии со схемой маршрутизации медицинской эвакуации в медицинские организации;
- осуществление взаимодействия подразделений службы СМП с экстренными оперативными службами;
- учет работы санитарного транспорта;
- сбор оперативной статистической информации, ее анализ и принятие решений по обеспечению своевременного выполнения вызовов;
- анализ оперативной деятельности медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь, в которой создан оперативный отдел, и разработка мероприятий по ее улучшению;
- иные функции в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Данные Росстата

ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ СМП

	2019	2020	2021	2022	2023
Число станций (отделений) СМП на конец года	2211	2113	2035	1931	1876
Численность лиц, которым оказана помощь амбулаторно и при выездах, всего млн. чел.	45,7	45,5	46,9	43,8	41,4
Численность лиц, которым оказана помощь амбулаторно и при выездах, человек на 1000 чел.	309,1	311	322	299	283,6

Приказ Минздравсоцразвития России от 02.12.2009 №942

ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ УЧЕТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Учетная форма №109/у

Журнал записи вызовов СМП

- регистрация вызовов СМП и обратившихся за ней;
- заполняется фельдшером (медицинской сестрой) станции (отделения) СМП, принимающим вызовы.

Учетная форма №110/у

Карта вызова СМП

- заполняется выездными врачебными и фельдшерскими бригадами на каждый случай выезда бригады СМП;
- содержит детальную информацию о бригаде СМП, время выезда и окончания, адрес вызова, сведения о

пациенте (жалобы, анамнез и так далее), результат выезда.

Учетная форма №114/у

Сопроводительный лист станции (отделения) СМП и талон к нему

- документ персонального медицинского учета, предназначенный для обеспечения преемственности и последовательности в оказании медицинской помощи;
- заполняется врачом СМП или фельдшером при передаче пациента в приемное отделение стационара;
- прикрепляется к медицинской карте пациента.

Учетная форма №115/у

Дневник работы станции СМП

- заполняется на основе учетной формы №110/у «Карта вызова СМП»;
- используется для составления годового отчета по форме отраслевой статистической отчетности №40.

Форма №40

Отчет станции (отделения), больницы СМП ежегодно формируется и направляется в вышестоящие органы в сфере здравоохранения.

Показатели деятельности СМП⁸:

Обеспеченность населения СМП	$\frac{\text{Число вызовов СМП}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$
Своевременность выездов бригад СМП	$\frac{\text{Число выездов бригад СМП в течение 4 мин. с момента поступления вызовов}}{\text{Общее число вызовов по скорой помощи}} \times 100$
Расхождение диагнозов СМП и стационаров	$\frac{\text{Число случаев расхождения диагнозов СМП и стационаров}}{\text{Общее число госпитализированных больных из числа доставленных СМП в стационары}} \times 100$
Удельный вес успешных реанимаций	$\frac{\text{Число успешных реанимаций, выполненных бригадами СМП}}{\text{Общее число реанимаций, выполненных бригадами СМП}} \times 100$
Удельный вес летальных исходов	$\frac{\text{Число летальных исходов в присутствии бригады СМП}}{\text{Общее число вызовов СМП}} \times 100$

С 2013 года служба СМП включена в систему ОМС. Финансовое обеспечение СМП не застрахованным и не идентифицированным в системе ОМС гражданам обеспечивается за счет бюджетных средств региона.

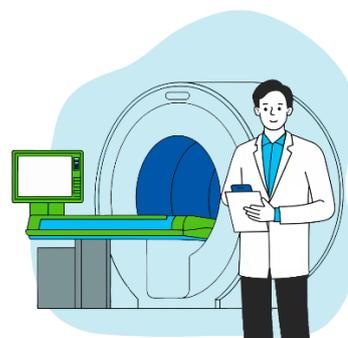
СМП оказывается бесплатно всем гражданам Российской Федерации, иностранным гражданам и лицам без гражданства вне зависимости от наличия полиса ОМС.

⁸ Регулируются приказами Минздрава России.

13. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ, МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, определена одним из самостоятельных видов медицинской помощи, которая оказывается государственной (муниципальной) системой здравоохранения гражданам бесплатно.

Применение современных методов диагностики позволяют повысить точность проводимых исследований в кратчайшие сроки, тем самым сокращая период от момента обращения в медицинскую организацию до начала лечения.



[Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 34](#)

Специализированная медицинская помощь

оказывается врачами-специалистами и включает профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.



[Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 34](#)

Высокотехнологичная медицинская помощь

является частью специализированной медицинской помощи и включает применение:

- новых сложных/уникальных методов лечения;

- 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.

Условия оказания:

- стационарные;
- дневной стационар.

Формы оказания:

- плановая;
- неотложная.

ОСНОВНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ,

регулирующие оказание специализированной, в том числе ВМП:

1.	Положение об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи	Приказ Минздрава России от 02.12.2014 №796н
2.	Порядок организации оказания ВМП с применением Единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)	Приказ Минздрава России от 02.10.2019 №824н
3.	Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов	Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 №1940



Положение об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи

устанавливает правила организации оказания специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП, в медицинских организациях и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность на территории Российской Федерации.

Показания для оказания специализированной медицинской помощи, включая ВМП:

1

в стационарных условиях

1.1. Наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания/состояния,

- требующего оказания специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП:
 - в экстренной или неотложной форме в целях диагностики и лечения;
 - в плановой форме в целях профилактики, диагностики, лечения, реабилитации;
- представляющего угрозу жизни и здоровью окружающих:
 - изоляция пациента, в том числе по эпидемическим показаниям.

1.2. Риск развития осложнений при проведении пациенту медицинских вмешательств, связанных с диагностикой и лечением.

1.3. Отсутствие возможности оказания специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП, в условиях дневного

стационара в связи с возрастом пациента и инвалидностью I группы.

2 в условиях дневного стационара

2.1. Наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания/состояния, требующего оказания специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП, в плановой форме в целях профилактики, диагностики, лечения, реабилитации.

Определяют наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи, включая ВМП, в стационарных условиях или условиях дневного стационара:

Специализированная медицинская помощь

в плановой форме

лечащий врач

в экстренной
и неотложной форме⁹

врач-специалист

Высокотехнологичная медицинская помощь

в плановой форме¹⁰

врачебная комиссия

Специализированная медицинская помощь, включая ВМП, оказывается, в основном, в больницах, диспансерах и дневных стационарах.

⁹ При самостоятельном обращении пациента в медицинскую организацию или при осуществлении медицинской эвакуации выездной бригадой СМП.

¹⁰ По месту оказания ПМСП или специализированной медицинской помощи.



Больница – медицинская организация, которая оказывает населению первичную, специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь при заболеваниях, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению с применением наиболее сложных методик и медицинских технологий, нередко оперативного вмешательства, постоянного врачебного наблюдения, интенсивных методов лечения и ухода.

Основная задача больниц – оказание медицинской помощи в случае, если:

- проведение лечения или сложных диагностических исследований невозможно в амбулаторных условиях;
- выздоровление или улучшение состояния пациента может быть быстрее достигнуто в стационаре, чем при амбулаторном лечении;
- пациент представляет угрозу для окружающих.



Диспансер – специализированная медицинская организация для активного выявления больных с определенными заболеваниями на ранних стадиях, их лечения и реабилитации, изучения уровня заболеваемости и ее причин, а также осуществления мер профилактики.

Организация, содержание, объем и характер работы диспансера зависят от его профиля и административно-территориальной значимости.

Основные задачи диспансеров:

- организация ранней диагностики заболеваний;
- обследование и уточнение диагноза;
- постановка пациентов на учет;
- проведение соответствующего лечения;
- активное динамическое наблюдение;

- проведение оздоровительных мероприятий.



[Приказ Минздрава России от 02.10.2019 №824н](#)

Порядок организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)

устанавливает правила организации оказания специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП, в медицинских организациях и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность на территории Российской Федерации.

Устанавливает правила:

- организации оказания ВМП с применением подсистемы ведения специализированных регистров пациентов по отдельным нозологиям и категориям граждан;
- мониторинга организации оказания ВМП и санаторно-курортного лечения в системе ЕГИСЗ в медицинских организациях, оказывающих ВМП.

ВМП оказывается в соответствии с Программой госгарантий и **перечнем видов ВМП**, который содержит, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения:

Виды ВМП,
**включенные в
базовую программу
ОМС**

[Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 №1940](#)

оказываются за счет субвенций из бюджета ФОМС и бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ТФОМС).

Виды ВМП, не включенные в базовую программу ОМС

[Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ, статья 50.1](#)

оказываются за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета путем предоставления из бюджета ФОМС федеральным государственным учреждениям субсидий на финансовое обеспечение выполнения ими государственного задания; с учетом объемов этой помощи и средних нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи.

В Программу госгарантий на 2025 год и плановый период 2026 и 2027 годов включены 195 видов ВМП. К ним относятся:

- сложные операции на сердце;
- пересадка органов;
- установка имплантов;
- нейрохирургические операции;
- лечение сложных заболеваний (лейкоз, эндокринные патологии и другие);
- медицинские вмешательства при злокачественных новообразованиях;
- искусственное оплодотворение;
- офтальмологические операции;
- реконструктивные операции при врожденных зубочелюстных аномалиях;
- комплексное лечение пациентов с обширными ожогами и другие.

Алгоритм предоставления ВМП:

1. Лечащий врач в ходе диагностики и лечения пациента определяет наличие медицинских показаний к оказанию ВМП. Наличие медицинских показаний подтверждается решением врачебной комиссии.
2. При направлении на ВМП по необходимости проводится телеконсультация. Лечащий врач оформляет направление на госпитализацию для оказания ВМП на бланке направляющей медицинской организации.
3. К направлению на госпитализацию прилагаются выписка из медицинской документации, копии документа, удостоверяющего личность, полис ОМС, СНИЛС, согласие на обработку персональных данных.
4. Направляющая медицинская организации в течение 3 рабочих дней отправляет документы в медицинскую организацию, которая будет оказывать ВМП или в орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации. Пациент вправе самостоятельно представить оформленные документы.
5. Врачебная комиссия принимающей медицинской организации выносит решение о наличии (об отсутствии) медицинских показаний (противопоказаний) к оказанию ВМП в течение 7 рабочих дней со дня оформления талона на оказание ВМП (за исключением СМП).

ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ УЧЕТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ СТАЦИОНАРОВ (В ТОМ ЧИСЛЕ ДНЕВНЫХ)

Учетная форма №001/у

Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи

- предназначен для регистрации пациентов, поступающих в медицинскую организацию;
- формируется в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника.

Учетная форма №003/у

Медицинская карта пациента

- содержит подробные сведения о пациенте (личные данные, анамнез, диагноз, исход и результат госпитализации, осмотры (первичный и лечащим врачом), этапный эпикриз, предоперационный эпикриз, протокол оперативного вмешательства, протокол и карта анестезиологического пособия, лист назначений, выписной эпикриз и так далее.;
- формируется в форме электронного документа с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника.

Учетная форма №007/у

Лист учета ежедневного движения пациентов и коечного фонда медицинской организации

- ведется ежедневный учет движения пациентов и использования коечного фонда в отделениях медицинской организации;

- указывается число поступивших, переведенных в другие отделения или другие медицинские организации, выписанных, умерших пациентов;
- указываются сведения о свободных и занятых койках;
- ведется в электронном виде или оформляется на бумажном носителе.

Учетная форма №008/у

Журнал учета оперативных вмешательств в медицинской организации

- регистрируются все оперативные вмешательства, произведенные в отделениях медицинской организации;
- ведется в каждой операционной оперирующим врачом по проведенному оперативному вмешательству.

Учетная форма №066/у

Статистическая карта вышедшего из медицинской организации

- регистрируются пациенты, вышедшие из медицинской организации;
- содержит основные сведения о пациенте, данные о заболевании, сведения об оперативных вмешательствах, результат госпитализации, сведения о листке нетрудоспособности, диагноз по МКБ, патологоанатомический диагноз (в случае смерти).

Учетная форма №025/у-ВМП

Талон на оказание ВМП

- содержит сведения, необходимые для организации учета по каждому случаю оказания пациенту ВМП;
- имеет автоматически сформированный штрих-код.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ, ВКЛЮЧАЯ ВМП

	2019	2020	2021	2022	2023
Число больничных организаций, всего на конец года	5 130	5 065	5 072	5 167	5 177
Число больничных коек	1 173 568	1 188 770	1 162 107	1 141 861	1 132 363
Численность госпитализированных пациентов на 1000 человек населения	20,0	16,8	18,8	18,8	19,8
Среднее число дней пребывания пациента на койке	10,6	10,6	10,2	9,9	9,9

Показатели деятельности медицинской организации¹¹

Показатель
обеспеченности
населения
стационарной
помощью

- обеспеченность населения больничными койками;
- уровень госпитализации населения в расчете на 1000 человек;
- охват населения госпитализацией (%);
- структура коечного фонда.

Показатель
использования
коечного фонда

- среднее число дней работы койки в году (среднегодовая занятость больничной койки);

¹¹ Регулируются приказами Минздрава России.

Показатель
нагрузки
персонала

- оборот койки;
- средняя длительность пребывания больного на койке;
- среднее время простоя койки и другие.
- среднее число коек на 1 должность врача (среднего медицинского персонала);
- среднее число пролеченных больных на 1 должность врача (среднего медицинского персонала);
- среднее число койко-дней на 1 должность врача.

Одним из путей повышения эффективности здравоохранения и более рационального использования ресурсов медицинских организаций считается развитие стационарозамещающих технологий.



Стационарозамещающие технологии – форма работы при оказании медицинской помощи в:

- дневных стационарах поликлиник;
- отделениях (палатах) дневного пребывания в стационаре;
- стационарах на дому;
- других, более редких формах при медицинских организациях, осуществляющих лечебно-профилактическую деятельность независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности.

Развитие специализированной помощи включает:

- совершенствование методов диагностики и лечения заболеваний;
- повышение квалификации специалистов;
- оснащение необходимым оборудованием, затрагивающим, при необходимости, структурные перестройки медицинских организаций.

Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи приводит к существенному и стойкому улучшению состояния здоровья пациентов и качества их жизни.

14. ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ



По данным ВОЗ ежегодно в Российской Федерации в паллиативной медицинской помощи (ПМП) нуждаются около 1,3 млн. человек с неизлечимыми заболеваниями, из которых, по данным Минздрава России, получают помощь менее 260 тыс. человек.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ в 2011 году ПМП определена одним из самостоятельных видов медицинской помощи, которая оказывается государственной (муниципальной) системой здравоохранения гражданам бесплатно.



[Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 36](#)

Паллиативная медицинская помощь – 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.

Условия оказания:

- амбулаторные (в том числе на дому);
- дневной стационар;
- стационарные.

Формы оказания:

- плановая;
- неотложная.

ОСНОВНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ,

регулирующие оказание ПМП:

- | | | |
|----|---|--|
| 1. | Положение об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья | Приказ от 31.05.2019 Минздрава России №345н, Минтруда России №372н |
| 2. | Профессиональный стандарт «Врач по паллиативной медицинской помощи» | Приказ Минтруда России от 22.06.2018 №409н |
| 3. | Перечень медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому | Приказ Минздрава России от 31.05.2019 №348н |
| 4. | Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов | Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 №1940 |

Приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 555н включен профиль «паллиативная медицинская помощь» в перечень профилей медицинской помощи.

До настоящего времени сохраняется определение паллиативной медицинской помощи как отдельного вида, так и самостоятельного профиля медицинской помощи. Вместе с тем отдельный Порядок оказания медицинской помощи по профилю «паллиативная медицинская помощь» не разработан, но признаки Порядка есть в Положении об организации оказания паллиативной медицинской помощи.



Приказ от 31.05.2019 Минздрава России №345н, Минтруда России №372н

Положение об организации оказания ПМП, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья.

Паллиативная медицинская помощь включает:

1. Паллиативную первичную доврачебную медицинскую помощь

Оказывают:

- фельдшер (в случае возложения на него функций лечащего врача);
- акушер, медицинская сестра и другие.

[Приказ Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 №252н](#)

в фельдшерских здравпунктах, ФАП, врачебных амбулаториях, иных медицинских организациях (в их структурных подразделениях), оказывающих первичную доврачебную медико-санитарную помощь.

2. Паллиативную первичную врачебную медицинскую помощь

Оказывают:

- врач-терапевт;
- врач-терапевт участковый;
- врач-педиатр;
- врач-педиатр участковый;
- ВОП (семейный врач);
- врачи-специалисты.

в медицинских организациях, оказывающих ПМСП, специализированную медицинскую помощь.

3. Паллиативную **специализированную** медицинскую помощь

Оказывают:

- врачи-специалисты, занимающие должность врача по ПМП;
- иные врачи-специалисты;
- медицинские работники со средним профессиональным образованием.

взрослым в кабинетах ПМП, отделениях выездной патронажной ПМП, отделениях ПМП, хосписах, отделениях сестринского ухода, домах (больницах) сестринского ухода, дневных стационарах, респираторных центрах;

детям в отделениях (бригадами) выездной патронажной ПМП, отделениях (на койках) ПМП, хосписах, дневных стационарах.

Паллиативная медицинская помощь оказывается медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи.



[Приказ Минтруда России от 22.06.2018 №409н](#)

Требования к подготовке врачей по ПМП и выполнению профессиональной деятельности определяют положения **Профессионального стандарта «Врач по паллиативной медицинской помощи»**.

Медицинские организации, оказывающие ПМП, взаимодействуют с:

- родственниками и иными членами семьи пациента или законными представителями пациента;
- лицами, осуществляющими уход за пациентом;
- добровольцами (волонтерами);
- организациями социального обслуживания;
- религиозными организациями и другими.

ПМП оказывается взрослым:

- ① с неизлечимыми заболеваниями или состояниями, угрожающими жизни или сокращающими ее продолжительность;
- ② с заболеваниями или состояниями в стадии, когда отсутствуют или исчерпаны возможности этиопатогенетического лечения;
- ③ при наличии медицинских показаний с учетом тяжести, функционального состояния и прогноза основного заболевания.

Повышение качества жизни обеспечивается:

- коррекцией фармакотерапии болевого синдрома;
- коррекцией противосудорожной терапии;
- купированием тяжелых симптомов;
- обучением мероприятиям по уходу;
- оказанием психологической помощи и социальной поддержки.

Медицинское заключение по наблюдению и оказанию ПМП выдают:

1. Взрослым

со злокачественными новообразованиями

- врач-онколог (при наличии гистологически верифицированного диагноза);
- врач-терапевт участковый, ВОП (семейный врач), врач-специалист, фельдшер (при наличии заключения онколога).

по другим
заболеваниям
(состояниям)

- врачебная комиссия;
- консилиум врачей.

В состав врачебной комиссии/консилиума врачей рекомендуется включать:

- лечащего врача по профилю заболевания;
- врача по паллиативной медицинской помощи;
- врача по медицинской реабилитации;
- врача-гериатра (для пациентов старше 75 лет);
- врача-анестезиолога-реаниматолога и/или врача-пульмонолога (для пациентов, нуждающихся в длительной респираторной поддержке).

2. Детям

по профилям
заболеваний
(состояний)

врачебная комиссия медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение и лечение ребенка.

В состав врачебной комиссии рекомендуется включать:

- руководителя медицинской организации или его заместителя;
- заведующего структурным подразделением;
- лечащего врача по профилю заболевания ребенка;
- врача по паллиативной медицинской помощи;
- врача по медицинской реабилитации.

Паллиативная помощь на дому оказывается выездными патронажными бригадами совместно с родственниками пациентов.

Функциями выездных патронажных бригад являются:

- динамическое наблюдение за пациентами;
- лечение болевого синдрома, назначение лекарственных препаратов;
- организация консультаций врачами-специалистами по профилю;
- оказание психологической помощи;
- обучение пациентов и родственников мероприятиям по уходу.



Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 36, п.4

Пациенту предоставляются для использования на дому медицинские изделия, предназначенные для поддержания функций органов и систем организма человека.

Приказ Минздрава России от 31.05.2019 №348н

Перечень медицинских изделий для использования на дому пациентами, получающими паллиативную медицинскую помощь, в их числе:

- анестезиологические и респираторные медицинские изделия (ингаляторы, маски, системы вентиляции легких и другие);
- вспомогательные и общебольничные медицинские изделия (инфузионные насосы, медицинские кровати и матрасы, растворы для обработки и подкожных инъекций, кислородные компрессоры и другие);
- гастроэнтерологические (катетеры, трубки, устройства стомирования и другие);

- медицинские изделия для манипуляций (устройства дренирования);
- реабилитационные изделия для инвалидов (зонды, шприцы, энтеральное питание, средства передвижения и ухода и другие).

Функции медицинских работников по оказанию первичной ПМП:

- выявление пациентов с хроническими неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями или состояниями;
- активное динамическое наблюдение пациентов;
- проведение первичного осмотра в течение двух рабочих дней после обращения и (или) получения пациентом медицинского заключения о наличии медицинских показаний для оказания ПМП;
- лечение болевого синдрома и других тяжелых проявлений заболевания;
- назначение лекарственных препаратов, включая наркотические и психотропные лекарственные средства;
- выполнение или назначение мероприятий по уходу за пациентом;
- вынесение на рассмотрение врачебной комиссии медицинской организации вопроса о направлении пациента на медико-социальную экспертизу;
- направление пациентов в медицинскую организацию, оказывающих специализированную ПМП;
- информирование пациента (законного представителя, родственника, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом) о характере и особенностях течения заболевания с учетом этических и моральных норм,

уважительного и гуманного отношения к пациенту, его родственникам и близким;

- обучение пациента, родственников, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом, мероприятиям по уходу;
- представление отчетности, сбор и представление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения;
- организация и проведение консультаций и (или) участие в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий по вопросам оказания ПМП.

УЧЕТНЫЕ ФОРМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

- в стационарных условиях – регулируются Приказом Минздрава России от 05.08.2022 №530н;
- в амбулаторных условиях – регулируются Приказом Минздрава России от 15.12.2014 №834н.

Данные Росстата

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩЬЮ

	2020	2021	2022
Коечный фонд (абс.)	11 763	12 869	14 612
Число коек на 10 тыс. населения	0,80	0,88	0,90
Врачи (абс.)	752	869	1037
Число врачей на 10 тыс. населения	0,05	0,06	0,07

В 2014 году Всемирная ассамблея здравоохранения приняла принципиально важную резолюцию, в которой подчеркивается значение паллиативной помощи как этической ответственности здравоохранения и содержится призыв как к ВОЗ, так и к правительствам всех стран, принять меры для улучшения практики паллиативной помощи по всему миру.

Врачам общей практики и другим медицинским работникам важно обладать необходимыми навыками и умениями для оказания квалифицированной паллиативной помощи пациентам в рамках своей профессиональной деятельности.

15. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ



В стоматологической помощи без преувеличения нуждается каждый человек. Известно, что заболевания органов полости рта, слюнных желез и челюстей могут приводить к морфофункциональным изменениям в жевательном аппарате, повышают риски возникновения и развития заболеваний пищеварительной системы, нарушают эстетику лица, функции жевания и звукопроизношение.

ОСНОВНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ,
регулирующие оказание медицинской помощи при
стоматологических заболеваниях:

- | | |
|---|---|
| 1. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях | Приказ Минздрава России от 31.07.2020 №786н |
| 2. Порядок оказания медицинской помощи детям при стоматологических заболеваниях | Приказ Минздрава России от 13.11.2012 №910н |
| 3. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Челюстно-лицевая хирургия» (ЧЛХ) | Приказ Минздрава России от 14.06.2019 №422н |

Организация медицинской помощи при стоматологических заболеваниях регулируется приказами Минздрава России с учетом возрастных категорий населения, профиля ЧЛХ по видам медицинской помощи, формам и условиям ее оказания:

	в виде:	в форме:	в условиях:
Приказ Минздрава России от 31.07.2020 №786н взрослым	<ul style="list-style-type: none">• первичной медико-санитарной помощи;• специализированной медицинской помощи.	<ul style="list-style-type: none">• экстренной;• неотложной;• плановой.	<ul style="list-style-type: none">• амбулаторных;• дневного стационара.
Приказ Минздрава России от 13.11.2012 №910н детям	<ul style="list-style-type: none">• первичной медико-санитарной помощи;• скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;• специализированной, в том числе ВМП.	<ul style="list-style-type: none">• экстренной;• неотложной;• плановой.	<ul style="list-style-type: none">• амбулаторных;• дневного стационара;• стационарных.
Приказ Минздрава России от 14.06.2019 №422н по профилю ЧЛХ	<ul style="list-style-type: none">• первичной медико-санитарной помощи;• специализированной, в том числе ВМП;• скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.	<ul style="list-style-type: none">• экстренной;• неотложной;• плановой.	<ul style="list-style-type: none">• амбулаторных;• стационарных;• вне медицинской организации.

Медицинская помощь при стоматологических заболеваниях включает:

1. Первичную **доврачебную медико-санитарную помощь**

Оказывает

фельдшер

в ФАП, зубоврачебном кабинете сельской участковой больницы, центральной районной больнице (ЦРБ).

2. Первичную **специализированную медико-санитарную помощь**

Оказывают:

в стоматологических поликлиниках.

- врачи стоматологического профиля, в том числе детские;
- зубной врач;
- гигиенист стоматологический;
- зубной техник

3. Специализированную, в том числе ВМП

Оказывают:

в дневном стационаре стоматологических отделений медицинской организации (по профилю ЧЛХ – в стационарных условиях больниц, центров).

- врач стоматологического профиля, в том числе детский;
- челюстно-лицевой хирург

4. Скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь детям

Оказывают:

- бригада СМП;
- челюстно-лицевой хирург

вне медицинской организации;
в отделениях ЧЛХ.

Особенностью организации оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях **сельскому населению** является этапность:

1 этап – доврачебную помощь оказывает фельдшер (проводит мероприятия, направленные на устранение боли, и направляет к врачу-стоматологу);

2 этап – специализированную помощь оказывают в поликлинике, ЦРБ или стоматологической районной поликлинике;

3 этап – прием специалистами по лечению пародонта и слизистой оболочки полости рта; организационно-методическая работа – в стоматологических отделениях и отделении ЧЛХ областной (краевой, республиканской) больницы.

ПОКАЗАТЕЛИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Для оценки стоматологического здоровья населения используются многочисленные показатели, которые характеризуют распространенность, структуру и динамику заболеваний зубов, десен, уровень гигиены и другие.



Показатель распространенности кариеса, пародонтоза, заболеваний слизистой оболочки полости рта, зубочелюстных аномалий.

$$\frac{\text{Число лиц с поражением зубов кариесом}}{\text{Общее число обследованных}} \times 100\% (1000 \text{ ‰})$$



Показатель интенсивности поражения зубов кариесом – среднее число пораженных кариесом зубов на одного обследованного или группы лиц. Определяется количественными значениями КПУ, где:

К – число кариозных (нелеченных зубов);

П – число пломбированных (леченных) зубов;

У – число удаленных зубов.

$$\frac{\Sigma \text{ КПУ}}{\text{Общее число обследованных}} \times 100\%$$



Прирост интенсивности кариеса на одного человека за определенный срок характеризует динамику поражения зубов кариесом за определенный период (месяц, год и так далее).

Высокий уровень стоматологической патологии приводит к утрате зубов и обуславливает высокую потребность в зубопротезировании.

По данным ВОЗ **более трети населения мира имеет нелеченый кариес** во всех возрастных категориях, начиная с прорезывания молочных зубов. Его распространенность значительно увеличивается с этапа прорезывания постоянных зубов и остается высокой до пожилого возраста.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Распространенность стоматологических заболеваний в субъектах Российской Федерации обусловлена действием множества факторов, прежде всего:

- правильным характером питания,
- соблюдением населением гигиены полости рта,
- регулярностью посещения врача-стоматолога,
- полной доступностью стоматологической медицинской помощи.

Интенсивность и распространенность кариеса зубов (КПУ) у взрослых 35-44 лет в Российской Федерации в 1998 и 2018 году¹²:



¹² Кузьмина Э.М., Янушевич О.О. Профилактическая стоматология: Учебник. – М.: Практическая медицина, 2017. – 544 с.

Высокий индекс кариеса зубов (КПУ)

(кариес, пломба, удаление)

14,2

Распространенность стоматологических заболеваний

(по обращаемости к врачам-стоматологам всех специальностей)

345-550

случаев на
1000 человек

Индекс КПУ в возрасте 35-44 лет	Уровень интенсивности	Возраст	Распространенность кариеса зубов
0,2 - 1,5	очень низкий	6	13%
1,6 - 6,2	низкий	12	73%
6,3 - 12,7	средний	15	82%
12,8 - 16,2	высокий	35-44	99%
16,3 и выше	очень высокий	65 и более	100%



Кариес – самое распространенное заболевание!

Профилактика стоматологических заболеваний играет важную роль в снижении стоматологической заболеваемости и включает, в том числе профилактические медицинские осмотры.

Индивидуальная профилактика

включает рациональное питание и надлежащее гигиеническое поведение человека.



Осмотр 1 раз
в 6 месяцев

Общественная профилактика подразумевает систему государственных и медицинских мероприятий, направленных на охрану здоровья населения.

Особое внимание следует обращать на профилактику стоматологических заболеваний у беременных женщин и детей,

так как закладка зубов происходит в период внутриутробного развития.

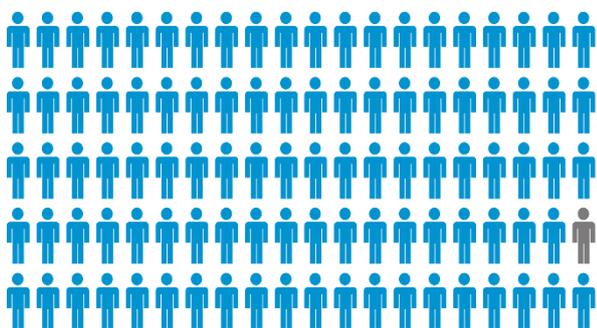
Приказ Минздрава России от 20.10.2020 №1130н, п.6

При физиологическом течении беременности **осмотры** беременных женщин проводятся врачом-стоматологом **не менее одного раза** для осуществления контроля за санацией полости рта.

Приказ Минздрава России от 13.11.2012 №910н, п.7

Осмотр детей врачом-стоматологом детским осуществляется:

- на первом году жизни – 2 раза (с целью выявления врожденной патологии);
- в последующем – в зависимости от риска и активности течения стоматологических заболеваний, но не реже 1 раза в год.



99%

пациентов получают медицинскую помощь в стоматологических поликлиниках

1%

пациентов нуждается в госпитализации, в том числе в отделения ЧЛХ



Стоматологическая поликлиника – самостоятельная медицинская организация, либо структурное подразделение многопрофильной медицинской организации; организуется для оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи.



Стоматологический кабинет – структурное подразделение стоматологической поликлиники, стоматологического отделения медицинской организации, структурное подразделение образовательной организации, предприятия. В стоматологическом кабинете медицинскую помощь оказывают:

- врач-стоматолог;
- врач-стоматолог-терапевт;
- гигиенист.



Стоматологический дневной стационар – структурное подразделение медицинской организации; организуется для оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в медицинском наблюдении и лечении в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения; предусматривает наличие кабинетов врачей, оснащенных операционных и палат.

Данные Росстата

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

	2010	2020	2021	2022	2023
Численность врачей-стоматологов					
Всего, тысяч человек	60,6	65,9	68,0	68,9	70,4
на 10 000 человек населения	4,2	4,5	4,6	4,7	4,8

	2010	2020	2021	2022	2023
Численность зубных врачей (средний медицинский персонал)					
Всего, тысяч человек	22,2	14,5	13,6	13,2	12,8
на 10 000 человек населения	1,6	1,0	0,9	0,9	0,9

По профилю «Челюстно-лицевая хирургия» в 2021 году предусмотрены 3 460 коек для взрослых и 1 112 – для детей (0,31 на 10 000 человек населения).

Современная стоматология развивается в направлении интеграции различных стоматологических специальностей и смежных областей здравоохранения. Этот междисциплинарный подход необходим для удовлетворения сложных потребностей пациентов, повышения точности диагностики, планирования лечения.

16. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКО- ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ



Совершенствование государственной системы охраны материнства и детства, внедрение отечественных и международных научных достижений в практику внесли значительные изменения в организацию акушерско-гинекологической помощи в Российской Федерации.

В амбулаторном звене оказания акушерско-гинекологической помощи ведущая роль принадлежит женским консультациям, обеспечивающим охрану репродуктивного здоровья населения. В службе родовспоможения получили развитие перинатальные центры, медико-генетические консультации, центры планирования семьи и репродукции, другие типы учреждений.

- 1 Конституция Российской Федерации, статья 38
Материнство и детство, семья находятся под защитой государства.
- 2 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 52
Регламентированы права беременных женщин и матерей в сфере охраны здоровья:
 - материнство в Российской Федерации охраняется и поощряется государством;
 - каждая женщина в период беременности, во время родов и после родов обеспечивается медицинской

помощью в медицинских организациях в рамках программы госгарантий;

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

3

Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 56

Закреплены права женщин на искусственное прерывание беременности:

- каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при наличии информированного добровольного согласия;
- искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится при сроке беременности до 12 недель.

ОСНОВНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ,

регламентирующие организацию оказания медицинской помощи женщинам:



Приказ Минздрава России от 20.10.2020 №1130н

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология»

регулирует оказание медицинской помощи женщинам:

- в период беременности (в том числе с пороками развития у плода, с инфекционными и неинфекционными заболеваниями);
- в период родов и в послеродовом периоде;

- при неотложных состояниях;
- с гинекологическими заболеваниями;
- при искусственном прерывании беременности.



Приказ Минздрава России от 31.07.2020 №803н

Порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению

устанавливает правила использования вспомогательных репродуктивных технологий.

Акушерско-гинекологическая помощь оказывается в:

виде	форме	условиях
<ul style="list-style-type: none"> • первичной медико-санитарной помощи; • специализированной, в том числе ВМП; • скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи. 	<ul style="list-style-type: none"> • экстренной; • неотложной; • плановой. 	<ul style="list-style-type: none"> • амбулаторных; • дневного стационара; • стационарных.

Медицинская помощь по профилю «Акушерство и гинекология» оказывается в:

первичная специализированная медико-санитарная помощь	<ul style="list-style-type: none"> • амбулатории; • центре общей врачебной (семейной) практики; • многопрофильной поликлинике; • районной больнице;
---	---

- женской консультации;
- родильном доме;
- перинатальном центре.

специализированная медицинская помощь, включая ВМП

- республиканской, краевой, областной больницах;
- родильном доме;
- перинатальном центре;
- специализированной больнице;
- госпитале.

скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь

- родильном доме;
- перинатальном центре;
- республиканской, краевой, областной больницах;
- центре медицины катастроф.



Женская консультация – самостоятельная медицинская организация, структурное подразделение медицинской организации для оказания ПМСП по профилю «Акушерство и гинекология» в амбулаторных условиях.

Деятельность женской консультации строится по участковому принципу, что способствует преемственности в работе с врачом-терапевтом участковым и врачом-педиатром участковым.

Функции женской консультации:

- организация и проведение профилактических приемов;
- диспансерное наблюдение беременных женщин;
- обследование и лечение беременных женщин и пациентов с гинекологическими заболеваниями;

- дистанционные консультации при невозможности посещения пациентами женской консультации, патронаж на дому;
- консультирование по вопросам охраны и укреплению репродуктивного здоровья, профилактики абортов;
- внедрение современных диагностических и лечебных технологий;
- подготовка к беременности и родам;
- направление на санаторно-курортное лечение при наличии показаний;
- проведение клинко-экспертной оценки качества медицинской помощи женщинам;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности по беременности, родам, в связи с гинекологическими заболеваниями;
- медико-психологическая и социальная помощь;
- выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- информирование и повышение санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни;
- проведение анализа показателей работы женской консультации, эффективности и качества медицинской помощи, разработка предложений по их улучшению;
- повышение квалификации медицинских работников;
- участие в направлении женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности на медико-социальную экспертизу.

Женщину при наличии осложнений течения беременности направляют для лечения в акушерский стационар или гинекологическое отделение в зависимости от срока

беременности; при сочетании осложнений беременности и экстрагенитальных заболеваний – в отделение по профилю заболевания.

Критерии качества работы женской консультации:

- показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности;
- показатель ранней постановки на учет по беременности;
- доля женщин, вставших на учет по беременности из числа женщин, обратившихся для искусственного прерывания беременности;
- частота невынашивания и недонашивания беременности;
- отсутствие антенатальной гибели плода;
- отсутствие врожденных аномалий развития плода, не выявленных во время беременности;
- отсутствие разрывов матки вне стационара;
- несвоевременное направление в стационар беременных с преэклампсией, переносенной беременностью и другие.



Дневной стационар – структурное подразделение медицинской организации, оказывающее медицинскую помощь при лечении акушерской и гинекологической патологии, в том числе у несовершеннолетних, при использовании вспомогательных репродуктивных технологий, а также при искусственном прерывании беременности; в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.

Функции дневного стационара:

- оказание медицинской помощи больным по профилю «Акушерство и гинекология» в случаях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения;
- продолжение (завершение) курса лечения, назначенного в стационаре;
- восстановительное лечение пациентов, выписанных из стационара под наблюдение врача медицинской организации после оперативных вмешательств;
- проведение лечебных и диагностических мероприятий, требующих наблюдения в течение нескольких часов в условиях медицинской организации (в связи с проведением малых гинекологических операций, искусственным прерыванием беременности, при использовании вспомогательных репродуктивных технологий);
- формирование здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение среди женщин;
- внедрение в клиническую практику современных методов диагностики, лечения и реабилитации;
- организация и обеспечение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима;
- взаимодействие с другими лечебно-диагностическими подразделениями медицинской организации;
- ведение учетной и отчетной документации.

В дневной стационар направляются пациенты:

- с гинекологическими заболеваниями;
- в период беременности и послеродовом периоде;

- нуждающиеся в инвазивных манипуляциях, ежедневном наблюдении и выполнении медицинских процедур.

При наличии медицинских показаний пациент может быть направлен в круглосуточный стационар.



Родильный дом – самостоятельная медицинская организация, структурное подразделение медицинской организации для оказания медицинской помощи в период беременности, родов, в послеродовой период, а также медицинской помощи новорожденным.

Функции родильного дома:

- оказание акушерско-гинекологической помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, медицинской помощи новорожденным, а также женщинам с заболеваниями репродуктивной системы в стационарных условиях;
- внедрение современных перинатальных семейно-ориентированных технологий;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- организация и обеспечение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима;
- проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам и новорожденным;
- проведение анализа причин гинекологических заболеваний, акушерских и экстрагенитальных осложнений во время беременности у женщин; заболеваемости новорожденных;

- осуществление статистического мониторинга и анализа причин материнской и перинатальной смертности;
- обеспечение вакцинопрофилактики новорожденным, проведение неонатального и аудиологического скрининга;
- организация питания женщин и новорожденных в период их пребывания в родильном доме;
- взаимодействие с женской консультацией, не входящей в его состав, станцией (отделением) скорой медицинской помощи, поликлиникой, детской поликлиникой, а также с другими медицинскими организациями;
- организация повышения профессиональной квалификации медицинских работников;
- ведение учетной и отчетной документации.

Критерии качества работы акушерского стационара:

- показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности;
- частота нормальных родов;
- частота преждевременных родов;
- частота кесарева сечения;
- частота обезболивания в родах;
- частота осложненных родов;
- частота кровотечений в родах;
- частота послеродовых осложнений;
- частота родовой травмы новорожденных.



Перинатальный центр – самостоятельная медицинская организация или структурное подразделение медицинской организации для оказания медицинской помощи пациентам:

- в период беременности, родов, послеродовый период,
- по сохранению и восстановлению репродуктивной функции;
- оказания медицинской помощи новорожденным.

Функции перинатального центра:

- оказание консультативно-диагностической и лечебной помощи на основе использования современных профилактических и лечебно-диагностических технологий;
- участие в информационном взаимодействии в рамках интеграции медицинских информационных систем;
- участие в аналитическом сборе данных из подсистем ЕГИСЗ;
- организация оказания ВМП;
- мониторинг за состоянием пациентов, нуждающихся в интенсивной помощи, обеспечивает своевременное оказание медицинской помощи;
- плановый мониторинг и контроль маршрутизации пациентов;
- взаимодействие между медицинскими организациями;
- оказание дистанционных видов консультативной помощи;
- проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи;

- проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- оказание анестезиолого-реанимационной помощи;
- оказание хирургической помощи новорожденным;
- апробация и внедрение в деятельность медицинских организаций современных медицинских технологий;
- обеспечение системы реабилитационных мероприятий и восстановительной терапии;
- проведение организационно-методической работы по повышению профессиональной подготовки медицинских работников;
- осуществление статистического мониторинга;
- организация проведения информационных мероприятий.



Преимуществом деятельности перинатального центра является организация **второго этапа неонатальной помощи новорожденным**, что исключает их транспортировку.

Данные Росстата

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

	2000	2010	2021	2022	2023
Численность врачей акушеров-гинекологов					
Всего, тысяч человек	41,9	43,7	43,9	43,3	43,5
на 10 000 человек населения	5,4	5,7	5,6	5,5	5,6

	2000	2010	2021	2022	2023
Численность среднего медицинского персонала (акушерки)					
Всего, тысяч человек	76,7	64,9	49,4	48,2	48,5
на 10 000 человек населения	9,9	8,5	6,3	6,2	6,2

	2019	2020	2021	2022	2023
Число коек для беременных женщин, рожениц и родильниц, тыс.	58,9	50,8	50,7	52,3	50,3
Число женских консультаций, акушерско-гинекологических отделений (кабинетов), тыс.	20,0	20,9	19,9	19,8	20,1
Число фельдшерско-акушерских пунктов, тыс.	33,6	33,6	33,6	33,5	33,3

ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ УЧЕТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ:

Учетная форма №025/у

- Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

Учетная форма №025-1/у

- Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

Учетная форма №030/у

- Контрольная карта диспансерного наблюдения;

Учетная форма №111/у-20

- Индивидуальная медицинская карта беременной и родильницы;

Учетная форма №113/у-20

- Обменная карта беременной, роженицы и родильницы.



Приказ Минздрава России от 23.11.2021 №1089н

Условия и порядок формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листков нетрудоспособности в форме документа на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

Работающим женщинам независимо от стажа работы предоставляют отпуск по беременности и родам:

Беременность	Начало отпуска при сроке, недель	Продолжительность, календарных дней	
Одноплодная	30	140	70 до родов, 70 после родов
Многоплодная	28	194	84 до родов, 110 после родов

Беременность и роды являются важными событиями в жизни женщины и требуют специализированного ухода для обеспечения здоровья и безопасности матери и ребенка.

17. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ



Конституция Российской Федерации определяет государственную поддержку детства как один из главных приоритетов развития.

[Семейный кодекс Российской Федерации, статья 54](#)

Ребенком признается лицо, не достигшее возраста 18 лет (совершеннолетия).

[Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ](#)

1. Государство признает охрану здоровья детей как одно из важнейших и необходимых условий физического и психического развития детей.

2. Дети подлежат особой охране и имеют приоритетные права при оказании медицинской помощи.

3. Медицинские организации, общественные объединения и иные организации обязаны признавать и соблюдать права детей в сфере охраны здоровья.

4. Органы государственной власти создают и развивают:

- медицинские организации с благоприятными условиями для пребывания в них детей, в том числе детей-инвалидов и возможности пребывания с ними родителей и (или) иных членов семьи;
- социальную инфраструктуру, ориентированную на оздоровление и восстановление здоровья детей.

ОСНОВНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ,

регулирующие оказание педиатрической помощи:

1.	Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям	Приказ Минздрава России от 07.03.2018 №92н
2.	Порядок оказания педиатрической помощи	Приказ Минздрава России от 16.04.2012 №366н
3.	Положение об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья	Приказ от 31.05.2019 Минздрава России №345н, Минтруда России №372н
4.	Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях	Приказ Минздрава России от 05.11.2013 №822н
5.	Порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних	Приказ Минздрава России от 10.08.2017 №514н
6.	Порядок прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях	Приказ Минздрава России от 16.05.2019 №302н
7.	Порядок диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных	Приказ Минздрава России от 21.04.2022 №275н

(удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью

8. О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации

Приказ Минздрава России от 15.02.2013 №72н

9. Примерные положения об организациях отдыха детей и их оздоровления

Приказ Минобрнауки России от 13.07.2017 №656

10. Порядок информирования медицинскими организациями органов внутренних дел в случаях, установленных пунктом 5 части 4 статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ

Приказ Минздрава России от 24.06.2021 №664н



[Приказ Минздрава России от 20.10.2020 №1130н](#)

Порядок оказания педиатрической помощи

устанавливает правила оказания педиатрической помощи медицинскими организациями независимо от их организационно-правовой формы.

Виды, формы и условия оказания педиатрической помощи:

Виды	Формы	Условия
первичная медико-санитарная помощь	<ul style="list-style-type: none">• плановая;• неотложная.	<ul style="list-style-type: none">• амбулаторные (в том числе на дому);• дневной стационар.

Виды	Формы	Условия
скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь	<ul style="list-style-type: none"> экстренная; неотложная. 	<ul style="list-style-type: none"> вне медицинской организации; амбулаторные; стационарные.
специализированная, в том числе ВМП	<ul style="list-style-type: none"> плановая; неотложная; экстренная. 	<ul style="list-style-type: none"> дневной стационар; стационарные.
паллиативная медицинская помощь	<ul style="list-style-type: none"> плановая; неотложная. 	<ul style="list-style-type: none"> амбулаторные (в том числе на дому); дневной стационар; стационарные.

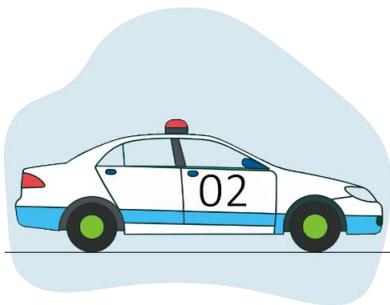
Медицинскую помощь детям оказывают (по видам):

Первичная специализированная медико-санитарная помощь	<ul style="list-style-type: none"> врач-педиатр участковый; ВОП (семейный врач); врачи-специалисты; фельдшер ФАП или ФП; средний медицинский персонал.
Специализированная медицинская помощь, включая ВМП	<ul style="list-style-type: none"> врач-педиатр; врачи-специалисты.
Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь	фельдшерские и врачебные выездные бригады СМП.
Паллиативная медицинская помощь	Прошедшие обучение по ПМП: <ul style="list-style-type: none"> врач-педиатр участковый; ВОП (семейный врач);

- врачи-специалисты;
- фельдшер;
- средний медицинский персонал.

Основные положения Порядка оказания педиатрической помощи:

- При наличии показаний врач-педиатр, врач общей практики, медицинский персонал образовательных организаций направляют детей к другим врачам-специалистам.
- В медицинских организациях могут создаваться отделения неотложной помощи для оказания ПМСП при внезапных острых заболеваниях (состояниях), не сопровождающихся угрозой жизни ребенка.
- При необходимости осуществляется медицинская эвакуация ребенка бригадой СМП (включая санитарно-авиационную и санитарную).
- При угрожающих жизни ребенка заболеваниях (состояниях) бригада СМП доставляет его в медицинскую организацию, имеющую в структуре отделение (блок) анестезиологии-реанимации с круглосуточным медицинским наблюдением и лечением детей.
- После устранения угрожающих жизни состояний ребенка переводят в педиатрическое отделение медицинской организации (при отсутствии – в терапевтическое).
- Медицинские манипуляции проводятся с обезболиванием, если их проведение может повлечь возникновение болевых ощущений у ребенка.



Медицинский работник обязан обеспечить информирование органов внутренних дел о поступлении пациента, если имеются основания полагать, что причинение вреда здоровью несовершеннолетнему возникло в результате противоправных действий.

ПМСП детям организована по территориально-участковому принципу:

- по месту жительства или учебы;
- предусматривает формирование участков.

Включает мероприятия по:

- профилактике;
- диагностике;
- лечению заболеваний и состояний;
- медицинской реабилитации;
- формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний и санитарно-гигиеническому просвещению.

Рекомендуемая численность прикрепленного населения¹³:



¹³ В районах Крайнего Севера и в местностях с тяжелыми климато-географическими условиями участки могут быть сформированы с меньшей численностью прикрепленных детей с сохранением штатных должностей в полном объеме.

В малочисленных населенных пунктах ПМСП детям может оказываться в офисах ВОП (семейных врачей).

Медицинские организации, оказывающие ПМСП детям:

- 1
 - поликлиники;
 - поликлинические отделения при ЦРБ и районных больницах;
- 2
 - самостоятельные детские поликлиники;
 - поликлинические отделения в составе городских поликлиник, в том числе детских больниц и ЦРБ, исполняющих функции межрайонных центров;
- 3
 - самостоятельные консультативно-диагностические центры (КДЦ) для детей;
 - КДЦ и детские поликлиники (отделения) в структуре республиканских, краевых, областных, окружных, городских больниц.

Детская городская поликлиника является ведущим учреждением по оказанию медицинской помощи детям в возрасте до 18 лет.



Детская поликлиника – самостоятельная медицинская организация или структурное подразделение детской областной (краевой, республиканской, окружной) больницы и ЦРБ.



Детское поликлиническое отделение – структурное подразделение медицинской организации для оказания медицинской помощи детям.

Основные функции поликлиники (отделения):

- оказание ПМСП;
- осуществление патронажа новорожденных и детей первого года жизни;
- проведение неонатального скрининга новорожденным и детям первого года жизни;
- обеспечение передачи информации о новорожденных и детях первого года жизни с подозрением на наличие нарушения слуха в сурдологический центр и направление в центр реабилитации слуха для проведения уточняющей диагностики;
- проведение диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;
- проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- проведение профилактических медицинских осмотров детей, в том числе обучающихся в образовательных организациях;
- проведение 3 этапа медицинской реабилитации в отделении медицинской реабилитации с использованием возможностей структурных подразделений детской поликлиники: (отделение (кабинет) лечебной физкультуры, кабинета массажа, физиотерапевтическое отделение (кабинет) и другие;
- направление при наличии медицинских показаний к врачам-специалистам для оказания специализированной медицинской помощи;

- организация диагностической и лечебной работы на дому;
- диспансерное наблюдение за детьми с хроническими заболеваниями, детьми-инвалидами, состоящими на диспансерном учете и выполнения индивидуальных программ по медицинской реабилитации;
- работа по охране репродуктивного здоровья детей;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности и направление детей на медико-социальную экспертизу при наличии показаний;
- осуществление медико-социальной и психологической помощи детям и семьям, имеющим детей;
- организация медико-социальной подготовки детей к поступлению в образовательные организации и другие.

В структуре поликлиники (отделения) предусматривают:

- информационно-аналитическое отделение;
- профилактическое отделение;
- консультативно-диагностическое отделение;
- помещение для проведения консультаций и (или) участия в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий;
- административно-хозяйственное отделение.

В настоящее время происходит реорганизация детских поликлиник в отделения городских поликлиник, оказывающих медицинскую помощь всему населению.

ОКАЗАНИЕ ПМСП ДЕТЯМ ВОЗМОЖНО НА ДОМУ

с острыми, хроническими заболеваниями и их обострениями:

- при вызове медицинского работника родителями (законными представителями);
- по рекомендации выездных бригад скорой или неотложной медицинской помощи.

Профилактика является одной из функций детской поликлиники.

[Приказ Минздрава России от 10.08.2017 №514н](#)

Профилактические медицинские осмотры проводятся:

- в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних и их родителей или иных законных представителей;
- в год достижения несовершеннолетними возраста 18 лет;
- при подписании информированного добровольного согласия;
- согласно перечню исследований и осмотру врачами-специалистами.

УЧЕТНАЯ ФОРМА МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

[№030/ПО/у-17](#)

**Карта профилактического медицинского осмотра
несовершеннолетнего**

Заполняется на каждого несовершеннолетнего ребенка старше 1 года 6 месяцев и включает:

- оценку физического, психического и полового развития;
- состояние здоровья по результатам проведения профилактического медицинского осмотра;
- группу здоровья и медицинскую группу для занятий физкультурой.

Врач определяет группу здоровья на основании результатов профилактического осмотра в соответствии с Правилами комплексной оценки состояния здоровья несовершеннолетних.

Характеристика групп здоровья несовершеннолетних:

- 1
 - здоровые;
 - имеют нормальное физическое и психическое развитие;
 - не имеют анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных нарушений;
- 2
 - отсутствуют хронические заболевания (состояния), но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения;
 - реконвалесценты, особенно перенесшие инфекционные заболевания тяжелой и средней степени тяжести;
 - с общей задержкой физического развития в отсутствие заболеваний эндокринной системы (низкий рост, отставание по уровню биологического

развития), с дефицитом массы тела или избыточной массой тела;

- часто и (или) длительно болеющие респираторными заболеваниями;
- с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности функций органов и систем организма;

3

- страдающие хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциями органов и систем организма, при отсутствии осложнений основного заболевания (состояния);
- с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации функций органов и систем организма, степень которой не ограничивает возможность обучения или труда;

4

- страдающие хроническими заболеваниями (состояниями) в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциями органов и систем организма либо неполной компенсацией функций;
- с хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии ремиссии, с нарушениями функций органов и систем организма, требующими назначения поддерживающего лечения;
- с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией функций органов и систем организма, повлекшими ограничения возможности обучения или труда;

- 5
- страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями (состояниями) с редкими клиническими ремиссиями, частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, выраженной декомпенсацией функций органов и систем организма, наличием осложнений, требующими назначения постоянного лечения;
 - с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением функций органов и систем организма и значительным ограничением возможности обучения или труда.

Важным направлением в оказании ПМСП детям, в сохранении и укреплении здоровья является диспансерное наблюдение.



[Приказ Минздрава России от 16.05.2019 №302н](#)

Диспансерное наблюдение – проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями;

в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц.

Диспансерный учет осуществляют:

- врач-педиатр (участковый);
- ВОП (семейный врач);
- врач-специалист по профилю заболевания;
- фельдшер ФАП или ФП.

Функции врача:

- учет несовершеннолетних;
- информирование о порядке, объеме и периодичности диспансерного наблюдения;
- **организация и осуществление диспансерных приемов**, обследования и иных мероприятий, в том числе на дому (в связи с невозможностью посещения медицинской организации с учетом тяжести заболевания несовершеннолетнего).

УЧЕТНАЯ ФОРМА МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

№030/у

Контрольная карта диспансерного наблюдения

- формируется врачом или медицинским работником со средним медицинским образованием в виде электронного документа с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи врача;
- заполняется на каждое заболевание, по поводу которого проводится диспансерное наблюдение.

Основания для прекращения диспансерного наблюдения:

- Выздоровление или достижение стойкой компенсации физиологических функций после перенесенного острого заболевания.
- Достижение стойкой компенсации физиологических функций или стойкой ремиссии хронического заболевания (состояния).

- Устранение (коррекция) основных факторов риска и снижение степени риска развития хронических неинфекционных заболеваний и их осложнений до умеренного или низкого уровня.

Решение о постановке на диспансерный учет и его прекращении оформляется записью в амбулаторной карте ребенка (учетная форма №025/у).

При оказании детям специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП, в организационной структуре медицинской организации предусматривают:

- приемное отделение;
- профильные лечебные отделения;
- параклинические службы (диагностические отделения, лаборатории, аптека и другие);
- административную и хозяйственную части.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА

1

Приемное отделение детского стационара должно иметь боксы (3-4% от общего числа коек).

Индивидуальные боксы Мельцер-Соколова («мельцеровские») представляют собой комплекс помещений для пациентов со смешанной инфекцией, неясным диагнозом или особо опасными заболеваниями, и включают:

- наружный тамбур с предбоксником для госпитализации;
- палату с санитарным узлом;
- шлюз для персонала, связывающий палату бокса с больничным коридором.

2

Палаты в отделениях стационара заполняются по возрасту и профилю заболеваний.

В зависимости от возраста пациентов палаты могут быть для:

- недоношенных;
- новорожденных;
- детей грудного возраста;
- младшего возраста;
- старшего возраста.

3

Письмо Минпросвещения России №ТВ-1693/03,
Минздрава России №1/и/2-15398 от 24.08.2023

Режим дня с учетом учебно-воспитательного процесса, анатомо-физиологических и возрастных особенностей детей, а не только лечебных, оздоровительных и санитарно-гигиенических мероприятий.

Детям, нуждающимся в длительном лечении (более 21 дня), образовательная организация разрабатывает индивидуальный учебный план и обеспечивает образовательный процесс в:

- образовательной организации (по месту жительства, госпитальных школах);
- вне образовательной организации (на дому, в медицинской организации, самообразование);
- осуществляет выбор наиболее подходящего содержания, эффективных форм и условий обучения для детей, нуждающихся в длительном лечении или реабилитации.

4

Родители (законные представители) вправе находиться с ребенком¹⁴ при оказании ему медицинской помощи в дневном или круглосуточном стационаре в течение всего срока лечения (а также в поликлинике и машине скорой медицинской помощи) и имеют право на бесплатное спальное место и питание, если:

- ребенку менее 4 лет;
- ребенку больше 4 лет (при наличии медицинских показаний);
- детей-инвалидов в возрасте до 18 лет.

¹⁴ Правила поведения и условия для совместного пребывания определяются локальным нормативным актом медицинской организации.

18. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ



По данным Росстата, доля сельского населения в Российской Федерации составляет примерно 25% от общей численности населения страны.

Характер расселения сельского населения различается по природным зонам в зависимости от условий хозяйственной деятельности, традиций и обычаев. Несмотря на рост агропромышленного комплекса Российской Федерации, уровень и качество жизни сельского населения в целом отстают от уровня жизни в городах.

[Распоряжение Правительства Российской Федерации от 02.02.2015 №151-р](#)

Распоряжением Правительства Российской Федерации утверждена Стратегия устойчивого развития сельских территорий Российской Федерации на период до 2030 года, направленная на создание условий для обеспечения стабильного повышения качества и уровня жизни сельского населения, а также определены задачи в области улучшения оказания медицинской помощи.

При организации оказания медицинской помощи сельскому населению учитывают множество факторов:

- низкую плотность населения;
- большое расстояние между населенными пунктами;
- плохое качество, а зачастую, отсутствие твердого дорожного покрытия;
- специфику сельскохозяйственного труда – сезонный характер работ;

- контакт с сельскохозяйственными животными и другие.

Главной особенностью оказания медицинской помощи сельскому населению является этапность.

Выделяют 3 этапа:

1. Сельский врачебный участок:
 - фельдшерский пункт;
 - ФАП;
 - врачебная амбулатория;
 - участковая больница.
2. Районные и межрайонные медицинские организации.
3. Областные (краевые, республиканские) медицинские организации.

1 этап Оказывается первичная медико-санитарная помощь и паллиативная медицинская помощь.

Организация оказания ПМСП зависит от численности жителей населенных пунктов:

Число жителей, человек	Медицинская организация	Расстояние до ближайшей медицинской организации
Менее 100	Мобильные медицинские бригады, в том числе посредством выездных форм работы, не реже 2 раз в год (при отсутствии медицинских организаций)	
	Выездные формы работы	Не превышает 6 км
100-300	Фельдшерский пункт, фельдшерский здравпункт, ФАП	Более 6 км

Число жителей, человек	Медицинская организация	Расстояние до ближайшей медицинской организации
301-1000	Фельдшерский пункт, фельдшерский здравпункт, ФАП	Независимо от расстояния в случае отсутствия других медицинских организаций
	ФАП	Не превышает 6 км
1001-2000	Центры (отделения) общей врачебной практики (семейной медицины), Врачебная амбулатория	Более 6 км

В целях обеспечения доступности ПМСП в зависимости от конкретных условий могут формироваться постоянно действующие мобильные медицинские бригады, состав которых определяется руководителем медицинской организации.



Приказ Минздрава России от 14.04.2025 №202н

Фельдшерско-акушерский пункт – структурное подразделение медицинской организации, организуется для оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи и паллиативной медицинской помощи населению в сельских населенных пунктах.

Доврачебную медицинскую помощь в ФАП оказывают работники со средним медицинским образованием:

- фельдшер (заведующий);
- акушерка;
- медицинская сестра.

Обслуживание населения осуществляется по участковому принципу.

Рекомендуемая численность прикрепленного населения на фельдшерском участке¹⁵:



Для организации работы в ФАП предусматривают:

- процедурную;
- комнаты временного пребывания пациента и экстренного приема родов;
- обеспечение транспортным средством (1 транспортное средство на 1300 человек);
- инструкции и необходимое оснащение для оказания неотложной медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях/заболеваниях.

Основные задачи ФАП:

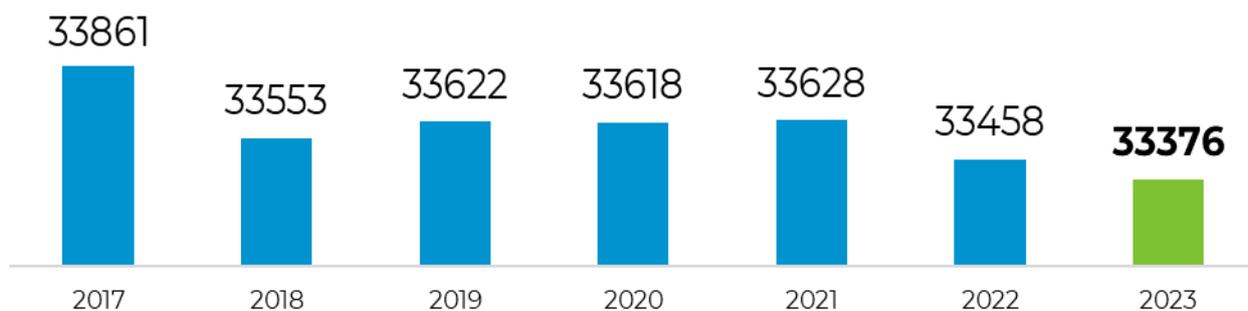
- диагностика и лечение неосложненных острых заболеваний, хронических заболеваний и их обострений, других состояний, травм, отравлений по назначению врача;
- направление больных к участковому врачу с целью коррекции лечения и плана диспансерного наблюдения;
- оказание паллиативной помощи больным, нуждающимся в наркотических и сильнодействующих лекарственных средствах в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов;
- организация патронажа детей и беременных женщин;
- осуществление мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства;

¹⁵ В малочисленных районах, в районах с тяжелыми климатическими условиями численность участка может быть изменена.

- проведение профилактических и лечебных мероприятий;
- участие в проведении периодических медицинских осмотров работников;
- проведение санитарно-просветительской работы;
- осуществление мероприятий по формированию здорового образа жизни;
- обеспечение своевременной госпитализации при наличии медицинских показаний, а также медицинской эвакуации рожениц и родильниц в родильное отделение;
- устранение угрожающих жизни состояний с последующей организацией медицинской эвакуации;
- выявление больных инфекционным заболеванием, контактных с ними лиц;
- извещение в установленном порядке центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
- реализация лекарственных средств и медицинских изделий в случае отсутствия аптечных организаций, обеспечение рецептами на лекарственные средства для амбулаторного лечения граждан;
- экспертиза временной нетрудоспособности и другие.

[Данные Росстата](#)

Число ФАП в Российской Федерации в 2017 – 2023 годах:



В населенных пунктах с числом жителей более 2000 человек для оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи организуются врачебные амбулатории вне зависимости от расстояния до ближайшей медицинской организации.



[Приказ Минздрава России от 14.04.2025 №202н](#)

Врачебная амбулатория – самостоятельная медицинская организация или структурное подразделение медицинской организации, организуется для оказания первичной медико-санитарной помощи населению по сменному графику (в течение всего дня, а в неотложной форме – также в выходные и праздничные дни).

Медицинскую помощь оказывают:

- врач-терапевт участковый;
- медицинская сестра;
- врач-хирург;
- врач акушер-гинеколог;
- акушерка;
- медицинская сестра процедурной;
- санитар;
- сестра-хозяйка.

Количество штатных единиц по должностям зависит от численности прикрепленного населения.

Структура врачебной амбулатории:

- регистратура;

- процедурная;
- кабинеты врачей;
- клиническая и биохимическая лаборатория;
- кабинет медицинской профилактики и другие.

Также могут быть организованы кабинеты доврачебной помощи, неотложной помощи, дневной стационар, в том числе стационар на дому.

Основные задачи врачебной амбулатории:

- диагностика и лечение острых заболеваний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений; диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями;
- оказание неотложной медицинской помощи пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний;
- посещение пациента с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения необходимого обследования и (или) лечения;
- осуществление мероприятий по формированию здорового образа жизни;
- направление пациентов в медицинские организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной, специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП;
- осуществление мероприятий по медицинской профилактике, деятельности школ здоровья для больных с социально значимыми неинфекционными заболеваниями.

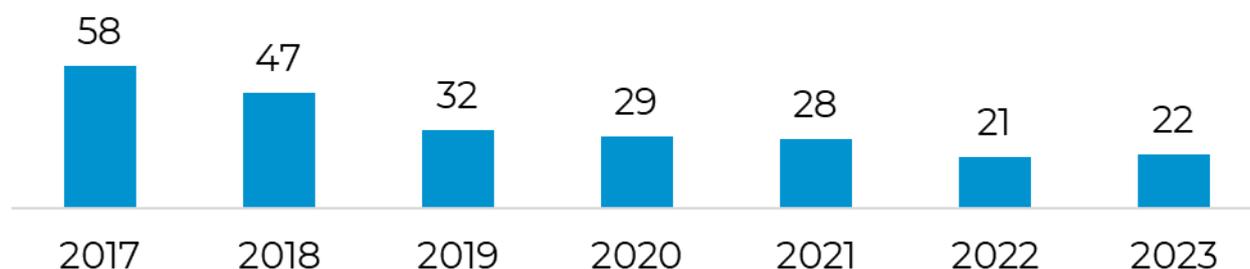


Участковая больница – ведущая медицинская организация первого этапа, которая может иметь в составе стационар и амбулаторию. Основной задачей является оказание населению ПМСП амбулаторно и в условиях дневного стационара.

Виды и объем медицинской помощи, ее мощность, оснащение, укомплектованность медицинскими кадрами зависят от профиля и мощности других медицинских организаций, входящих в систему здравоохранения муниципального района (сельского поселения).

[Данные Росстата](#)

Число участковых больниц в Российской Федерации в 2017 – 2023 годах:



2 этап Главным учреждением является ЦРБ.



[Приказ Минздрава России от 14.04.2025 №202н](#)

Центральная районная больница – самостоятельная медицинская организация, которая оказывает ПМСП и основные виды специализированной медицинской помощи, а также выполняет функции органа управления здравоохранением в муниципальном районе.

Мощность ЦРБ зависит от численности населения, структуры и уровня заболеваемости, иных медико-организационных факторов.

В структуре ЦРБ предусмотрены:

Поликлиника оказывает ПМСП по направлениям от ФАП, амбулаторий, участковых больниц, центров общей врачебной практики (семейной медицины).

Специализированные отделения

- терапевтическое;
- хирургическое с травматологией;
- педиатрическое;
- инфекционное;
- акушерско-гинекологическое (если в районе нет родильного дома) и другие.

Для повышения доступности специализированной медицинской помощи создаются межрайонные медицинские центры. Функции таких центров выполняют крупные ЦРБ, способные обеспечить население ближайших районов недостающими видами специализированной медицинской помощи.

3 этап Оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь.



Областная (краевая, республиканская) больница – крупное многопрофильное учреждение здравоохранения, которое оказывает медицинскую помощь всем жителям субъекта Российской Федерации; является центром организационно-методического

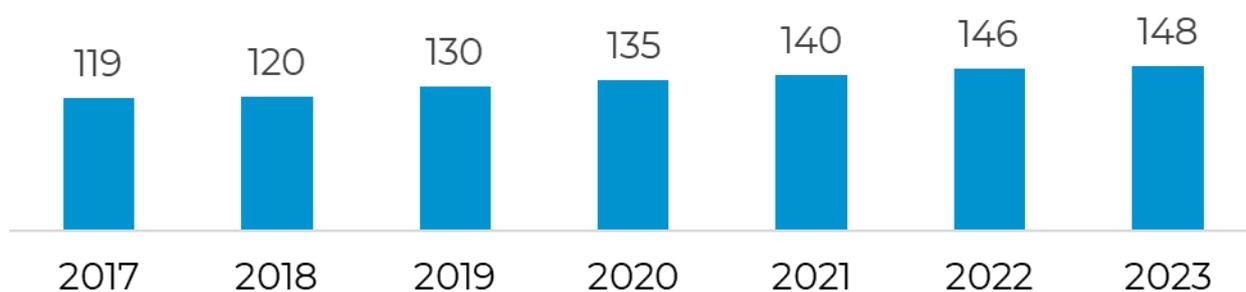
руководства медицинскими организациями, размещенными на территории области (края, республики).

В структуру областной больницы входят:

- колл-центр;
- консультативно-диагностическое отделение (центр, поликлиника);
- специализированные отделения по профилям заболеваний;
- отделение экстренной и планово-консультативной помощи, включая дистанционный консультативный центр анестезиологии-реаниматологии.

[Данные Росстата](#)

Число областных больниц в Российской Федерации в 2017 – 2023 годах:



[Постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 №1640](#)

С 2012 года в Российской Федерации действует программа «Земский доктор». Она предназначена для поддержки молодых специалистов здравоохранения и подразумевает единовременные выплаты врачам, фельдшерам, акушеркам, медсестрам, которые переехали в сельскую местность.

[Приказ Минздрава России от 05.02.2024 №35н](#)

В 2024 году расширился перечень должностей медицинских работников, которые могут участвовать в данной программе.

Этапы	1 этап			2 этап	3 этап
Наименование медицинской организации	ФАП	Врачебная амбулатория	Участковая больница	ЦРБ	Областная больница
Численность обслуживаемого населения	100 - 2000	2 000 - 10 000	5 000 - 20 000	20 000 - 100 000	не менее 1 в субъекте Российской Федерации
Руководитель медицинской организации	Заведующий (фельдшер)	Заведующий (врач)	Главный врач	Главный врач	Главный врач

Этапы	1 этап			2 этап	3 этап
Наименование медицинской организации	ФАП	Врачебная амбулатория	Участковая больница	ЦРБ	Областная больница
Вид медицинской помощи	<ul style="list-style-type: none"> • ПМСП (доврачебная) • Паллиативная 	<ul style="list-style-type: none"> • ПМСП (врачебная) 	<ul style="list-style-type: none"> • ПМСП 	<ul style="list-style-type: none"> • ПМСП • Специализированная 	<ul style="list-style-type: none"> • ПМСП • Специализированная, ВМП
Условия оказания медицинской помощи	<ul style="list-style-type: none"> • Вне МО • Амбулаторные 	<ul style="list-style-type: none"> • Вне МО • Амбулаторные • Дневной стационар 	<ul style="list-style-type: none"> • Дневной стационар • Стационарные 	<ul style="list-style-type: none"> • Дневной стационар • Стационарные 	<ul style="list-style-type: none"> • Дневной стационар • Стационарные
Формы оказания медицинской помощи	<ul style="list-style-type: none"> • Неотложная • Плановая 	<ul style="list-style-type: none"> • Неотложная • Плановая 	<ul style="list-style-type: none"> • Неотложная • Плановая 	<ul style="list-style-type: none"> • Экстренная • Неотложная • Плановая 	<ul style="list-style-type: none"> • Экстренная • Неотложная • Плановая

19. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ



Медицинская реабилитация тесно связана с другими видами реабилитации: физической, психологической, трудовой, социальной, экономической. Ее задачами являются сохранение и восстановление качества жизни и работоспособности человека после тяжелого заболевания, травмы или операции, его интеграция в общество, а также профилактика инвалидности.

Потребность в реабилитации может возникнуть у любого человека в случае травмы, хирургического вмешательства или различных нарушений здоровья.

По данным ВОЗ:

- около 35% населения планеты страдают заболеваниями, при которых показана реабилитация;
- показатель распространенности неинфекционных заболеваний за последние 10 лет увеличился на 18%;
- по прогнозам к 2050 году доля лиц старше 60 лет увеличится вдвое и возрастет потребность в реабилитационных мероприятиях;
- во всем мире существует значительная неудовлетворенная потребность в реабилитации;
- тенденции к увеличению потребности в реабилитации прослеживаются и в Российской Федерации.



ВОЗ

Реабилитация – комплекс мероприятий, целью которого является профилактика инвалидности или ее снижение в период лечения заболевания и помощь пациентам в достижении максимальной физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности, на которую они способны в рамках имеющегося заболевания.

Основной целью реабилитации является помощь по восстановлению функциональных возможностей и смягчение неблагоприятных последствий разных патологических состояний, что позволит человеку стать более самостоятельным в повседневной жизни и выполнять социальные функции.

В реабилитации задействованы различные специалисты:

- врачи-реабилитологи;
- врачи-специалисты различного профиля;
- логопеды;
- клинические психологи;
- средний медицинский персонал;
- протезисты, ортотисты и другие.

Реабилитационные мероприятия проводятся как в медицинских организациях (в условиях стационара, амбулаторно), так и на дому, по месту работы и так далее.



[Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 40](#)

Медицинская реабилитация – комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленный на:

- полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма;

- поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме;
- предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма;
- предупреждение и снижение степени возможной инвалидности;
- улучшение качества жизни;
- сохранение работоспособности пациента;
- его социальную интеграцию в общество.

Цель медицинской реабилитации:

- снижение показателей смертности, уровня и степени инвалидизации;
- увеличение продолжительности активного периода жизни населения Российской Федерации.

Медицинская реабилитация как дифференцированная этапная система лечебно-профилактических мероприятий призвана:

- **восстанавливать и поддерживать уровень здоровья** людей, имеющих обратимые функциональные нарушения и расстройства;
- **формировать и поддерживать компенсацию** нарушенных функций у пациентов с необратимыми морфологическими изменениями в тканях и органах;
- **проводить вторичную профилактику** заболеваний и их осложнений, устранять рецидивы.

Согласно данным Росстата, в Российской Федерации:

Около **8%** населения

относят к категории лиц с инвалидностью, в том числе дети с инвалидностью.

4520 врачей

осуществляют комплекс реабилитационных мероприятий для данной категории пациентов.



Федеральный закон от 24.11.1995 №181-ФЗ

Реабилитация инвалидов – система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.



Федеральный закон от 24.11.1995 №181-ФЗ

Абилитация инвалидов – система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Направления реабилитации и абилитации инвалидов:

- медицинская реабилитация;
- реконструктивная хирургия;
- протезирование и ортезирование;
- санаторно-курортное лечение;
- социально-средовая, социально-педагогическая, социально-психологическая и социокультурная реабилитация;
- социально-бытовая адаптация;
- профессиональная ориентация;
- общее и профессиональное образование;
- содействие в трудоустройстве;

- производственная адаптация;
- физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Федеральный перечень реабилитационных мероприятий включает:

- восстановительную терапию;
- реконструктивную хирургию;
- санаторно-курортное лечение, предоставляемое при оказании государственной социальной помощи;
- протезирование и ортезирование, предоставление слуховых аппаратов;
- обеспечение профессиональной ориентации инвалидов.

Для проведения реабилитационных мероприятий медицинская организация должна иметь лицензию на медицинскую деятельность с указанием соответствующих работ (услуг).



[Постановление Правительства Российской Федерации от 29.03.2019 №363](#)

Государственная программа «Доступная среда» направлена на реализацию комплексных мер по обеспечению доступности:

- образования;
- к объектам транспортной и социальной инфраструктуры;
- реабилитационных и абилитационных мероприятий и других.



Приказ Минздрава России от 31.07.2020 №788н

Медицинская реабилитация выполняется

мультидисциплинарной реабилитационной командой
(МДРК)

Руководит работой МДРК врач физической и реабилитационной медицины, квалификация которого соответствует требованиям профстандарта «Специалист по медицинской реабилитации».

Состав МДРК формируется в соответствии с индивидуальным планом медицинской реабилитации пациента.

В состав МДРК могут входить:

- врач по физической и реабилитационной медицине/врач по медицинской реабилитации;
- специалист по физической реабилитации;
- специалист по эргореабилитации;
- медицинский психолог/врач-психотерапевт;
- логопед;
- медицинская сестра по медицинской реабилитации;
- медицинская сестра палатная.

Маршрутизация пациентов в процессе медицинской реабилитации осуществляется на основании интегрального показателя – шкалы реабилитационной маршрутизации (ШРМ)¹⁶.

¹⁶ Оценка жизнедеятельности пациента по ШРМ проводится коллегиально МРДК

Шкала реабилитационной маршрутизации:

Баллы	Описание статуса при заболеваниях или состояниях: <ul style="list-style-type: none">• центральной нервной системы;• опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы;• соматических заболеваниях.
0	Отсутствие нарушений функционирования и ограничения жизнедеятельности. Функции, структуры организма сохранены полностью.
1	Отсутствие проявлений нарушений функционирования и ограничения жизнедеятельности при наличии симптомов заболевания.
2	Легкое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности.
3	Умеренное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности.
4	Выраженное нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности.
5	Грубое нарушение функционирования и ограничение жизнедеятельности.
6	Нарушение жизнедеятельности крайней степени тяжести.

Медицинская реабилитация осуществляется в три этапа:

1 этап Рекомендуется осуществлять в структурных подразделениях медицинской организации, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях по профилям:

- анестезиология и реаниматология;
- неврология;
- травматология и ортопедия;
- сердечно-сосудистая хирургия;
- кардиология;
- терапия;
- онкология;
- нейрохирургия;
- пульмонология.

Мероприятия по медицинской реабилитации на первом этапе должны быть начаты в острейший (до 72 часов) и острый периоды течения заболевания, при неотложных состояниях, состояниях после оперативных вмешательств (в раннем послеоперационном периоде), хронических критических состояниях и осуществляются ежедневно, продолжительностью не менее 1 часа, но не более 3 часов.

2 этап Осуществляется при оказании специализированной медицинской помощи, включая ВМП, в стационарных условиях в отделениях медицинской реабилитации пациентов с:

- нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы, центральной нервной системы;

- соматическими заболеваниями в медицинских организациях, в том числе в центрах медицинской реабилитации, санаторно-курортных организациях.

Мероприятия должны быть начаты в острый и ранний восстановительный периоды течения заболевания или травмы и период остаточных явлений течения заболевания и осуществляются ежедневно, продолжительностью не менее 3 часов.

3 этап Осуществляется при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара: амбулаторном отделении медицинской реабилитации; отделении медицинской реабилитации дневного стационара; центра медицинской реабилитации; санаторно-курортной организации.

Мероприятия по медицинской реабилитации осуществляются не реже чем один раз каждые 48 часов, продолжительностью не менее 3 часов.



Неотъемлемой частью медицинской реабилитации является долговременный уход.



ВОЗ

Долговременный уход – система мероприятий, которые осуществляются неформальными помощниками (членами семьи, друзьями и/или соседями), ухаживающими за больными, и/или

работниками здравоохранения и социальных служб, и направлены на то, чтобы обеспечить человеку с ограниченными возможностями в отношении ухода за собой как можно более высокое качество жизни в соответствии с его предпочтениями, сохраняя в возможно большей степени его самостоятельность, независимость, способность участвовать в происходящем, самореализацию и человеческое достоинство.

В Российской Федерации на данном этапе система долговременного ухода характеризуется сложностью и некоторыми проблемами в ее реализации.

Согласно указу Президента Российской Федерации от 07.05.2024 №309 к 2030 году планируется увеличить численность граждан пожилого возраста и инвалидов, получающих услуги долговременного ухода, не менее чем до 500 тыс. человек из числа наиболее нуждающихся в таких услугах.

Система долговременного ухода включает:

- выявление реальной потребности в уходе и создание реестра нуждающихся в помощи;
- подготовку квалифицированных кадров;
- маршрутизацию нуждающихся, стандартизацию ухода;
- инфраструктуру (учреждения и прочее);
- организацию взаимодействия вовлеченных ведомств;
- домашний уход и поддержку семей.

Создание системы долговременного ухода позволяет увеличить продолжительность жизни, сократить количество госпитализаций, создает дополнительные возможности для реабилитации, что в целом снижает нагрузку для системы здравоохранения.

20. ЭКСПЕРТИЗА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ



Проведение медицинских экспертиз является составной частью медицинской деятельности. Врачи различных специальностей проводят оценку трудоспособности пациента (ее степени, характере и длительности), наступившей вследствие заболевания, травмы и прочих причин.



Медицинская экспертиза – исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях:

- определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность;
- установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина.

[Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статьи 58-59](#)

В Российской Федерации проводятся следующие виды медицинских экспертиз:

1. Экспертиза временной нетрудоспособности (ЭВН).
2. Медико-социальная экспертиза (МСЭ).
3. Военно-врачебная экспертиза.
4. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы.

5. Экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией.
6. Экспертиза качества медицинской помощи.

Экспертиза временной нетрудоспособности проводится в целях:

- определения способности работника осуществлять трудовую деятельность;
- определения необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу;
- принятия решения о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу.



Временная нетрудоспособность – состояние организма человека, при котором нарушения его функций сопровождаются невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение ограниченного промежутка времени, то есть носит обратимый характер.

Общие принципы ЭВН:

- государственный характер;
- профилактическое направление;
- научно-обоснованный подход к определению степени и длительности утраты трудоспособности;
- постоянный врачебный контроль за состоянием здоровья нетрудоспособного;
- коллегиальность.



Приказ Минздрава России от 23.11.2021 №1089н

Условия и порядок формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листков нетрудоспособности в форме документа на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

Функции листка нетрудоспособности (ЛН):

- юридическая – освобождение от работы в случае временной нетрудоспособности;
- финансовая – начисление пособия по временной нетрудоспособности.

При формировании ЛН причина нетрудоспособности указывается двузначным кодом:

Первоначальная причина обращения к врачу

Код	Расшифровка
01	Заболевание, в том числе профзаболевание и его обострение
02	Травма, в том числе несчастный случай на производстве или его последствия
03	Карантин
05	Отпуск по беременности и родам
06	Протезирование в стационаре
08	Лечение в санаторно-курортной организации

- 10 Иное состояние (отравление, проведение манипуляций и другие)
- 11 Заболевание, указанное в пункте 1 Перечня социально значимых заболеваний, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 №715
- 12 В случае наличия у ребенка заболевания в возрасте до 7 лет¹⁷
- 13 ребенок-инвалид
- 14 проставляется только при согласии гражданина
В случае болезни, связанной с поствакцинальным осложнением или злокачественными новообразованиями у ребенка
- 15 проставляется только при согласии гражданина
ВИЧ-инфицированный ребенок



С 01.01.2022 выдача листков нетрудоспособности осуществляется в форме
**ЭЛЕКТРОННОГО ЛИСТКА
НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**
LK.SFR.GOV.RU

Граждане, имеющие подтвержденную учетную запись на портале Госуслуг, получают информационные сообщения об ЭЛН в личном кабинете.

¹⁷ за весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации – не более чем за 60 календарных дней в календарном году;
в случае заболевания ребенка, включенного в перечень заболеваний (Приказ Минздравсоцразвития России от 20.02.2008 №84н) – не более чем за 90 календарных дней в календарном году)

ПРИЧИНЫ И СРОКИ ФОРМИРОВАНИЯ ЛН:

Причина	ЛН формирует и продлевает	Сроки
При амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности	лечащий врач единолично	до 15 календарных дней включительно
	врачебная комиссия (ВК)	свыше 15 календарных дней ¹⁸
	фельдшер или зубной врач	до 10 календарных дней включительно
По уходу за взрослым (старше 15 лет) больным членом семьи в амбулаторных условиях	лечащий врач	до 7 календарных дней включительно
По уходу за ребенком (до 15 лет ¹⁹) в амбулаторных и стационарных условиях любому члену семьи	<ul style="list-style-type: none"> • лечащий врач • ВК 	на весь срок болезни

¹⁸ При неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе – максимально 4 месяца; при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе – не более 10 месяцев; в отдельных случаях (туберкулез) – не более 12 месяцев.

¹⁹ **До 18 лет в случае ухода за больным ребенком:**

- инвалидом,
- являющимся ВИЧ-инфицированным,
- при его болезни, связанной с поствакцинальным осложнением

Причина	ЛН формирует и продлевает	Сроки
Карантин	<ul style="list-style-type: none"> • врач-инфекционист • лечащий врач • фельдшер 	на весь период изоляции
Беременность (одноплодная) и роды ²⁰	<ul style="list-style-type: none"> • врач акушер-гинеколог • ВОП (семейный врач) (при отсутствии врача акушера-гинеколога) 	в 30 недель беременности единовременно продолжительностью 140 календарных дней
Беременность (многоплодная) и роды ²⁰	<ul style="list-style-type: none"> • фельдшер (при отсутствии врача ВОП) 	в 28 недель беременности единовременно продолжительностью 194 календарных дней

²⁰ При осложненных родах ЛН – дополнительно на 16 календарных дней (156 календарных дней).

При родах, наступивших с 22 до 30 недели беременности, ЛН выдается медицинской организацией, где произошли роды.

При прерывании беременности при сроке до 21 полных недель беременности ЛН выдается на весь период нетрудоспособности (но не менее, чем 3 дня).

Не наделены правом формировать ЛН медицинские работники:

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

В медицинских организациях в соответствии со статьей 48 ч. 1, 2 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ создаются врачебные комиссии.



Врачебная комиссия состоит из врачей и возглавляется руководителем медицинской организации или одним из его заместителей.

[Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 №502н](#)

Создается в медицинской организации локальным актом (приказом руководителя) в целях:

- совершенствования организации оказания медицинской помощи;
- на основании приказа руководителя медицинской организации;
- состоит из председателя, одного или двух заместителей, членов комиссии и секретаря;

- плановые заседания проводятся не реже 1 раза в неделю;
- решения принимаются 2/3 голосов членов ВК, оформляется в виде протокола.

Функции ВК в решении вопросов ЭВН:

- продление ЛН при сроке свыше 15 дней (периодичность продления по решению ВК не реже чем через 15 календарных дней);
- заключение в сложных и конфликтных ситуациях ЭВН;
- направление пациента на МСЭ.

Выдача листка нетрудоспособности:

- **допускается** по решению ВК, если гражданин ранее был освидетельствован, но в тот момент отказался от получения ЛН;
- **не допускается** за прошедшие дни, если гражданин не был освидетельствован медицинским работником.



[Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 60](#)

Медико-социальная экспертиза

проводится в целях определения потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, федеральными учреждениями МСЭ **на основе оценки ограничений жизнедеятельности**, вызванных стойким расстройством функций организма.

МСЭ проводится в соответствии с законодательством Российской Федерации о социальной защите инвалидов.

По заключению врачебной комиссии на МСЭ направляют граждан, имеющих стойкие ограничения жизнедеятельности и трудоспособности, нуждающихся в социальной защите при:

- очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее 4 месяцев от даты ее начала;
- благоприятном клиническом и трудовом прогнозе не позднее 10 месяцев с даты начала временной нетрудоспособности при состоянии после травм и реконструктивных операций, не позднее 12 месяцев при лечении туберкулеза, либо гражданин выписывается к занятию трудовой деятельностью;
- необходимости изменения программы профессиональной реабилитации работающим инвалидам в случае ухудшения клинического и трудового прогноза независимо от группы инвалидности и сроков временной нетрудоспособности.

[Приказ Минздрава России от 23.11.2021 №1089н](#)

Учреждения МСЭ (бюро) находятся в ведении Минтруда России.



[Приказ Минтруда России от 30.12.2020 №979н](#)

Порядок организации и деятельности федеральных учреждений МСЭ

Основные функции бюро МСЭ:

- установление фактов наличия инвалидности у освидетельствуемых граждан, группы, причины, сроков и времени наступления инвалидности;
- определение степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах);

- разработка и коррекция индивидуальной программы реабилитации инвалида (ИПР), в том числе определение видов, форм, сроков и объемов реабилитационных мероприятий (которые включают медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию);
- определение нужд пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в медицинской, социальной и профессиональной реабилитации;
- разработка и коррекция программ реабилитации инвалидов и пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и вследствие профессиональных заболеваний;
- определение причины смерти инвалидов в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки;
- учет граждан, проживающих на обслуживаемой территории, прошедших медико-социальную экспертизу;
- государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов, проживающих на обслуживаемой территории;
- разработка программ профилактики инвалидности и социальной защиты инвалидов;
- разъяснение гражданам, проходящим освидетельствование, вопросов, возникающих в связи с медико-социальной экспертизой.

[Приказ Минтруда России от 26.07.2024 №374н](#)

К основным категориям жизнедеятельности человека относятся способности к:

- самообслуживанию;
- самостоятельному передвижению;
- ориентации;
- общению;
- контролю своего поведения;
- обучению;
- трудовой деятельности.

Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, оценивается в процентах и устанавливается в диапазоне от 10 до 100.

[Постановление Правительства Российской Федерации от 05.04.2022 №588](#)

КРИТЕРИИ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ГРУПП ИНВАЛИДНОСТИ:

Группа инвалидности	Степень выраженности стойких нарушений функций организма
Первая	90-100%
Вторая	70-80%
Третья	40-60%

При отказе гражданина от направления на МСЭ или несвоевременной его явке на МСЭ по неуважительной причине ЛН не продлевается со дня отказа от направления на МСЭ или регистрации документов в учреждении МСЭ (сведения об этом указываются в ЛН и медицинской карте пациента).

Постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2023 №2386.

В Российской Федерации ведется
«Федеральный реестр инвалидов»
в федеральной государственной
информационной системе
«Единая централизованная цифровая
платформа в социальной сфере».

ФГИС ФРИ
www.sfri.ru



Федеральный закон 24.11.1995 №181-ФЗ

Социальная поддержка инвалидов – система мер, обеспечивающая социальные гарантии инвалидам, устанавливаемая законами и иными нормативными правовыми актами, за исключением пенсионного обеспечения.



Федеральный закон 24.11.1995 №181-ФЗ

Социальная защита инвалидов – система гарантированных государством экономических, правовых мер и мер социальной поддержки, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Восстановление социальной активности, социальная реабилитация способствует самореализации инвалидов, их адаптации к новым условиям жизни и продолжению трудовой деятельности.

21. БИОЭТИКА



Медицинская деятельность предполагает взаимодействие врачей с пациентами, родственниками, коллегами, другими гражданами, нуждающимися в медицинской помощи или консультациях по вопросам охраны здоровья. Медицинская этика и деонтология была и остается традиционной формой знания, являющейся неотъемлемой частью формирования гуманного и уважительного отношения в сфере здравоохранения.



Медицинская этика – дисциплина раздела прикладной этики, включающая совокупность нравственных норм профессиональной деятельности медицинских и фармацевтических работников, нормы его поведения и морали, чувство профессионального долга.



Медицинская деонтология является частью медицинской этики и представляет собой совокупность этических норм поведения медицинских работников при выполнении профессиональных обязанностей по отношению к пациенту.

Традиционная медицинская этика и медицинская деонтология дают людям четкие и обоснованные рекомендации, как вести себя в той или иной ситуации, связанной с профессиональным общением.

К началу XXI века на смену существовавшим формам традиционной медицинской этики пришла биоэтика.

Биоэтика обращается к нравственным аспектам поведения человека в конкретных ситуациях, связанных с развитием медицины и оказанием медицинской помощи, формирует и фиксирует этические ориентиры, которые важны для определения ключевых требований к качеству оказания медицинской помощи – пациентоцентричности, эффективности, безопасности, рациональности, адекватности, справедливости, комплексности.

Термин «биоэтика» образован от греческих слов (жизнь) и (поведение, поступки) и означает «этика жизни» или «жизнь в рамках морали».



Биоэтика – междисциплинарное научное направление, изучающее этические аспекты биомедицинской теории и практик здравоохранения, практику функционирования биоэтических институций (комитетов, комиссий) при проведении социально-гуманитарной экспертизы исследовательской деятельности с живыми системами и как учебную дисциплину в системе профессионального образования, формирующую прикладные компетенции для деятельности в биологии и медицине²¹.

К основным областям биоэтических исследований и обсуждений относят:

- взаимодействие медицинских работников с пациентом в процессе оказания медицинской помощи;
- защита прав человека и особых групп общества (с психическими заболеваниями, нетрудоспособностью, ВИЧ-инфицированные и другие);

²¹ Брызгалина Е.В. Биоэтика как фактор качества оказания медицинской помощи: история и современность / Менеджмент качества в медицине. — 2024. — № 2. — С. 109–115.

- развитие биомедицинских технологий (генетические исследования, репродуктивные технологии, нанотехнологии, ксенотрансплантация);
- исследования на человеке, защита его прав и достоинства в ходе исследований.

Международные организации обобщают опыт, декларируют обсуждение актуальных вопросов, а также определяют политику биоэтики:

- Организация Объединенных Наций (ООН),
- ЮНЕСКО,
- ВОЗ,
- Совет Европы,
- Европейский Союз.

Основная цель обсуждений и исследований в области биомедицинских технологий – анализ ценностно-нормативных проблем современной медицины и поиск их решений, которые находят отражение в законодательстве Российской Федерации.

Для защиты прав и свобод граждан в условиях возросших возможностей современной медицины, связанных с проведением научных исследований (клинических испытаний) с участием человека, и возрастающего риска медицинских технологий в Российской Федерации были сформированы **этические комитеты**.

Задачи этических комитетов:

- проведение качественной этической экспертизы материалов клинических исследований;
- недопущение конфликта интересов;
- уточнение степени этической обоснованности их проведения;

- подготовка заключений о целесообразности проведения клинических исследований.

Наименование	Функции:
Российский национальный комитет по биоэтике	проведение и развитие фундаментальных научных исследований и поисковых научных исследований.
Этический комитет Минздрава России	вынесение заключения об этической обоснованности либо об этической необоснованности возможности применения соответствующих методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации.

В настоящее время действуют отдельные нормативные правовые акты, регулирующие биоэтические вопросы в Российской Федерации:



Федеральный закон от 19.04.2002 №54-ФЗ

«О временном запрете на клонирование человека»

вводит временный запрет на клонирование человека, исходя из принципов уважения человека, признания ценности личности, необходимости защиты прав и свобод человека и учитывая недостаточно изученные биологические и социальные последствия клонирования человека.



Федеральный закон от 05.06.1996 №86-ФЗ

«О государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности»

регулирует отношения в сфере природопользования, охраны окружающей среды, обеспечения экологической безопасности и охраны здоровья человека, возникающие при осуществлении генно-инженерной деятельности.



Федеральный закон от 22.12.1992 №4180-1

«О трансплантации органов и (или) тканей человека»

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



Приказ Минздрава России от 31.07.2020 №803н

«О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению»

устанавливает правила использования вспомогательных репродуктивных технологий с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства.

Первым национальным съездом врачей Российской Федерации 05.10.2012 был принят **Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации**, который включает нормы поведения и взаимодействия врача с обществом, пациентом, врачебным коллективом и в ходе исследовательской деятельности:

- Миссия врача состоит в охране здоровья и глубоком уважении личности и достоинства человека.

- Врач обязан оказать качественную, эффективную и безопасную медицинскую помощь независимо от пола, возраста, национальной принадлежности и так далее.
- Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, без разрешения пациента или законного представителя, в том числе после смерти человека.
- Врач должен постоянно совершенствовать свои медицинские знания и навыки, имеет право на повышение квалификации в системе НМО на бесплатной основе.
- Обязан знать и соблюдать требования законодательства в сфере здравоохранения.
- Врач должен строить отношения с пациентом на основе взаимного доверия и взаимной ответственности.
- Информированное добровольное согласие (ИДС) или отказ пациента на медицинское вмешательство и любой конкретный его вид должны быть оформлены письменно, за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме.
- Врач должен стремиться к облегчению страданий пациента всеми доступными и законными способами.
- Если врач осознает, что человеку, к которому его вызвали, причинен вред в результате противоправных действий, он должен проинформировать органы внутренних дел.
- Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии.
- Врачи должны относиться друг к другу с уважением и доброжелательно, быть готовыми бескорыстно передавать свой опыт и знания

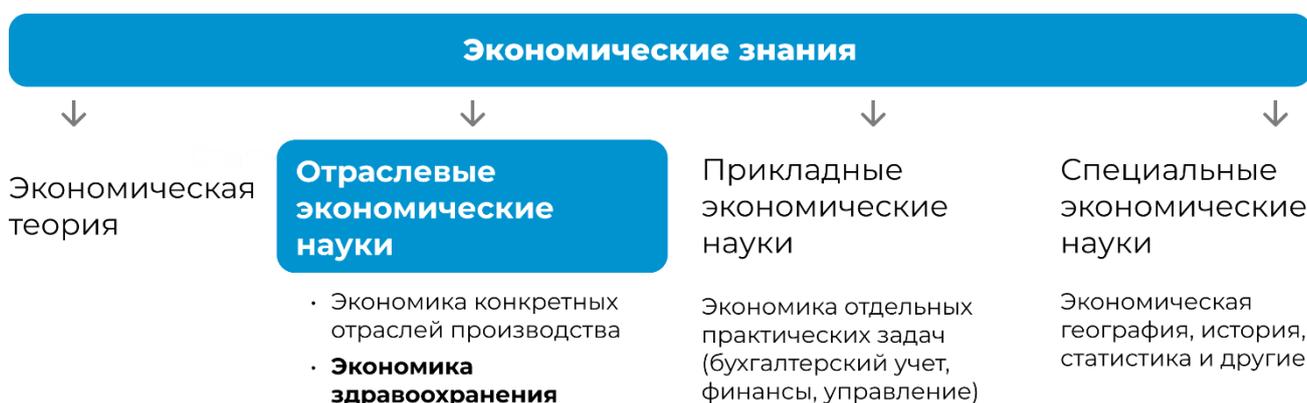
- Интересы науки и общества не могут превалировать над интересами человека.
- Испытания и эксперименты с участием пациента могут проводиться лишь при условии получения его добровольного согласия после предоставления ему полной информации. Пациент имеет право отказаться от участия в исследовательской программе на любом ее этапе.
- Новые медицинские технологии и методики, лекарственные и иммунобиологические средства могут применяться в медицинской практике только после одобрения медицинским сообществом и разрешения, оформленного в установленном порядке в соответствии с российским законодательством.

Биоэтика и медицинское право – две основные формы современного регулирования медицинской деятельности, являющиеся актуальными, востребованными в научной дискуссии и требующие фактического применения в системе здравоохранения.

22. ОСОБЕННОСТИ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Охрана здоровья граждан наряду с мерами политического, правового, социального, научного, медицинского, включает и экономические меры.



Экономика здравоохранения – отраслевая экономическая наука, которая исследует действие объективных экономических законов, влияющих на удовлетворение потребностей населения в сохранении и укреплении здоровья.

Основные вопросы, которыми занимается экономика здравоохранения:

- В каких формах могут быть оказаны медицинские услуги?

- Какие ресурсы необходимы для оказания медицинских услуг?
- Кто оплатит оказанные медицинские услуги медицинской организации?
- В чем заключается результат экономической деятельности медицинской организации?

Таким образом, задачами экономики здравоохранения являются планирование ресурсов, обеспечение их рационального использования, оценка эффективности деятельности медицинских организаций.

Экономические отношения в системе здравоохранения рассматриваются на макро- и микроуровнях.

1

Характеризует экономические явления и процессы на уровне государства

Макроэкономический уровень

- нормативное правовое регулирование экономических отношений в здравоохранении;
- экономические принципы обеспечения деятельности медицинских организаций;
- способы и методы влияния на экономическую ситуацию в здравоохранении на государственном уровне.

2

Характеризует экономические аспекты деятельности медицинских организаций

Микроэкономический уровень

- источники финансирования медицинской организации;
- расчет заработной платы, стимулирования труда;
- оценка реального трудового вклада;
- определение стоимости медицинской услуги.

Особое значение уделяется вопросам финансирования медицинской помощи населению.

Основные источники, которые обеспечивают финансирование системы здравоохранения при оказании населению медицинской помощи:

Средства бюджетов:

- федеральных,
- субъектов Российской Федерации,
- местных.

Доходы организаций здравоохранения от осуществления предпринимательской деятельности

Средства обязательного медицинского страхования (ОМС)

Личные средства граждан (включая средства ДМС)

Добровольные взносы и пожертвования

Другие не запрещенные законодательством Российской Федерации источники



Ключевой элемент в экономике здравоохранения

Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

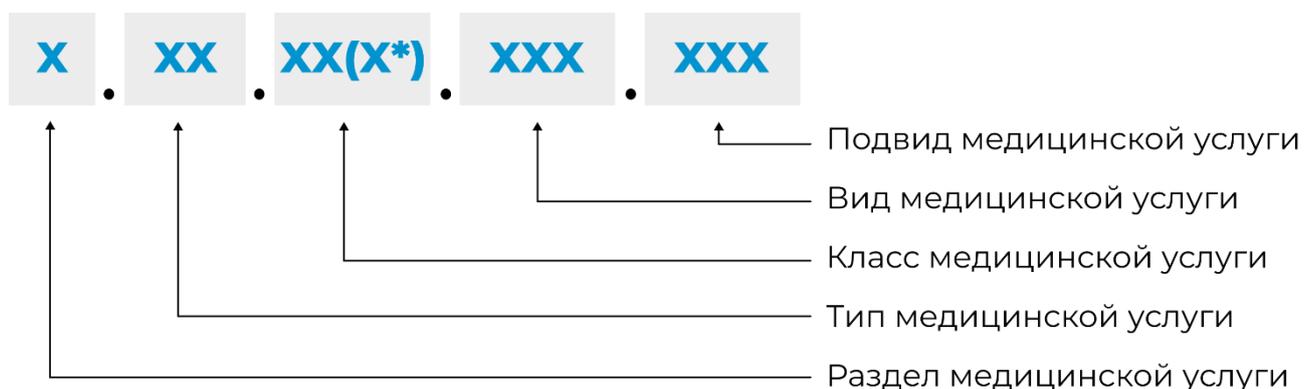
Приказ Минздрава России от 13.10.2017 №804н

Медицинские услуги систематизированы в Номенклатуре медицинских услуг и имеют уникальное кодовое обозначение.

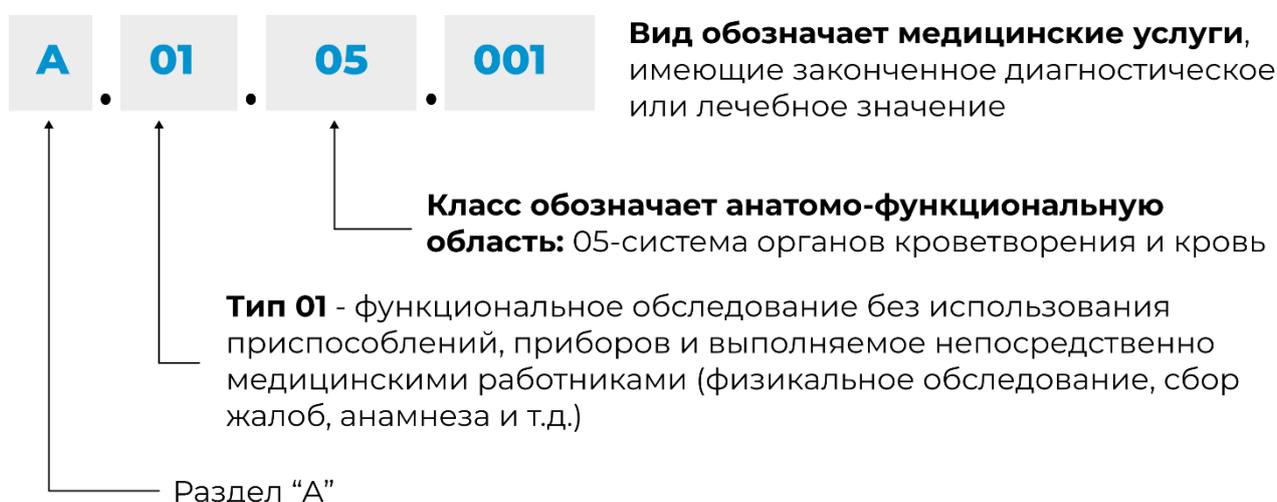
Перечень медицинских услуг содержит разделы «А» и «В» и построен по иерархическому принципу:

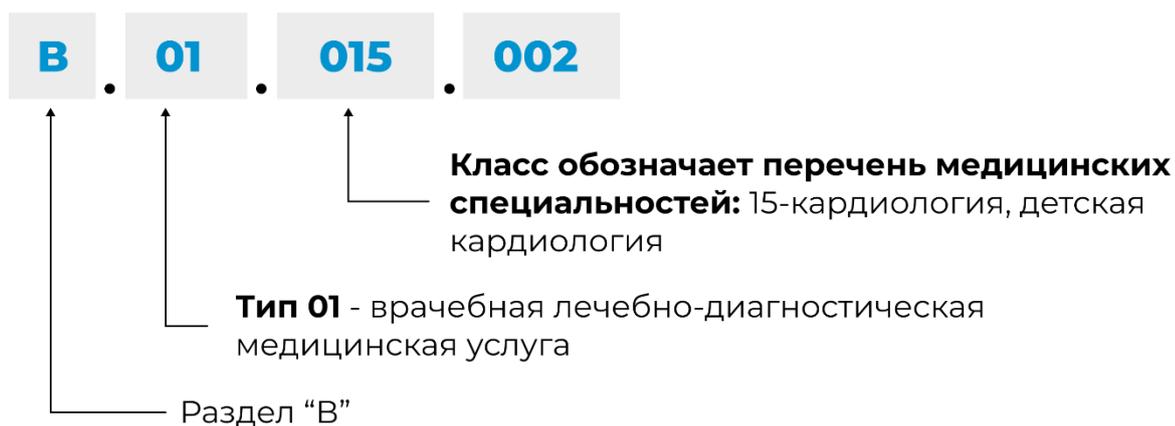
Раздел	включает медицинские услуги, представляющие собой:	направленных на:
A	определенные виды медицинских вмешательств	<ul style="list-style-type: none"> • профилактику, диагностику и лечение заболеваний, • медицинскую реабилитацию,
B	комплекс медицинских вмешательств	<ul style="list-style-type: none"> • имеющих самостоятельное законченное значение.

Код услуги состоит из буквенно-цифрового шифра от 8 до 11 знаков (12 – для раздела «В»).



Например, «Сбор анамнеза и жалоб при заболеваниях органов кроветворения и крови» кодируется следующим образом:





Классифицировать медицинские услуги можно по различным признакам:

- характеру (профилактические, диагностические, лечебные, реабилитационные и другие);
- уровням медицинской помощи в зависимости от субъекта ее оказания (доврачебные, врачебные, специализированные и другие);
- технологиям (рутинные, высокотехнологичные и другие);
- инвазивности (инвазивные, неинвазивные и другие);
- соблюдению стандарта (соответствие, несоответствие (необоснованное, обоснованное)).

Медицинская услуга как экономическая категория имеет характерные черты:

- 1 Обеспечивает удовлетворение потребности в сохранении здоровья.
- 2 Обладает отложенностью последствий, то есть в ряде случаев эффект услуги проявляется не сразу.

3

Не всегда прослеживается прямая связь между затратами и результатами. Эффект от оказания одной и той же медицинской услуги может быть различным.

Особенности медицинской услуги:

- неосязаемость,
- несохраняемость,
- вариабельность качества,
- неоднозначность в оценке результата.

Медицинская услуга оказывается с привлечением кадровых, материально-технических и других ресурсов, соответственно обладает стоимостью, денежным выражением которой является цена.

Письмо ФОМС от 08.05.2009 №2056/26-и

РАСЧЕТ СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

Для расчета стоимости медицинской услуги используют специальные алгоритмы, в которых учитывается, в частности, ее категория:



Простая медицинская услуга – неделимая услуга во времени.

Например, измерение артериального давления на периферических артериях, пальпация, сбор анамнеза и жалоб, рентгеноскопия легких.



Сложная медицинская услуга – набор простых медицинских услуг, который требует для своей реализации определенного состава персонала,

комплексного технического оснащения, специальных помещений и так далее.

Например, общий (клинический) анализ крови, осмотр (консультация) врача-физиотерапевта, типирование хромосомной дезоксирибонуклеиновой кислоты, услуги по реабилитации пациента, перенесшего ампутацию конечности.



Комплексная медицинская услуга – набор сложных и (или) простых медицинских услуг, заканчивающихся либо проведением профилактики, либо установлением диагноза, либо окончанием проведения определенного этапа лечения.

Например, профилактический медицинский осмотр, диспансеризация, койко-день.

ВИДЫ ЗАТРАТ

1

Прямые – издержки, понесенные системой здравоохранения, пациентом, иным плательщиком непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи:

1.1. Медицинские – издержки, понесенные системой здравоохранения, связанные непосредственно с оказанием медицинской помощи:

- **переменные**

зависят от количества оказанных медицинских услуг

затраты на диагностические, лечебные, реабилитационные и профилактические медицинские услуги, манипуляции и процедуры, в том числе оказываемые на дому (включая оплату рабочего времени медицинских работников, непосредственно оказывающих медицинскую помощь), лекарственные

препараты, кровь и ее компоненты, диетическое питание, имплантируемые приборы, аутсорсинг.

- **постоянные**

не зависят от количества оказанных медицинских услуг

на содержание пациента в медицинской организации, покупка дорогостоящего медицинского оборудования, оплата за использование медицинского оборудования, площадей и средств (амортизация), коммунальные услуги, оплата за работу административно-хозяйственного аппарата, ремонт зданий, сооружений и техники, оплата обучения персонала.

1.2. Немедицинские – расходы, которые несут другие общественные службы и организации, а также пациенты и их семьи.

② **Косвенные** – издержки упущенных возможностей.

③ **Нематериальные** – неосязаемые затраты.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Методы экономического анализа позволяют оценить эффективность системы здравоохранения в целом и отдельной медицинской организации.

Вид эффективности	Степень достижения
Медицинская	<p>результаты при оказании медицинской помощи (в профилактике, лечении, диагностике, реабилитации).</p> <p>Например, удельный вес излеченных пациентов, уменьшение случаев перехода заболевания в хроническую форму, снижение уровня заболеваемости населения</p>
Социальная	<p>социальные результаты (непосредственно связаны с медицинской эффективностью).</p> <p>Например, рождаемость, смертность, естественный прирост населения, доступность медицинской помощи, удовлетворенность населения деятельностью системы здравоохранения</p>
Экономическая	<p>положительный вклад здравоохранения в рост национального дохода.</p> <p>Например, степень сохранения и улучшение здоровья населения, повышение производительности труда, снижение расходов на здравоохранение</p>

Методы экономического анализа в здравоохранении:

Наименование	Характеристика
Статистический	расчет количественных показателей и их сравнение, изучение взаимосвязи экономических категорий.
Балансовый	совокупность приемов экономических расчетов. Схема экономических балансов строится по принципу равенства величин:

- ресурсов,
- возможностей их использования с учетом создания резервов.

Прогнозирование научное предвидение наиболее вероятных изменений в здравоохранении, потребности общества в медицинских услугах, производственных возможностей медицины, направлений технического процесса отрасли и так далее.

Хозяйственные эксперименты поиск методов повышения эффективности системы здравоохранения на примере отдельных регионов или медицинских организаций.

ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Впервые правила предоставления платных медицинских услуг населению были утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 13.01.1996 №27.



Платные медицинские услуги – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования.

ОСНОВНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ, регулирующие оказание медицинской помощи на платной основе:

1.	Гражданский кодекс Российской Федерации	Федеральный закон от 30.11.1994 №51-ФЗ
2.	Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации	Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ
3.	О некоммерческих организациях	Федеральный закон от 12.01.1996 №7-ФЗ
4.	Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг	Постановление Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 №736

[Постановление Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 №736](#)

Основные положения Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг:

1. Платные медицинские услуги оказываются медицинскими организациями на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности.
2. Медицинская организация обязана соблюдать обязательные требования к качеству медицинских услуг и ведению медицинской документации.
3. Прейскурант цен на платные медицинские услуги утверждает учредитель медицинской организации (в частной медицинской организации – главный врач).

4. Оказание платных медицинских услуг не должно приводить к снижению объемов и увеличению сроков ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно.
5. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия пациента и заключенного договора (в том числе при заключении договора дистанционным способом).
6. До заключения договора необходимо проинформировать пациента, что несоблюдение назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.



Необходимо проинформировать пациента о возможности получения соответствующей медицинской помощи за счет Программы госгарантий.

[Постановление Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 №736](#)

Платные медицинские услуги могут оказываться медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы госгарантий:

- на иных условиях, предусмотренных Программой госгарантий (например, назначение лечебного питания, не подлежащего оплате в рамках Программы госгарантий, создание индивидуальных постов наблюдения);
- анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, если те не застрахованы по ОМС;

- гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не застрахованным по ОМС;
- при самостоятельном обращении пациента, за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме.

В современных условиях возрастает роль планово-экономических подразделений в медицинских организациях. Экономисты медицинских организаций оперируют такими понятиями, как: ресурс, ценообразование, маркетинг, баланс, доходность, издержки, спрос, расходы, стоимость, себестоимость, убытки, продукция, рентабельность, ликвидность, окупаемость и так далее. Задачи, которые возлагаются на таких специалистов, включают в себя осуществление расчетов, подготовку плановых и отчетных документов, анализ финансово-хозяйственной деятельности, участие в разработке стратегических планов и многое другое.

23. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ



В Российской Федерации источниками финансового обеспечения оказания медицинской помощи населению являются:

1. Средства бюджетов:
 - федерального;
 - субъектов Российской Федерации;
 - муниципальных.
2. Средства обязательного медицинского страхования.
3. Личные средства граждан и организаций, добровольное медицинское страхование (ДМС) и иные не запрещенные законодательством Российской Федерации источники.

Финансовые средства, поступающие на нужды здравоохранения из всех источников, образуют консолидированный бюджет здравоохранения.

ОСНОВНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ

1. Конституция Российской Федерации

Принята всенародным голосованием 12.12.1993 (с изменениями от 01.07.2020)

2.	Об основах обязательного социального страхования	Федеральный закон от 16.07.1999 №165-ФЗ
3.	Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации	Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ
4.	Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации	Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ
5.	Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов	Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 №1940

С 1991 года в Российской Федерации действовал Федеральный закон «О медицинском страховании граждан Российской Федерации». В качестве основы реформирования здравоохранения закон утверждал систему социального страхования в виде системы обязательного и добровольного медицинского страхования.

Конституционным правом граждан Российской Федерации является бесплатное оказание медицинской помощи (статья 41). Медицинская помощь в государственных и муниципальных организациях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов и других поступлений.



Страхование – отношения по защите интересов физических и юридических лиц Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и муниципальных

образований при наступлении определенных страховых случаев за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых ими страховых взносов (страховых премий).

В Российской Федерации осуществляются 24 вида страхования, в том числе:

- страхование жизни на случай смерти, дожития до определенного возраста или срока либо наступления иного события;
- пенсионное страхование;
- страхование жизни с условием периодических страховых выплат (ренты, аннуитетов) и (или) с участием страхователя в инвестиционном доходе страховщика;
- страхование от несчастных случаев и болезней;
- медицинское страхование в форме ОМС и ДМС.



Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ

Обязательное медицинское страхование – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС и в установленных законом случаях в пределах базовой программы ОМС.

Основные понятия Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ:

Застрахованное лицо

Лицо, которому окажут медицинскую помощь за счет средств ОМС

– физическое лицо, на которое распространяется ОМС (имеет полис ОМС).

Объект ОМС

Риск возникновения потребности в медицинской помощи

– страховой риск, связанный с возникновением страхового случая.

Страховой риск

Будущая потребность в медицинской помощи

– предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи.

Страховой случай

Возникшая потребность в медицинской помощи

– совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по ОМС.

Страховое обеспечение по ОМС

Оплата оказанной медицинской помощи

– исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации.

Страховые взносы по ОМС

Источник оплаты медицинской помощи

– обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.

СУБЪЕКТЫ СИСТЕМЫ ОМС

1

Застрахованные лица:

- граждане Российской Федерации;
- иностранные граждане, постоянно или временно проживающие на территории Российской Федерации;
- лица без гражданства (беженцы), которые:
 - работают по трудовому договору;
 - самостоятельно обеспечивают себя работой (индивидуальные предприниматели (ИП), самозанятые и так далее);
 - являются членами фермерских хозяйств или членами семейных общин малочисленных народов;
 - не работают (дети до 18 лет, пенсионеры, студенты, безработные, находящиеся в отпуске по уходу за ребенком, занятые уходом за детьми-инвалидами) и другие.

2

Страхователи:

- **для работающих граждан** – лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам. Например, работодатель организации, индивидуальный предприниматель (ИП), физические лица, не признаваемые ИП и другие.

- **для неработающих граждан** – орган исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Например, Правительство субъекта Российской Федерации.

- 3 **Федеральный фонд** – некоммерческая организация, созданная для реализации государственной политики в сфере ОМС. Является страховщиком в части реализации базовой программы ОМС.

УЧАСТНИКИ СИСТЕМЫ ОМС

- 1 **Территориальные фонды ОМС** – некоммерческие организации, созданные субъектами Российской Федерации для реализации государственной политики в сфере ОМС.

- 2 **Страховые медицинские организации (СМО)** осуществляют свою деятельность на основании договоров с:
 - территориальным фондом ОМС (о финансовом обеспечении ОМС);
 - медицинской организацией (на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС).

- 3 **Медицинские организации** – юридические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на основании лицензии.



Тариф страхового взноса на ОМС составляет 5,1% от выплат и иных вознаграждений в пользу физических лиц в рамках трудовых отношений.

Страховые взносы за неработающее население перечисляют органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации. Размер и порядок расчета тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения устанавливаются федеральным законом.

В Российской Федерации каждый гражданин застрахован в системе обязательного медицинского страхования и имеет полис ОМС.



Полис ОМС – документ, который удостоверяет право застрахованного лица на бесплатную медицинскую помощь на всей территории Российской Федерации в объеме базовой программы ОМС и на территории страхования в объеме территориальной программы.

Отличительные характеристики обязательного и добровольного медицинского страхования:

Характеристика	ОМС	ДМС
Обязательность	Обязательное	Добровольное
Объем медицинской помощи	Устанавливает базовая программа ОМС	Договор может включать различный объем страхования

Характеристика	ОМС	ДМС
Охват населения	Полный	Выборочный
Срок действия	Бессрочный	Ограничен сроком договора
Взаимосвязь между объемом медицинской помощи и размером страхового взноса	Отсутствует (фиксированный страховой взнос)	Размер страхового взноса зависит от объема страхования

[Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ](#)

В случае, когда система государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи не может удовлетворить все потребности по оказанию медицинской помощи, граждане имеют право на получение платных медицинских услуг за счет личных средств, средств работодателя и иных средств на основе договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования.

24. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



Оказание медицинской помощи в Российской Федерации осуществляется в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.



Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

утверждается Правительством Российской Федерации на три года (на очередной финансовый год и на плановый период). Доклад о реализации Программы госгарантий рассматривается ежегодно.

В Программе госгарантий определено, какая медицинская помощь может оказываться в Российской Федерации бесплатно и сколько на нее будет потрачено средств.

Программа госгарантий формируется с учетом:

- порядков оказания медицинской помощи;
- стандартов медицинской помощи, разработанных в том числе на основе клинических рекомендаций;
- особенностей половозрастного состава населения;

- уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики.

В рамках Программы госгарантий устанавливаются:

1. Перечень видов (в том числе перечень ВМП), форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно.
2. Перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно.
3. Категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно.
4. Базовая программа ОМС.
5. Средние нормативы:
 - объема медицинской помощи;
 - финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;
 - подушевые нормативы финансирования;
 - порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты.
6. Требования к территориальным Программам госгарантий в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности медицинской помощи.

Федеральный уровень

Программа госгарантий
включает:



Уровень субъектов Российской Федерации
Органы государственной власти субъектов Российской Федерации разрабатывают и утверждают **Территориальную Программу госгарантий**, которая включает:

БАЗОВАЯ ПРОГРАММА ОМС действует на всей территории России и является составной частью Программы госгарантий.

Определяет:

- перечень видов медицинской помощи, включая перечень ВМП;
- способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за счет средств ОМС;
- перечень страховых случаев;
- структуру тарифа на оплату медицинской помощи;
- критерии доступности и качества медицинской помощи.

Устанавливает²²:

- требования к условиям оказания медицинской помощи;

²² Для организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, базовая программа ОМС устанавливает перечни и нормативы отдельно.

- нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо;
- нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи;
- нормативы финансового обеспечения базовой программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо;
- расчет коэффициента удорожания базовой программы ОМС.

Перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно в рамках базовой программы ОМС:

- инфекционные и паразитарные болезни;
- 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, в том числе болезни полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования);
- 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 аборты;
- отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период;
- психические расстройства и расстройства поведения;
- симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесенные к заболеваниям и состояниям.



Гражданин имеет право **не реже одного раза в год** на бесплатный профилактический медицинский осмотр, в том числе в рамках диспансеризации.

Отдельные категории граждан имеют право на:

- лекарственное обеспечение;
- диспансерное наблюдение;
- пренатальную диагностику нарушений развития ребенка;
- аудиологический скрининг новорожденных и детей первого года жизни;
- неонатальный скрининг.

СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ЗАСТРАХОВАННЫМ ПО ОМС



По подушевому нормативу финансируется оплата медицинской помощи за прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях, на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий.

Отдельно выделяется подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при:

- оказании ПМСП по профилям «Акушерство и гинекология» и «Стоматология»;
- проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации;
- проведении отдельных диагностических (лабораторных) исследований.

По подушевому нормативу также финансируется оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации; вызов СМП.



За единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай):

- в стационарных условиях за случай госпитализации и прерванный случай госпитализации;
- в условиях дневного стационара за случай лечения заболевания (законченный случай) и за прерванный случай (по медицинским показаниям);
- за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС;

- в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения;
- комплексное посещение по медицинской реабилитации.

ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ОМС

действует на территории субъекта Российской Федерации.

Определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте Российской Федерации:

1. Виды, формы и условия медицинской помощи, включая перечень ВМП.
2. Перечень страховых случаев, установленных базовой программой ОМС.

Устанавливает в расчете на 1 застрахованное лицо:

1. Нормативы объемов предоставления медицинской помощи.
2. Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи.
3. Нормативы финансового обеспечения территориальной программы ОМС.

Программа госгарантий ежегодно устанавливает **критерии доступности и качества медицинской помощи**, а территориальная программа госгарантий включает их целевые значения.

Оценка достижения критериев осуществляется субъектами Российской Федерации 1 раз в полгода с направлением соответствующих данных в Минздрав России.

Сохранение здоровья людей как приоритетное направление государственной политики включено в состав национальных целей развития России до 2030 года, что подчеркивает значимость медицинской помощи в контексте достижения стратегических целевых показателей.

Модернизация финансового обеспечения бесплатной медицинской помощи позволяет повысить эффективность расходов на реализацию Программы госгарантий с соблюдением эффективного и справедливого распределения финансовых ресурсов здравоохранения.

[Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 №1940](#)

Программа госгарантий на 2025 год и плановый период 2026 и 2027 годов предусматривает увеличение объемов оказания бесплатной медицинской помощи по:

- оценке репродуктивного здоровья мужчин и женщин;
- доступности онкологической помощи;
- нормативам объема на экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО);
- охвату лечением пациентов с гепатитом С;
- исследованиям методами позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ) и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ);
- комплексному посещению «Школы для больных сахарным диабетом»;
- профилактическим визитам в центры здоровья;
- санаторно-курортному лечению;
- ряду операций по профилю «Сердечно-сосудистая хирургия».

25. ОЦЕНКА ТЕХНОЛОГИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Клинические и управленческие решения в здравоохранении должны основываться на научных принципах доказательной медицины и доказанных фактах, поэтому для определения эффективности применяемых медицинских технологий необходимо проводить их объективную оценку по соответствующим методикам.

Нормативное правовое обеспечение:

- | | | |
|----|---|--|
| 1. | Глобальная инициатива по технологиям здравоохранения (ГИИТ) | Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA60.29 |
| 2. | О внесении изменений в Федеральный закон от 12.04.2010 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» | Федеральный закон от 22.12.2014 №429-ФЗ |
| 3. | Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 57525-2017 «Клинико-экономические исследования. Общие требования» | |
| 4. | Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 56044-2014 «Оценка медицинских технологий» | |

5. Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг (временная)	Минздрав России №01-23/4-10, РАМН №01-02/41 от 10.11.1999
6. Классификатор работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность	Приказ Минздрава России от 19.08.2021 №866н
7. План мероприятий по реализации Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года	Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28.11.2020 №3155-р



Оценка технологий в здравоохранении (ОТЗ) – мультидисциплинарный (междисциплинарный) процесс обобщения информации о/об:

- медицинских,
- экономических,
- социальных,
- этических

последствиях применения технологий в здравоохранении.



Технология в здравоохранении (ТЗ) – любое вмешательство, которое может быть использовано для:

- укрепления здоровья;
- профилактики;
- диагностики;
- лечения заболеваний;
- реабилитации пациентов;
- обеспечения ухода.

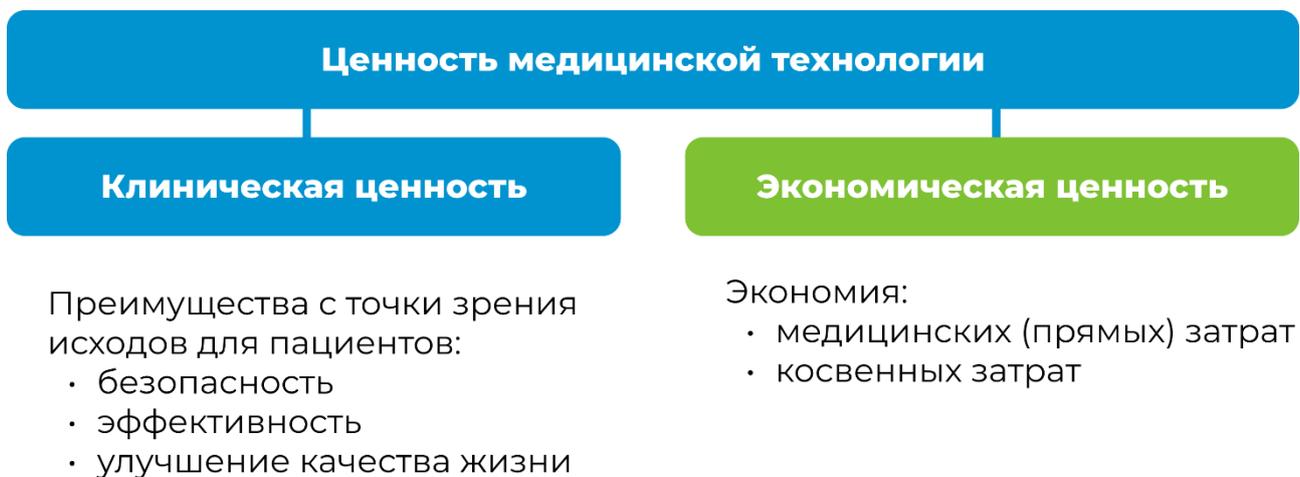


Медицинские технологии (МТ) – широкий круг товаров и услуг, предназначенных для медицинских целей (лекарства, вакцины, медицинские аппараты и системы).

Объекты ОТЗ – все, что используется для решения проблем, связанных со здоровьем человека, и для улучшения качества его жизни:

- лекарственные препараты;
- медицинские изделия;
- вакцины;
- медицинские услуги для профилактики, диагностики, лечения, реабилитации;
- системы для поддержки здоровья человека;
- сложные медицинские технологии (клеточные и генные технологии и так далее);
- организационные и информационные технологии и другие.

В процессе ОТЗ необходимо оценить клиническую и экономическую эффективность медицинских технологий:



ЭТАПЫ ОТЗ

1. Структурированное описание технологии
 - режим дозирования, условия применения, группы пациентов, в отношении которых оценивается ТЗ;
 - релевантные альтернативы;
 - определении позиции, с которой выполняется ОТЗ (федеральная, региональная, больничная).

2. Выполнение систематического обзора литературы
 - систематический поиск научной литературы;
 - анализ доказательств клинической эффективности и безопасности рассматриваемой ТЗ.

3. Экономическая оценка ТЗ
 - выполнение клинико-экономических исследований (анализ «затраты-эффективность», анализ «затраты-полезность» и другие);
 - дополнительные исследования по оценке бремени заболевания.

4. Анализ дополнительных факторов применения ТЗ
 - оценка уровня добавленной терапевтической ценности (инновационности);

- уровня локализации производства медицинской технологии;
- возможность применения в социально-уязвимых группах (дети, пациенты с орфанными заболеваниями и другие).

Решение о целесообразности использования в здравоохранении, в основном, новых технологий принимается на основе клинико-экономического анализа.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ



ГОСТ Р 57525-2017

Клинико-экономическое исследование (КЭИ) – изучение в клинической практике методов диагностики, профилактики, лечения (лекарственного и нелекарственного), реабилитации с целью получения информации об эффективности и безопасности медицинских технологий с учетом затрат на их использование.

Получение информации для КЭИ возможно с помощью:

- анализа данных опубликованных клинических исследований;
- клинико-экономического компонента в рамках клинических исследований новых лекарственных средств или МТ;
- клинико-экономического анализа с применением моделирования эффективности, безопасности и затрат;
- смешанных видов исследования.



ГОСТ Р 57525-2017

Клинико-экономический анализ (КЭА) – методология оценки медицинских технологий, методов профилактики, диагностики, лекарственного (фармакоэкономики) и нелекарственного лечения на основе комплексного взаимосвязанного учета результатов применения медицинской технологии и связанных с этим затрат, в том числе для сравнения двух и более медицинских технологий.

Учитываются все затраты на МТ за фиксированный период времени согласно видам затрат.

КЭИ и КЭА лежат в основе:

- клинических рекомендаций;
- методических рекомендаций;
- стандартов оказания медицинской помощи;
- алгоритмов действий врача;
- перечней лекарственных препаратов;
- нормативных документов здравоохранения.

Типы клинико-экономического анализа:



АНАЛИЗ «ЗАТРАТЫ НА БОЛЕЗНЬ»

- Метод изучения всех затрат, связанных с ведением пациентов с определенным заболеванием, как на определенном этапе, так и на всех этапах оказания медицинской помощи.
- Не предполагается сравнение эффективности МТ.
- Применяется для изучения типичной практики ведения пациентов с конкретным заболеванием.
- Используется при планировании затрат на определенную болезнь или программу, определения тарифов на медицинские услуги и т.п.

АНАЛИЗ «ЗАТРАТЫ-ЭФФЕКТИВНОСТЬ»

- Сравнительная оценка результатов и затрат при двух и более медицинских технологиях, эффективность которых различна.
- Эффективность оценивают с позиции результатов (например, лабораторные показатели, клинические необратимые состояния (продолжительность жизни, частота смертельных событий)).
- Используют одинаковые показатели результативности и затратности.
- Метод анализа «затраты-эффективность» наиболее востребован в клинико-экономических исследованиях.

Варианты анализа:

①

МИНИМИЗАЦИЯ ЗАТРАТ – сравнительная оценка МТ с идентичной эффективностью и безопасностью, но разными затратами.

2

ЗАТРАТЫ-ВЫГОДА (ПОЛЬЗА)

- Результаты (эффективность) представлены в денежном выражении.
- Позволяет сравнивать экономическую эффективность различных медицинских технологий.

3

ЗАТРАТЫ-ПОЛЕЗНОСТЬ (УТИЛИТАРНОСТЬ)

- Результаты применения МТ оценивают в единицах «полезности» с точки зрения потребителя медицинской помощи (как правило – в показателях качества жизни).
- При этом часто используют показатель «сохраненные годы качественной жизни» (QALY).
- Обязательным требованием является использование одинаковых показателей результативности и затратности для всех анализируемых медицинских технологий.

Качество жизни, связанное со здоровьем, является субъективным восприятием физического, психологического и социального состояния человека. Наиболее распространенными концепциями, оценивающими качество жизни, являются QALY и DALY.



Предпочтителен для анализа эффективности медицинских мероприятий **QALY** (Quality Adjusted Life Expectancy) – количество лет полного здоровья, которое человек может прожить (ожидаемая продолжительность жизни, откорректированная на качество жизни, связанное со здоровьем).

Показатель «год жизни с поправкой на его качество»:

- принимает значение от 0 до 1;
- 1 год здоровой жизни оценивается как 1,0 QALY;
- 1 год, прожитый с проблемами, оценивается <1,0;
- 2 года жизни, оцененные как 0,5 QALY=1 год здоровой жизни;

ВОЗ определяет сферы и уровни расчета QALY:

5 сфер	3 уровня ответа
1. Передвижение в пространстве	<input type="radio"/> Нет проблем
2. Самообслуживание	<input type="radio"/> Умеренные проблемы
3. Повседневная активность	<input type="radio"/> Выраженные проблемы
4. Боль и дискомфорт	
5. Тревога и депрессия	

Пример расчета QALY:

Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни среднестатистического человека	71,7 года ²³
По результатам изучения качества жизни, связанного со здоровьем, было получено его среднее значение	0,854
Расчет QALY	71,7 года*0,854=61,2 года

²³ QALY ниже ожидаемой продолжительности жизни, так как оценивает количество лет полного здоровья.



Предпочтителен для оценки экономических потерь трудового потенциала

DALY (Disability Adjusted Life Years) – показатель «Продолжительность жизни с поправкой на инвалидность» (меры потерь здоровья) показывает вклад различных причин потерь здоровья в общую величину потерь.

1 DALY – 1 год жизни, утраченный в результате преждевременной смертности и нарушений функций организма в результате болезни или травм.

Индекс DALY складывается из двух компонентов:

YLL – годы потерянной жизни в результате преждевременной смертности.
years life lost

YLD – годы жизни, потерянной вследствие нарушений здоровья (без учета смертельных исходов).
years lost due to disability

Расчет DALY проводится по возрастным категориям по формуле:

$$\begin{array}{ccc} \text{DALY} & = & \text{YLL} + \text{YLD} \\ \text{Продолжительность жизни с поправкой на инвалидность} & & \text{Потерянные годы жизни} + \text{Годы жизни с нетрудоспособностью} \end{array}$$

Пример расчета DALY:

Представим, что «идеальная» продолжительность жизни абсолютно здорового человека	100 лет
В 80 лет человек заболевает артериальной гипертензией, в результате которой умирает в возрасте	96 лет

Таким образом, человек не дожил до “идеальной” продолжительности жизни	4 года
За 16 лет болезни качество жизни и функции организма были неполными	только 50%
Иными словами, он «потерял» 8 лет жизни, общее бремя болезни составило 12 лет или 12 DALY.	

Следует понимать, что любые инновации, рекомендации, вмешательства в медицине и здравоохранении невозможны без обобщения информации о последствиях их применения, то есть без ОТЗ.

В формировании диагностического суждения и планировании терапевтических действий, врач должен руководствоваться не только клиническими рекомендациями, но и конкретной клинической ситуацией конкретного пациента.

26. ОБРАЩЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Невозможно представить работу врача любой специальности без фармакотерапии. Каждому врачу необходимо:

- знать современные методы применения лекарственных препаратов;
- назначать их с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи;
- оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов.



[Федеральный закон от 12.04.2010 №61-ФЗ](#)

Об обращении лекарственных средств:

- регулирует отношения, возникающие в связи с обращением – разработкой, доклиническими исследованиями, клиническими исследованиями, экспертизой, государственной регистрацией, стандартизацией и с контролем качества, производством, изготовлением, хранением, перевозкой, ввозом в Российскую Федерацию, вывозом из Российской Федерации, рекламой, отпуском, реализацией, передачей, применением, уничтожением лекарственных средств;

- устанавливает приоритет государственного регулирования безопасности, качества и эффективности лекарственных средств при их обращении.



Основные понятия:

Лекарственные средства – вещества или их комбинации, вступающие в контакт с организмом человека или животного, проникающие в органы, ткани организма человека или животного, применяемые для профилактики, диагностики (за исключением веществ или их комбинаций, не контактирующих с организмом человека или животного), лечения заболевания, реабилитации, для сохранения, предотвращения или прерывания беременности и полученные из крови, плазмы крови, из органов, тканей организма человека или животного, растений, минералов методами синтеза или с применением биологических технологий.

К лекарственным средствам относятся фармацевтические субстанции и лекарственные препараты.

Фармацевтическая субстанция – лекарственное средство в виде одного или нескольких обладающих фармакологической активностью действующих веществ вне зависимости от природы происхождения, которое предназначено для производства, изготовления лекарственных препаратов и определяет их эффективность.

Лекарственная форма – состояние лекарственного препарата, соответствующее способам его введения и применения и обеспечивающее достижение необходимого лечебного эффекта.

Лекарственные препараты – лекарственные средства в виде лекарственных форм, применяемые для профилактики, диагностики, лечения заболевания, реабилитации, для сохранения, предотвращения или прерывания беременности.

ВИДЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Орфанные – лекарственные препараты, предназначенные исключительно для диагностики или патогенетического лечения (лечения, направленного на механизм развития заболевания) редких (орфанных) заболеваний.

Биологические – лекарственные препараты, действующее вещество которых произведено или выделено из биологического источника и для определения свойств и качества которых необходима комбинация биологических и физико-химических методов.

К биологическим лекарственным препаратам относятся иммунобиологические лекарственные препараты, лекарственные препараты, полученные из крови, плазмы крови человека и животных (за исключением цельной крови), биотехнологические лекарственные препараты, генотерапевтические лекарственные препараты.

Иммунобиологические – лекарственные препараты, предназначенные для формирования активного или пассивного иммунитета либо диагностики наличия иммунитета или диагностики специфического приобретенного изменения иммунологического ответа на алергизирующие вещества.

К иммунобиологическим лекарственным препаратам относятся вакцины, анатоксины, токсины, сыворотки, иммуноглобулины и аллергены.

Биотехнологические – лекарственные препараты, производство которых осуществляется с использованием биотехнологических процессов и методов (в том числе ДНК-рекомбинантной технологии, технологии контролируемой экспрессии генов, кодирующих биологически активные белки в прокариотах и эукариотах, включая измененные клетки млекопитающих), гибридного метода и метода моноклональных антител.

Генотерапевтические – лекарственные препараты, фармацевтическая субстанция которых является рекомбинантной нуклеиновой кислотой или включает в себя рекомбинантную нуклеиновую кислоту, позволяющую

осуществлять регулирование, репарацию, замену, добавление или удаление генетической последовательности.

Наркотические – лекарственные препараты и фармацевтические субстанции, содержащие наркотические средства и включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года.

Психотропные – лекарственные препараты и фармацевтические субстанции, содержащие психотропные вещества и включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Конвенцией о психотропных веществах 1971 года.

Радиофармацевтические – лекарственные средства, которые содержат в готовой для использования форме один радионуклид или несколько радионуклидов (радиоактивных изотопов).

Лекарственные препараты могут быть:

Оригинальными (лекарственный препарат с новым действующим веществом, который первым зарегистрирован в Российской Федерации или в иностранных государствах на основании результатов доклинических исследований лекарственных средств и клинических исследований лекарственных препаратов, подтверждающих его качество, эффективность и безопасность).

Воспроизведенными (лекарственный препарат для медицинского применения, который имеет эквивалентный референтному лекарственному препарату качественный состав и количественный состав действующих веществ в эквивалентной лекарственной форме, биоэквивалентность или терапевтическая эквивалентность которых соответствующему референтному лекарственному препарату подтверждена соответствующими исследованиями).

Взаимозаменяемыми (лекарственный препарат с доказанной терапевтической эквивалентностью или биоэквивалентностью в отношении референтного лекарственного препарата, имеющий эквивалентные ему качественный состав и количественный состав действующих веществ, состав вспомогательных веществ, лекарственную форму и способ введения).

НАИМЕНОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА

Международное непатентованное наименование – наименование действующего вещества фармацевтической субстанции, рекомендованное ВОЗ.
(Например, диклофенак)

Торговое наименование – присвоенное его разработчиком, держателем или владельцем регистрационного удостоверения лекарственного препарата.
(Например, Вольтарен, Диалрапид, Наклофен, Ортофен, Раптед, Доросан)

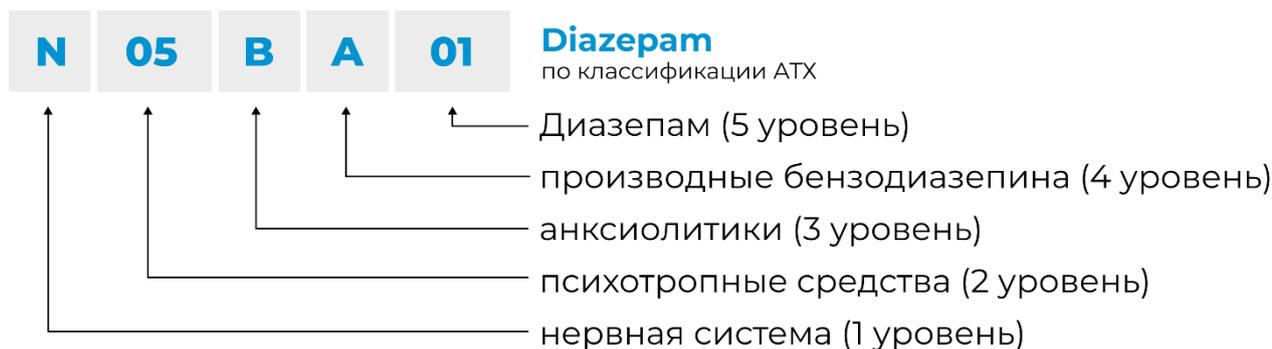
Группировочное наименование – не имеющее международное непатентованное наименование, или комбинация лекарственных препаратов, используемое в целях объединения в группу под единым наименованием, исходя из одинакового состава действующих веществ.

(Например, нестероидные противовоспалительные)

КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ. АТХ (АНАТОМИЯ, ТЕРАПИЯ, ХИМИЯ)

- А – Средства, влияющие на пищеварительную систему и метаболизм;
- В – Средства, влияющие на систему крови и гемопоэз;
- С – Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему;
- D – Дерматологические средства;
- G – Средства, влияющие на мочеполовую систему и половые гормоны;
- H – Препараты гормонов для системного применения (кроме половых гормонов и инсулинов);
- J – Противомикробные средства для системного применения;
- L – Антинеопластические и иммуномодулирующие средства;
- M – Средства, влияющие на опорно-двигательный аппарат;
- N – Средства, действующие на нервную систему;
- P – Противопаразитарные средства, инсектициды и репелленты;
- R – Средства, действующие на респираторную систему;
- S – Средства, действующие на органы чувств;
- V – Различные средства.

Например,



НЕСООТВЕТСТВУЮЩИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА

- 1 **Фальсифицированное** ЛС сопровождается ложной информацией о его составе и (или) производителе.
- 2 **Недоброкачественное** ЛС не соответствует требованиям фармакопейной статьи либо в случае ее отсутствия требованиям нормативной документации или нормативного документа.
- 3 **Контрафактное** ЛС находится в обороте с нарушением гражданского законодательства.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ

При приеме лекарственных препаратов у пациентов могут проявляться побочные действия или нежелательные реакции:

Побочное действие – реакция организма, возникшая в связи с применением лекарственного препарата в дозах, рекомендуемых в инструкции по его применению.

Нежелательная реакция – непреднамеренная неблагоприятная реакция организма, которая может быть связана с применением лекарственного препарата.

Серьезная нежелательная реакция – нежелательная реакция организма, связанная с применением лекарственного препарата, приведшая к смерти, врожденным аномалиям или порокам развития либо представляющая собой угрозу жизни, требующая госпитализации или приведшая к стойкой утрате трудоспособности и (или) инвалидности.

Непредвиденная нежелательная реакция – нежелательная реакция организма, которая связана с применением лекарственного препарата в дозах, рекомендуемых в протоколе его клинического исследования, брошюре исследователя, или с применением лекарственного препарата в дозах, рекомендуемых в инструкции по его применению для профилактики, диагностики, лечения заболевания или медицинской реабилитации пациента, и сущность, тяжесть или исход которой не соответствует информации о лекарственном препарате, содержащейся в протоколе его клинического исследования, брошюре исследователя или в инструкции по применению лекарственного препарата.

Лекарственные средства поступают в обращение, если на вторичной упаковке хорошо читаемым шрифтом на русском языке указаны:

- название лекарственного средства и международное непатентованное наименование;
- название предприятия-производителя;
- номер серии и дата изготовления;

- способ применения;
- доза и количество доз в упаковке;
- срок годности;
- условия отпуска;
- условия хранения;
- меры предосторожности при применении.



Главными источниками информации о лекарственных средствах для практикующего врача являются:



Государственный реестр лекарственных средств содержит перечень лекарственных препаратов, прошедших государственную регистрацию, перечень фармацевтических субстанций, входящих в состав лекарственных препаратов и другую информацию.

GRLS.ROSMINZDRAV.RU



Распоряжение Правительства Российской Федерации от 12.10.2019 N 2406-р
Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП)

- формируется в целях государственного регулирования цен на лекарственные препараты, что, в свою очередь, обеспечивает доступность лекарственных средств для населения;
- содержит перечень лекарственных препаратов под международными непатентованными наименованиями и охватывает все виды медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации в рамках государственных гарантий, а также включает в себя значительный

объем лекарственных средств, реализуемых в коммерческом секторе.

В 2024 году в Перечне представлено более 818 лекарственных препаратов (в 2023 году – 813, в 2022 году – 808).

ФОНД «КРУГ ДОБРА»

В 2021 году Президентом Российской Федерации был подписан Указ о создании Фонда «Круг добра» для поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями.

Учредитель Фонда от имени Российской Федерации

Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Председатель правления и состав попечительского совета

назначается Президентом Российской Федерации.

Основные цели:

реализация дополнительного механизма организации и финансового обеспечения оказания медицинской помощи детям с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, обеспечения таких детей лекарственными препаратами и медицинскими изделиями.

Основные источники финансирования: ассигнования федерального бюджета (+2% к НДФЛ для физических лиц и организаций, чей доход >5 млн. рублей в год).

Фонд помогает детям до 19 лет, если до достижения совершеннолетия они были пациентами «Круга добра».

Важно знать, что существует федеральная программа обеспечения лекарственными препаратами пациентов с высокочувствительными нозологиями за счет средств федерального бюджета. В настоящее время в программу входит 14 нозологий:

- гемофилия;
- муковисцидоз;
- гипофизарный нанизм;
- болезнь Гоше;
- злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственной им тканей;
- рассеянный склероз;
- гемолитико-уремический синдром;
- юношеский артрит с системным началом;
- мукополисахаридоз I типа;
- мукополисахаридоз II типа;
- мукополисахаридоз VI типа;
- апластическая анемия неуточненная;
- наследственный дефицит факторов II (фибриногена), VII (лабильного) X (Стюарта-Прауэра);
- лица после трансплантации органов и (или) тканей.

ФАРМАКОНАДЗОР

Нет ни одного лекарства, прием которого не был бы связан с риском. Все лекарственные препараты, находящиеся в обращении в Российской Федерации, подлежат мониторингу эффективности и безопасности в целях выявления возможных негативных последствий их применения, индивидуальной непереносимости, предупреждения медицинских работников и пациентов от применения таких лекарственных препаратов.



Фармаконадзор осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения.



Приказ Росздравнадзора от 17.06.2024 №3518

Порядок осуществления фармаконадзора

устанавливает требования к осуществлению фармаконадзора в целях выявления, оценки и предотвращения нежелательных последствий применения лекарственных препаратов.

Фармаконадзор осуществляется путем анализа предоставляемой субъектами обращения лекарственных средств информации о/об:

- побочных действиях;
- нежелательных реакциях;
- серьезных нежелательных реакциях;
- непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов;
- об индивидуальной непереносимости;
- отсутствии эффективности лекарственных препаратов;

- иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека либо животного при применении лекарственных препаратов и выявленных на всех этапах обращения лекарственных препаратов.

При получении уполномоченным федеральным органом исполнительной власти:

- в рамках осуществления им фармаконадзора доказательств о несоответствии лекарственного препарата установленным требованиям;
- при получении информации о несоответствии данных об эффективности и о безопасности лекарственного препарата данным о лекарственном препарате, содержащимся в инструкции по его применению (в том числе выявленных в ходе осуществления фармаконадзора контрольно-надзорными органами иностранных государств),

уполномоченный федеральный орган исполнительной власти в установленном им порядке рассматривает вопрос о приостановлении применения такого лекарственного препарата.

Для учета случаев неблагоприятных побочных реакций лекарственного препарата используется специальная форма извещения, которая распространяется среди медперсонала лечебного учреждения и работников аптек. Сообщения о нежелательных побочных реакциях могут направляться по факсу, электронной почте и другими доступными способами.²⁴

²⁴ «Инструкция по сбору информации о неблагоприятных побочных реакциях лекарственных средств, средств традиционной медицины и биологически активных добавок» (утв. Минздравом РФ 19.01.2001)

Извещение о нежелательной реакции или отсутствии терапевтического эффекта лекарственного препарата

ИЗВЕЩЕНИЕ О НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ИЛИ ОТСУТСТВИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

Первичное Дополнительная информация к сообщению
N _____ от _____

Данные пациента							
Инициалы пациента (код пациента) <*> _____ Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж Вес ____ кг							
Возраст _____ Беременность <input type="checkbox"/> , срок _____ недель							
Аллергия <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Есть, на _____							
Лечение <input type="checkbox"/> амбулаторное <input type="checkbox"/> стационарное <input type="checkbox"/> самолечение							
Лекарственные средства, предположительно вызвавшие НР							
	Наименование ЛС (торговое) <*>	Производитель	Номер серии	Доза, путь введения	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Показание
1							
2							
3							
Нежелательная реакция						Дата начала НР _____	
Описание реакции <*> (укажите все детали, включая данные лабораторных исследований)						Критерии серьезности НР:	
						<input type="checkbox"/> Смерть	
						<input type="checkbox"/> Угроза жизни	
						<input type="checkbox"/> Госпитализация или ее продление	
						<input type="checkbox"/> Инвалидность	
Дата разрешения НР _____						<input type="checkbox"/> Врожденные аномалии	
						<input type="checkbox"/> Клинически значимое событие	
						<input type="checkbox"/> Не применимо	
Предпринятые меры							

<input type="checkbox"/> Без лечения	<input type="checkbox"/> Отмена подозреваемого ЛС	<input type="checkbox"/> Снижение дозы ЛС
<input type="checkbox"/> Немедикаментозная терапия (в т.ч. хирургическое вмешательство)		
<input type="checkbox"/> Лекарственная терапия _____		
Исход		
<input type="checkbox"/> Выздоровление без последствий	<input type="checkbox"/> Улучшение состояния	<input type="checkbox"/> Состояние без изменений
<input type="checkbox"/> Выздоровление с последствиями (указать) _____		
<input type="checkbox"/> Смерть <input type="checkbox"/> Неизвестно <input type="checkbox"/> Не применимо		

Сопровождалась ли отмена ЛС исчезновением НР? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> ЛС не отменялось <input type="checkbox"/> Не применимо							
Назначалось ли лекарство повторно? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да							
Результат <input type="checkbox"/> Не применимо							
Другие лекарственные средства, принимаемые в течение последних 3 месяцев, включая ЛС принимаемые пациентом самостоятельно (по собственному желанию)							
	Наименование ЛС (торговое)	Производитель	Номер серии	Доза, путь введения	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Показание
1							
2							
3							
4							
5							
Данные сообщающего лица							
<input type="checkbox"/> Врач <input type="checkbox"/> Другой специалист системы здравоохранения <input type="checkbox"/> Пациент <input type="checkbox"/> Иной							
Контактный телефон/e-mail: <*> _____							
Ф.И.О. _____							
Должность и место работы _____							
Дата сообщения _____							

РЕЦЕПТЫ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Лекарства могут быть безрецептурного и рецептурного отпуска.



Рецепт на лекарственный препарат (ЛП) – медицинский документ установленной формы, содержащий назначение лекарственного препарата для медицинского применения в целях отпуска лекарственного препарата или его изготовления и отпуска медицинским работником:

- на бумажном носителе;
- в форме электронного документа:
 - с согласия пациента или его законного представителя;
 - подписывается с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника;
 - выписывается врачом на очном приеме;
 - доступен пациенту в мобильном приложении;
 - для приобретения ЛП необходимо предъявить QR-код в аптеке.

Назначение рецептурных препаратов требует знания положений Приказа Минздрава России от 24.11.2021 №1094н, который утверждает:

- порядок назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты;
- порядок оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ;
- порядок их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения;

- правила оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов.

При назначении ЛП врачу необходимо следовать некоторым правилам:

1. **Медицинский работник вносит в медицинскую документацию пациента** наименование ЛП, дозировку, способ введения и применения, режим дозирования, продолжительность лечения, обоснование назначения ЛП.
2. **В медицинской документации фиксируется факт выдачи рецепта** на лекарственный препарат законному представителю или уполномоченному лицу.
3. **Допускается использование аутентичных сокращений** при оформлении рецептурных бланков.

В год разрабатывается не больше 40–50 новых молекул, менее половины доходит до исследований доклинического этапа, еще меньше до этапов клинических исследований, и каждый новый препарат, получивший разрешение на использование в клинической практике – это событие. По уровню инновационности современная фармацевтическая промышленность не уступает ни космической, ни оборонной.

[Распоряжение Правительства Российской Федерации от 07.06.2023 №1495-р](#)

В настоящее время на территории Российской Федерации осуществляется выпуск лекарственных препаратов практически во всех ключевых сегментах фармацевтического рынка.

С актуальными данными о его объеме, структуре, доходности фармацевтического рынка, производителях, спросе, мероприятиях господдержки Вы можете дополнительно ознакомиться на сайтах:

[DSM.RU](https://www.dsm.ru)

[PHARMVESTNIK.RU](https://pharmvestnik.ru)

27. УПРАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ



Управление – целенаправленный процесс, позволяющий достигать результатов наиболее эффективными методами. В широком смысле управление может быть определено как руководство деятельностью людей, объединяющее их усилия **для достижения целей.**



Большая российская энциклопедия, 2022

Цель:

- осознанный образ предвосхищаемого результата, на достижение которого направлено действие человека;
- **конечная ситуация**, к достижению которой стремится функционирующая система;
- **предвосхищаемый полезный результат**, определяющий направленность поведения живого организма.

Процесс определения цели в медицинской организации предусматривает соответствие с назначением (миссией) организации, стратегическими установками и характером решаемых задач. Правильно поставленная цель должна быть:

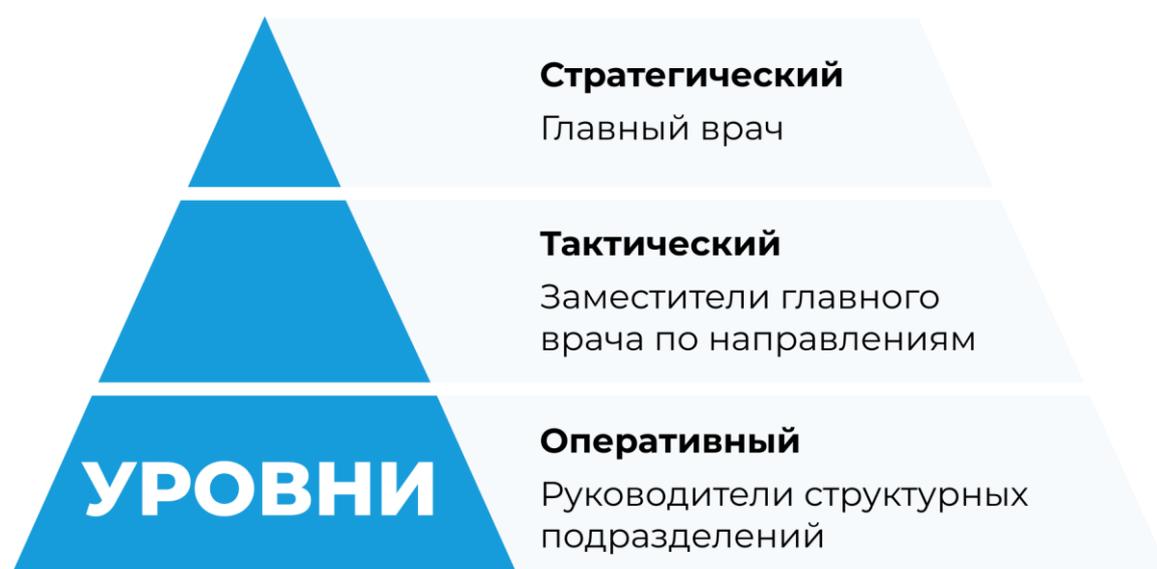
- конкретной;
- измеримой;
- достижимой;
- релевантной;
- ограниченной во времени.

В системе управления можно выделить два основных звена: управляющее и управляемое. Тех, кто управляет, принято называть субъектами управления, а кем управляют – объектами управления. В любой организации, в том числе медицинской, субъект управления одновременно может являться и управляющим, и управляемым звеном.



ИЕРАРХИЯ УПРАВЛЕНИЯ

Иерархия управления представляет собой способ построения структуры медицинской организации как сложной системы. При этом элементы системы распределены по уровням, и вся система становится многоуровневой, многоступенчатой, обладающей в то же время свойством целостности.



Для управления медицинской организацией используются технологии процессного, проектного, инцидентного, риск-ориентированного подходов или их сочетание.

ПРОЦЕССНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

Цель: оптимизация процессов организации для повышения их эффективности, качества и результативности.

Основные характеристики:

- стандартизация работы;
- мониторинг и контроль текущих процессов;
- ответственные за процессы – структурные подразделения;
- непрерывное улучшение процессов;
- измерение результативности;
- автоматизация и цифровизация.

ПРОЕКТНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

Цель: достижение конкретных результатов в установленные сроки.

Основные характеристики:

- планирование мероприятий;
- распределение ресурсов;
- наличие сроков выполнения;
- персональная ответственность за мероприятия;
- ориентация на уникальный результат;
- прогнозирование рисков (политических, экономических, социальных и других).

Процессное управление предоставляет возможность улучшать постоянные, повторяющиеся процессы деятельности

организации, проектное – реализовывать конкретные проекты, ограниченные во времени, и получать уникальные результаты.

В основном в управлении применяются процессные методы управления. Но процессные и проектные методы могут применяться одновременно²⁵.

ИНЦИДЕНТНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

Цель: минимизация влияния инцидента и восстановление функционирования системы организации в короткий срок.

Включает этапы:

- идентификация инцидента;
- приоритизация уровня критичности;
- реакция;
- информирование об инциденте и получение обратной связи;
- закрытие и формирование отчетности по улучшению процессов;
- обучение сотрудников реагировать на инцидент.

РИСК-ОРИЕНТИРОВАННОЕ УПРАВЛЕНИЕ

Цель: минимизация негативного влияния рисков на функционирование организации.

Включает этапы:

- идентификация рисков, которые могут повлиять на функционирование организации;
- оценка вероятности рисков и их последствий;
- разработка стратегий реагирования по минимизации негативного влияния рисков;

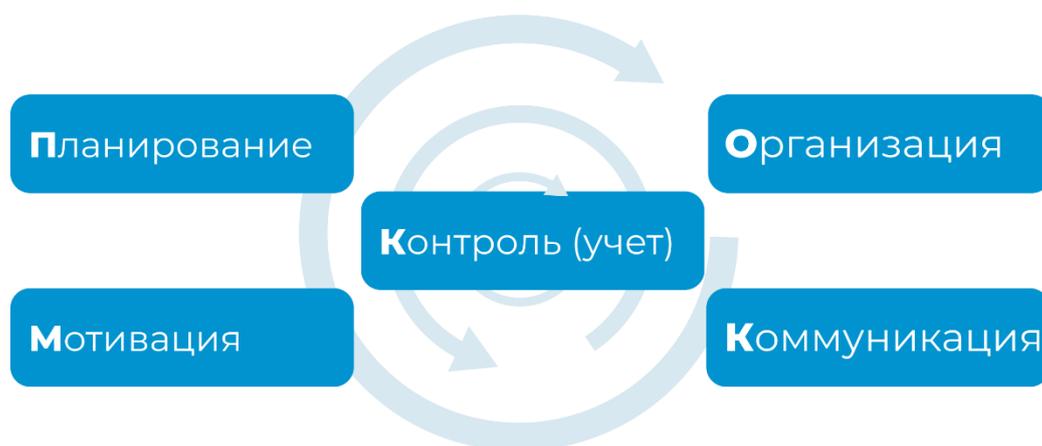
²⁵ Найговзина Н.Б., Филатов В.Б., Патрушев М.А. Философия развития здравоохранения: практика проектного управления — Москва: Медицинское информационное агентство, 2021. — 216 с.

- мониторинг и контроль принятых мер;
- обучение сотрудников устранять риски и их последствия.

Инцидентное управление позволяет реагировать на инциденты и принимать меры по минимизации их вероятности, риск-ориентированное – направлено на создание устойчивости организации, способной адаптироваться к изменяющимся условиям.

ФУНКЦИИ УПРАВЛЕНИЯ

Управленческий цикл – сложный процесс, который состоит из взаимосвязанных функций:



- 1 **Планирование** – процесс разработки порядка действий, который включает определение конкретных шагов, ресурсов, сроков и методов, необходимых для достижения поставленной цели.
- 2 **Организация** – создание определенной структуры взаимосвязанных по вертикали и по горизонтали процессов деятельности медицинской организации.

Все процессы деятельности разделяются на **основные** (лечебно-диагностические и профилактические), **управленческие** и **обеспечивающие** (хозяйственные)

подразделения, пищеблок, гараж и т.п.), что позволяет медицинской организации достигать целевых показателей и обеспечивать качество и безопасность медицинской деятельности.

В связи с изменениями внешней среды руководство медицинской организации способно адаптировать организационную структуру, распределять ответственность и определенные задачи между сотрудниками в зависимости от их компетенций.

③ **Мотивация** – осознанное целенаправленное стремление к реализации в том или ином направлении.

Мотивация предполагает, что работник медицинской организации выполняет свою работу в запланированные сроки при осознанной ответственности за качество результатов и производительность труда в соответствии с трудовыми функциями.

Виды мотивации персонала:

- **нематериальные поощрения** (продвижение по служебной лестнице, курсы повышения квалификации, программы обмена опытом, мастер-классы, конкурсы среди персонала, обеспечение комфортных условий для труда и отдыха, награждение грамотой, объявление благодарности и другие);
- **материальное стимулирование** (повышение уровня оплаты труда, оказание финансовой помощи, премирование, оплата конференций, семинаров, командировок и другие).

④ **Контроль** – комплекс системных мероприятий, направленных на оценку процессов деятельности медицинской организации, обеспечивающий достижение

медицинской организацией поставленных целей, в том числе в области качества.

Основные направления контроля:

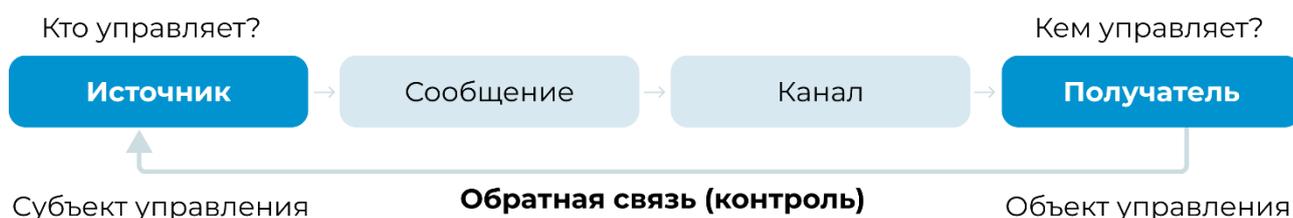
- контроль за выполнением запланированных работ;
- выявление рисков и устранение их на первых этапах возникновения;
- меры по коррекции решений и их реализация.

Главными инструментами являются наблюдение, проверка, учет и анализ всех сторон деятельности.

5 **Коммуникация** – процесс передачи информации от одного человека к другому по разным каналам связи.

Коммуникация как функция управления обеспечивает оптимальный обмен информацией:

- внутри организации между отдельными подразделениями и работниками;
- с заинтересованными сторонами во внешней среде медицинской организации.



Эффективная коммуникация – взаимодействие, при котором отправитель сообщения четко понимает, что он хочет передать, адекватно и понятно это транслирует, а принимающая сторона понимает сообщение именно так, как хотелось бы отправителю.

РЕСУРСЫ УПРАВЛЕНИЯ



Кадровые:

- медицинский и немедицинский персонал;
- административно-управленческий персонал.



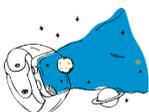
Финансовые:

- бюджетные средства, средства ОМС;
- гранты и пожертвования от частных лиц и организаций и другие.



Материально-технические:

- медицинское оборудование и инструменты;
- лекарственные препараты и медицинские материалы;
- мебель и инвентарь для обеспечения деятельности медицинской организации;
- здания и сооружения, в которых располагается медицинская организация.



Информационные:

- медицинские информационные системы;
- профессиональная медицинская литература и доступ к научным публикациям;
- программное обеспечение для управления процессами в медицинской организации;
- системы автоматизации процессов (запись на прием к врачу и другие).

УПРАВЛЕНЧЕСКОЕ РЕШЕНИЕ



Управленческое решение – выбор, который постоянно осуществляет руководитель любого уровня при

выполнении своих обязанностей, обусловленных занимаемой им должностью в медицинской организации. Управленческое решение принимается на основе информации, получаемой в процессе подготовки решений.

Алгоритм принятия управленческого решения:



СТИЛИ УПРАВЛЕНИЯ

Современный руководитель в своей повседневной деятельности использует различные методы управления, придерживаясь определенного стиля управления.



Стиль управления

- совокупность наиболее характерных и устойчивых приемов, использующихся в процессе управленческой деятельности;
- модель взаимодействия руководителей различного уровня с подчиненными.

Существует много классификаций управленческих стилей, чаще всего выделяют авторитарный, либеральный и демократический.

1

Авторитарный стиль – стиль руководства, абсолютизирующий власть в одних руках и предполагающий **полное отрицание коллегиальности** в принятии решений.

Авторитарный стиль руководства в повседневной деятельности не следует смешивать с административно-авторитарным стилем, эффективно используемым в экстремальных ситуациях.

Для него характерны:

- преувеличение роли административно-командных форм руководства;
- централизация власти;
- единоличное принятие управленческих решений.

Руководители такого стиля ориентируются, прежде всего, на дисциплину и жесткий контроль над деятельностью подчиненных, который основан преимущественно на силе власти (принуждения).

2

Либеральный стиль – стиль руководства, предполагающий минимальное вмешательство руководителя в работу коллектива.

Этот стиль управления также называют анархическим, попустительствующим. Руководитель такого стиля находится **в стороне от своего коллектива**.

Для него характерны:

- минимальное вмешательство в работу подчиненных и коллектива в целом;

- низкий уровень требовательности как к сотрудникам, так и к себе;
- нейтральные методы воздействия на подчиненных, чья инициатива хотя и не подавляется, но активно не поощряется.

В такой ситуации властью, как правило, пользуются неформальные лидеры.

③ **Демократический стиль** – стиль руководства, характеризующийся распределением полномочий, инициативы и ответственности между руководителем и заместителями, руководителем и подчиненными.

Руководитель демократического стиля всегда выясняет мнение коллектива по важным производственным вопросам, решение принимается коллегиально. Общение с подчиненными проходит в форме просьб, пожеланий, рекомендаций, советов, поощрений за качественную и оперативную работу, доброжелательно. Руководитель стимулирует благоприятный психологический климат в коллективе, отстаивает интересы подчиненных.

Современный руководитель ситуативно применяет сочетанный стиль руководства, наиболее адекватный цели и задачам, стоящим перед организацией.

ЭФФЕКТИВНОЕ КОМАНДООБРАЗОВАНИЕ:

Команда формируется в соответствии с целями развития медицинской организации.



Эффективная команда – команда, наделенная сильным духом, ощущающая свою ценность не только как «производителей сиюминутной выгоды», но и как структура, наделенная глубоким смыслом и собственной волей к достижению и преодолению.

Командный дух обеспечивает поддержку в сложных ситуациях и является мощным источником мотивации, концентрации внимания, решительности и устойчивости, влияет на все остальные аспекты командной работы, ее цели, ценности, поведение, распределение ролей и ответственности.

Управление медицинской организацией – искусство понимания деятельности как единого целого и умения определять взаимосвязь ее отдельных элементов.

28. ДОСТУПНОСТЬ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



Доступность и качество медицинской помощи являются одним из принципов охраны здоровья граждан и, согласно законодательству, обеспечиваются целым комплексом различных организационных мероприятий.



[Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 2](#)

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.



[Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 2](#)

Медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность, виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.



Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 2

Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 10

Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются:

- организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;
- наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации;
- возможностью выбора медицинской организации и врача;
- применением порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи;
- предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- установлением в соответствии с законодательством Российской Федерации требований к размещению медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения, исходя из потребностей населения;

- транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения;
- возможностью беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью;
- оснащением медицинских организаций оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья;
- применением телемедицинских технологий.

КРИТЕРИИ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:²⁶

- Удовлетворенность населения, в том числе городского и сельского населения, доступностью медицинской помощи (процентов числа опрошенных);
- Доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общих расходах на территориальную программу государственных гарантий;
- Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на территориальную программу государственных гарантий;
- Доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в

²⁶ Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 №1940.

- федеральных медицинских организациях, в общем числе пациентов, которым была оказана специализированная медицинская помощь в стационарных условиях в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;
- Доля посещений выездной патронажной службой на дому для оказания паллиативной медицинской помощи детскому населению в общем количестве посещений по паллиативной медицинской помощи детскому населению.
 - Число пациентов, которым оказана паллиативная медицинская помощь по месту их фактического пребывания за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого указанные пациенты зарегистрированы по месту жительства.
 - Число пациентов, зарегистрированных на территории субъекта Российской Федерации по месту жительства, за оказание паллиативной медицинской помощи которым в медицинских организациях других субъектов Российской Федерации компенсированы затраты на основании межрегионального соглашения.
 - Доля пациентов, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, взятых под диспансерное наблюдение, в общем количестве пациентов, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями.
 - Доля пациентов, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания и страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, получивших медицинскую помощь в рамках диспансерного наблюдения.
 - Доля граждан, обеспеченных лекарственными препаратами, в общем количестве льготных категорий граждан.

- Доля детей в возрасте от 2 до 17 лет с диагнозом "сахарный диабет", обеспеченных медицинскими изделиями для непрерывного мониторинга уровня глюкозы в крови.
- Число случаев лечения в стационарных условиях на одну занятую должность врача медицинского подразделения, оказывающего специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.
- Оперативная активность на одну занятую должность врача хирургической специальности.

КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:²⁷

- Доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках диспансеризации, в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года.
- Доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года у несовершеннолетних.
- Доля впервые выявленных онкологических заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках диспансеризации, в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных онкологических заболеваний в течение года.

²⁷ Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 №1940.

- Доля впервые выявленных онкологических заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках диспансеризации, от общего количества лиц, прошедших указанные осмотры.
- Доля пациентов со злокачественными новообразованиями, взятых под диспансерное наблюдение, в общем количестве пациентов со злокачественными новообразованиями.
- Доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 12 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда.
- Доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к его проведению.
- Доля пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым выездной бригадой скорой медицинской помощи проведен тромболитический тромболизис, в общем количестве пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, имеющих показания к его проведению, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой медицинской помощи.
- Доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия в первые 12 часов от начала заболевания, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к ее проведению.
- Доля работающих граждан, состоящих на учете по поводу хронического неинфекционного заболевания, которым проведено диспансерное наблюдение

работающего гражданина в соответствии с Программой.

- Доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями.
- Доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом, госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры в первые 6 часов от начала заболевания.
- Доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом, госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры.
- Доля пациентов, получающих обезболивание в рамках оказания паллиативной медицинской помощи, в общем количестве пациентов, нуждающихся в обезболивании при оказании паллиативной медицинской помощи.
- Доля пациентов, получающих лечебное (энтеральное) питание в рамках оказания паллиативной медицинской помощи, в общем количестве пациентов, нуждающихся в лечебном (энтеральном) питании при оказании паллиативной медицинской помощи.
- Доля лиц репродуктивного возраста, прошедших диспансеризацию для оценки репродуктивного

здоровья женщин и мужчин (отдельно по мужчинам и женщинам).

- Доля пациентов, обследованных перед проведением вспомогательных репродуктивных технологий в соответствии с критериями качества проведения программ вспомогательных репродуктивных технологий клинических рекомендаций "Женское бесплодие".
- Число циклов ЭКО, выполняемых медицинской организацией, в течение одного года.
- доля случаев ЭКО, по результатам которого у женщины наступила беременность.
- Доля женщин, у которых беременность после применения процедуры ЭКО (циклов с переносом эмбрионов) завершилась родами, в общем числе женщин, которым были проведены процедуры ЭКО (циклы с переносом эмбрионов).
- Количество обоснованных жалоб, в том числе на несоблюдение сроков ожидания оказания и на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы государственных гарантий.
- Охват диспансерным наблюдением граждан, состоящих на учете в медицинской организации с диагнозом "хроническая обструктивная болезнь легких", процентов в год.
- Доля пациентов с диагнозом "хроническая сердечная недостаточность", находящихся под диспансерным наблюдением, получающих лекарственное обеспечение.
- Охват диспансерным наблюдением граждан, состоящих на учете в медицинской организации с

диагнозом "гипертоническая болезнь", процентов в год.

- Охват диспансерным наблюдением граждан, состоящих на учете в медицинской организации с диагнозом "сахарный диабет", процентов в год.
- Количество пациентов с гепатитом С, получивших противовирусную терапию, на 100 тыс. населения в год.
- Доля ветеранов боевых действий, получивших паллиативную медицинскую помощь и (или) лечебное (энтеральное) питание, из числа нуждающихся.
- Доля пациентов, прооперированных в течение 2 дней после поступления в стационар по поводу перелома шейки бедра, от всех прооперированных по поводу указанного диагноза.

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

[Приказ Минздрава России от 19.03.2021 №231н](#)

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется путем проведения:

- медико-экономического контроля;
- медико-экономической экспертизы;
- **экспертизы качества медицинской помощи.**



[Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 64](#)

Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Критерии оценки качества медицинской помощи²⁸ формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

²⁸ Приказ Минздрава России от 10.05.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

29. КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ



Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 2

Медицинская деятельность – профессиональная деятельность по:

- оказанию медицинской помощи;
- проведению медицинских экспертиз;
- медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;
- санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей;
- обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях.



Безопасность медицинской деятельности – совокупность характеристик, отражающих безопасность:

- составляющих медицинскую деятельность работ (услуг), ресурсов, в том числе кадровых и материально-технических;
- условий оказания медицинской помощи;

- в сфере обращения медицинских изделий, лекарственных средств.



ВОЗ

Безопасность пациентов – отсутствие и/или предотвращение вреда, который может быть причинен в процессе оказания ему медицинской помощи, в том числе риска необоснованного вреда, связанного с медико-санитарным обслуживанием до допустимого уровня.



Цель контроля качества и безопасности медицинской деятельности наряду с обеспечением безопасности пациентов и работников медицинских организаций - **повышение доступности и качества оказания медицинской помощи.**

ВИДЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ устанавливает следующие виды контроля качества и безопасности медицинской деятельности:

- государственный;
- ведомственный;
- внутренний.

Государственный контроль Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) с осуществляет применением риск-ориентированного подхода.

Предметом контроля являются:

1. Соблюдение медицинскими организациями:
 - обязательных требований в сфере охраны здоровья;
 - прав граждан в сфере охраны здоровья;
 - порядка оказания медицинской помощи, положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи;
 - порядка и условий предоставления платных медицинских услуг;
 - ограничений, налагаемых на медицинских работников;
 - требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
 - требований к предоставлению социальных услуг;
 - требований к обеспечению доступности;
 - соответствия критериям оценки качества медицинской помощи.

2. Соблюдение лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности.

**Ведомственный
контроль**

осуществляют:

- федеральные органы исполнительной власти;
- органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Включает проведение плановых, внеплановых документарных и (или) выездных проверок по проверочным листам:

- применения медицинскими организациями положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи либо правил проведения лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных видов диагностических исследований, стандартов медицинской помощи;
- соблюдения медицинскими организациями безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);
- соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности;
- соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья граждан, в том числе доступности для инвалидов объектов инфраструктуры и предоставляемых услуг в указанной сфере;
- соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

- соблюдения требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

[Приказ Минздрава России от 31.07.2020 №785н](#)

Внутренний контроль организации государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения осуществляют

Проводятся плановые и целевые (внеплановые) проверки:

- оценка качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации, ее структурных подразделений;
- сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, и их анализ;
- учет нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности;
- мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;
- анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, при применении лекарственных препаратов;
- анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия;
- мониторинг наличия у медицинских работников документов об образовании и сертификата специалиста, либо свидетельства об аккредитации специалиста.

Для обеспечения доступности и качества медицинской помощи на основе полученных результатов контроля качества и безопасности медицинской деятельности всеми работниками медицинской организации разрабатывается **система предупредительных и корректирующих мероприятий**.

Критерии качества для:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| Пациента | <ul style="list-style-type: none">• заинтересованность и вежливость (эмпатия) персонала;• облегчение симптомов, функциональное улучшение, своевременность и доступность оказания медицинской помощи. |
| Медицинской организации | <ul style="list-style-type: none">• удовлетворенность пациентов;• улучшение статистических показателей деятельности медицинской организации и ее отдельных структур;• повышение рейтинга и имиджа организации;• финансовая устойчивость и перспективы развития. |
| Органов управления здравоохранением | <ul style="list-style-type: none">• повышение показателей здоровья населения;• повышение эффективности управления;• снижение ресурсных затрат;• внедрение новых технологий и экономический эффект. |
| Государства | <ul style="list-style-type: none">• увеличение продолжительности жизни и повышение уровня здоровья населения; |

- повышение производственного потенциала;
- развитие новых технологий;
- сокращение издержек;
- международное признание приоритета достижений в области медицины и организации здравоохранения.

Результаты всех видов контроля качества лежат в основе принятия управленческих решений в медицинской организации и включают проведение мероприятий, направленных на предупреждение врачебных ошибок и иных дефектов работы персонала, повышение эффективности использования ресурсов, доступности и качества медицинской помощи населению.

30. ЦИФРОВИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ



Технологическая трансформация, которая затронула все без исключения сферы жизни, по своему масштабу, объему и сложности не имеет аналогов в предыдущей истории человечества. То, что вчера было смелой далекой мечтой и сюжетом фантастических романов, сегодня приобретает реальное воплощение.

Никого уже не удивляет, что миллиарды людей связаны между собой мобильными устройствами. Технология обработки и хранения информации открывает беспрецедентные возможности для человечества, а доступ отдельного индивидуума к огромному массиву данных практически неограничен.

Искусственный интеллект, роботизация, интернет вещей, автомобили без водителей, трех- и четырехмерная печать, нанотехнологии, биотехнологии, материаловедение, водородная и термоядерная энергетика, квантовые вычисления и другие технологии развиваются в геометрической прогрессии, изобретения одной отрасли запускают разработки в другой.

Необходимость широкого внедрения и освоения цифровых технологий в здравоохранении не нуждается в обоснованиях. Конкретные направления и новые возможности применения этих технологий для наиболее эффективной работы системы здравоохранения – ключ к улучшению здоровья населения и каждого человека от еще не родившегося младенца до долгожителя.

В настоящее время наиболее значимые и перспективные направления цифрового развития здравоохранения представлены следующим образом:

Организация и структурирование процесса оказания медицинской помощи

- запись на прием;
- оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий;
- хранение данных.

Использование блокчейна

обеспечивает безопасность персональных данных.

Искусственный интеллект

– помощник/консультант при диагностике и выборе лечения, в разработке профилактических мероприятий и реабилитационных программ конкретного пациента.

Виртуальная и дополненная реальность

– технология современной и эффективной подготовки медицинских кадров.

Портативные и встраиваемые устройства

– средства мониторинга текущего состояния пациентов, профилактики, приверженности здорового образа жизни.

Эти направления отражены в концептуальных задачах пациентоориентированного здравоохранения и персонализированной медицины.



Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17.04.2024 №959-р

Стратегическое направление в области цифровой трансформации здравоохранения разработано в целях:

- достижения высокого уровня «цифровой зрелости» органов и организаций здравоохранения;
- унификации процессов и приведения их к единому стандарту;
- применения сквозных цифровых технологий, в том числе технологий искусственного интеллекта;
- решения задач технологических процессов и осуществления информационного обмена на базе «цифровых двойников».

ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЦИФРОВИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:

- осуществление цифровой трансформации на основе отечественных информационно-коммуникационных технологий, в том числе «сквозных»;
- платформизация, формирование единой отраслевой технической политики в области информационно-коммуникационных технологий;
- построение общих информационных моделей, введение единых стандартов обмена информацией, унифицированная регламентация взаимодействия между различными системами и субъектами;
- обеспечение условий для достижения технологического суверенитета в сфере здравоохранения;
- обеспечение устойчивого и бесперебойного функционирования информационной инфраструктуры;

- внедрение в медицинских организациях типовых защищенных автоматизированных рабочих мест;
- реализация государственной политики в области цифровой трансформации на платформе «ГосТех» путем создания домена «Здравоохранение» с соблюдением принципов клиентоцентричности;
- организация межведомственного электронного взаимодействия.

ЦИФРОВАЯ ИНФРАСТРУКТУРА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

по данным 2023 года

1,04 млн. автоматизированных рабочих мест подключены к МИС в субъектах России

100% подключены к защищенной сети передачи данных

522,8 тыс. медицинских работников медицинских организаций обеспечены усиленными квалифицированными электронными подписями

98,6% медицинских организаций подключены к централизованным подсистемам государственных информационных систем в сфере здравоохранения

91,6% выделенных структурных подразделений медицинских организаций используют МИС для организации и оказания медицинской помощи гражданам и взаимодействуют с ЕГИСЗ

70,4% записей к врачу совершено дистанционно

66,7% пользователей Госуслуг пользуются электронными медицинскими документами граждан воспользовались услугами и сервисами в личном кабинете «Мое здоровье» на едином Портале

22,95 млн.

В Российской Федерации цифровизация здравоохранения проводится в рамках федерального проекта «Создание единого цифрового контура здравоохранения на основе Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)».

[Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17.04.2024 №959-р](#)

Задачи ЕГИСЗ как инструмента государственного регулирования в сфере здравоохранения:

- информационная поддержка деятельности медицинских и фармацевтических организаций;
- взаимодействие участников системы здравоохранения;
- обеспечение электронного доступа граждан к услугам в сфере здравоохранения;
- ведение персонифицированного учета лиц:
 - участвующих в осуществлении медицинской и фармацевтической деятельности;
 - обучающихся по образовательным программам среднего профессионального и высшего медицинского образования.

ЕГИСЗ включает следующие подсистемы:

1. Федеральный регистр медицинских и фармацевтических работников.
2. Федеральный реестр медицинских и фармацевтических организаций.

3. Федеральная электронная регистратура.
4. Федеральная интегрированная электронная медицинская карта.
5. Федеральный реестр электронных медицинских документов.
6. Подсистема ведения специализированных регистров пациентов по отдельным нозологиям и категориям граждан, мониторинга организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и санаторно-курортного лечения.
7. Подсистема ведения реестров лекарственных препаратов для медицинского применения.
8. Информационно-аналитическая подсистема мониторинга и контроля в сфере закупок лекарственных препаратов для обеспечения государственных и муниципальных нужд.
9. Подсистема автоматизированного сбора информации о показателях системы здравоохранения из различных источников и представления отчетности.
10. Федеральный реестр нормативно-справочной информации в сфере здравоохранения.
11. Подсистема обезличивания персональных данных.
12. Геоинформационная подсистема.
13. Подсистема защиты информации.
14. Подсистема обеспечения отраслевого ситуационного центра в сфере здравоохранения.
15. Интеграционные подсистемы и иные подсистемы.

**Добавлены
3 новые
подсистемы**



ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

При дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и между собой применяются телемедицинские технологии.



[Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, статья 2](#)

Телемедицинские технологии – информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.

Организация и оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий регулируются соответствующим порядком.



[Приказ Минздрава России от 30.11.2017 №965н](#)

Порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий определяет правила дистанционного взаимодействия медицинских работников:

1

Между собой с целью получения заключения медицинского работника сторонней медицинской организации, протокола консилиума врачей по вопросам:

- оценки состояния здоровья пациента;
- уточнения диагноза;
- определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения;

- целесообразности перевода в специализированное отделение медицинской организации;
- медицинской эвакуации.

2

С пациентами/законными представителями с целью:

- профилактики, сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента;
- принятия решения о необходимости проведения очного приема врача (осмотра, консультации).

ЦИФРОВЫЕ РЕШЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Основные виды цифровых решений в здравоохранении:

1. Для пациента:

- общение с целевой группой пациентов;
- взаимодействие с населением;
- взаимодействие между пациентами;
- мониторинг данных о состоянии своего здоровья;
- обратная связь населения с системой здравоохранения;
- информационные сервисы для пациентов;
- реестр счетов застрахованного.

2. Для медицинской организации:

- регистрация факта обращения за медицинской помощью;
- медицинская документация;

- системы поддержки принятия решений;
- телемедицинские технологии;
- взаимодействие с медицинской организацией;
- координация маршрутизации пациента;
- планирование и расписание деятельности медицинских работников;
- обучение медицинских работников;
- выписывание рецептов и управление запасами лекарственных средств;
- управление данными о результатах исследований.

3. Для органов управления здравоохранения:

- управление ресурсами;
- медицинская статистика;
- уведомление о санитарно-эпидемиологической обстановке и угрозах.

4. Управление данными:

- сбор, управление и использование данных;
- кодирование информации;
- определение местоположения человека, медицинской организации;
- обмен данными и интероперабельность систем.

Развитие цифровых решений в здравоохранении направлено на повышение эффективности и результативности оказания медицинской помощи; избавляет от ряда дублирующих административных задач, помогает с диагностикой и лечением, обеспечивает дополнительный контроль безопасности и делает удобным взаимодействие всех сторон, вовлеченных в систему здравоохранения (пациентов, медицинских работников, в том числе организаторов здравоохранения).

Топ-10 цифровых решений в медицине:

Решение	Возможности
Биосенсоры фитнес-браслеты, умные часы, датчики, встроенные в одежду	<ul style="list-style-type: none">• оперативность информирования врача о состоянии здоровья пациента и своевременный вызов скорой помощи;• стимулирование более ответственного поведения по отношению к своему здоровью;• продвижение концепции здорового образа жизни.
Электронные медицинские записи (электронный документооборот) медицинская карта, листок нетрудоспособности, рецепт	<ul style="list-style-type: none">• увеличение скорости передачи медицинской информации;• сокращение рутинного труда врачей;• концентрация на пациенте;• стандартизация подходов к сбору, хранению и передаче данных.
Телемедицина	<ul style="list-style-type: none">• снижение нагрузки и расходов на здравоохранение;• повышение доступности медицинской помощи (коррекция схемы лечения, направление на дополнительные исследования, консультации,

Интерфейсы**«Мозг-компьютер»**

нейроконтролируемые протезы для движения конечностями и пальцами, интерфейсы для управления смартфоном «силой мысли», стимуляции когнитивных способностей, контроль эмоционального фона

Приложения**m-Health**

мобильные телекоммуникации и мультимедийные технологии

Роботизированная хирургия

гибкая робототехника, 3D-визуализация, голосовое управление

проведение консилиумов, получение рецептов).

- лечение и реабилитация при нейродегенеративных и психических заболеваниях;
- нейрореабилитация.
- отслеживание физической активности, потребления и расхода калорий;
- мониторинг различных характеристик организма (уровня глюкозы в крови, артериального давления и другие);
- быстрый доступ к необходимой медицинской информации.
- применимость практически во всех областях хирургии;
- повышение точности хирургических вмешательств;
- снижение уровня операционной травматизации;

Решение

Возможности

Ассистивные технологии

людям с ограниченными возможностями, экзоскелеты, роботизированные протезы, интеллектуальные голосовые ассистенты, роботы-помощники, умные очки с дополненной реальностью

Анализ медицинских изображений

Технология голосового ввода Voice2Med и сервисы искусственного интеллекта. Описание исследований выполняется в Едином радиологическом информационном сервисе (ЕРИС), интеграция ЕРИС в ЕМИАС (рентгенологи могут свериться с анамнезом пациента из электронной медицинской карты)

Системы поддержки клинических решений

сфокусированы на управлении информацией с целью формирования клинических рекомендаций для лечения пациента на основе имеющихся данных

- сокращение сроков восстановления.
- компенсация утраченных функций;
- возможность вернуться к активному образу жизни и профессиональной деятельности;
- сокращение нагрузки на системы здравоохранения и социальной помощи.
- выявление патологий по снимкам рентгенограмм, компьютерных томограмм или маммограмм;
- повышение скорости и точности постановки диагноза;
- оптимизация производительности диагностического оборудования.
- анализ данных электронной медицинской карты пациента и формулирование персонифицированных рекомендаций;

Решение

Возможности

Интернет медицинских вещей

- совершенствование диагностики и лечения;
- уточнение переносимости и совместимости лекарственных средств.
- объединение различных приборов и датчиков в целостную экосистему;
- развитие облачных хранилищ;
- обеспечение многопользовательского удаленного доступа к медицинской информации;
- снижение числа исследований, проводимых с участием медперсонала;
- оптимизация и контроль работы медицинских учреждений (для оценки состояния техники или учета лекарственных средств).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Уважаемые коллеги!

Мы с Вами познакомились с основами общественного здоровья и здравоохранения, включая нормативное правовое регулирование, управление ресурсами (материально-техническими, информационными, кадровыми и финансовыми), организацию оказания медицинской помощи населению, разграничение полномочий федеральных органов государственной власти и органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Вместе с тем наша специальность динамично развивается, постоянно совершенствуется законодательство в сфере охраны здоровья, повышаются требования к качеству и безопасности медицинской деятельности.

Мы готовы обсуждать с Вами, в том числе в интерактивном формате, вопросы, которые возникли у Вас при изучении материалов данного учебного пособия, и волнующие Вас проблемы при определении профессионального пути.

orgzdrav@koziz.ru

НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Дата	№	Наименование	Редакция
12.12.1993		Конституция Российской Федерации	01.07.2020
30.12.2001	197	Трудовой кодекс Российской Федерации	07.04.2025
30.11.1994	51-ФЗ	Гражданский кодекс Российской Федерации	Часть 1 08.08.2024
26.01.1996	14-ФЗ		Часть 2 13.12.2024
26.01.2001	146-ФЗ		Часть 3 08.08.2024
18.12.2006	230-ФЗ		Часть 4 22.07.2024
30.12.2001	195-ФЗ	Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях	01.03.2025
29.12.1995	233-ФЗ	Семейный кодекс Российской Федерации	05.02.2025

Федеральные законы

Дата	№	Наименование федеральных законов	Редакция
22.12.1992	4180-1	О трансплантации органов и (или) тканей человека	01.09.2022
30.03.1995	38-ФЗ	О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)	01.01.2023
24.11.1995	181-ФЗ	О социальной защите инвалидов в Российской Федерации	01.03.2025
12.01.1996	7-ФЗ	О некоммерческих организациях	14.03.2025
08.01.1998	3-ФЗ	О наркотических средствах и психотропных веществах	01.09.2024
17.09.1998	157-ФЗ	Об иммунопрофилактике инфекционных болезней	01.01.2024
16.07.1999	165-ФЗ	Об основах обязательного социального страхования	29.10.2024
18.06.2001	77-ФЗ	О предупреждении распространении туберкулеза в Российской Федерации	01.01.2023
25.01.2002	8-ФЗ	О Всероссийской переписи населения	05.05.2020
19.04.2002	54-ФЗ	О временном запрете на клонирование человека	11.04.2010
29.12.2006	255-ФЗ	Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством	25.12.2023

Дата	№	Наименование федеральных законов	Редакция
29.11.2007	282-ФЗ	Об официальном статистическом учете и системе государственной статистики в Российской Федерации	01.01.2025
12.04.2010	61-ФЗ	Об обращении лекарственных средств	
08.05.2010	83-ФЗ	О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений	28.12.2024
29.11.2010	326-ФЗ	Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации	29.10.2024
21.11.2011	323-ФЗ	Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации	01.03.2025
20.12.2012	125-ФЗ	О донорстве крови и ее компонентов	01.01.2024
23.02.2013	15-ФЗ	Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции	28.12.2024
28.06.2014	172-ФЗ	О стратегическом планировании в Российской Федерации	13.07.2024
22.12.2014	429-ФЗ	О внесении изменений в Федеральный закон "Об обращении лекарственных средств"	01.09.2024
23.06.2016	180-ФЗ	О биомедицинских клеточных продуктах	01.04.2024

Указы Президента Российской Федерации

Дата	№	Наименование указов Президента Российской Федерации	Редакция
06.06.2019	254	О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года	27.03.2023
02.07.2021	400	О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации	
07.05.2024	309	О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года	

Постановление Правительства Российской Федерации

Дата	№	Наименование постановления Правительства Российской Федерации	Редакция
01.12.2004	715	Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих	11.02.2020
26.04.2012	403	О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента	17.06.2020
26.12.2017	1640	Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"	01.01.2025

Дата	№	Наименование постановления Правительства Российской Федерации	Редакция
29.03.2019	363	Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Доступная среда"	16.12.2024
01.06.2021	852	О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации	28.03.2024
29.06.2021	1048	Об утверждении Положения о федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности	01.03.2022
05.04.2022	588	О признании лица инвалидом	01.03.2025
11.05.2023	736	Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 №1006	
29.12.2023	2386	О государственной информационной системе «Единая централизованная цифровая платформа в социальной сфере»	03.12.2024
27.12.2024	1940	О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов	

Распоряжения Правительства Российской Федерации

Дата	№	Наименование распоряжений Правительства Российской Федерации	Редакция
02.02.2015	151-р	Об утверждении Стратегия устойчивого развития сельских территорий Российской Федерации на период до 2030 года	13.01.2017
12.10.2019	2406-р	Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи	20.03.2025
07.06.2023	1495-р	Об утверждении Стратегии развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2030 года	21.10.2024
17.04.2024	959-р	Об утверждении стратегического направления в области цифровой трансформации здравоохранения	

Приказы Минздравсоцразвития России

Дата	№	Наименование приказа Минздравсоцразвития России	Редакция
02.12.2009	942	Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи	15.09.2020

Приказы Минздрава России

Дата	№	Наименование приказа Минздрава России	Редакция
16.04.2012	366н	Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи	21.02.2020
13.11.2012	910н	Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями	08.08.2020
13.02.2013	66	Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации	13.07.2021
15.02.2013	72н	О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	18.12.2020
20.06.2013	388н	Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи	08.08.2020
06.08.2013	529н	Об утверждении номенклатуры медицинских организаций	05.04.2020
05.11.2013	822н	Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях	08.08.2020
02.12.2014	796н	Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи	22.09.2015

Дата	№	Наименование приказа Минздрава России	Редакция
15.12.2014	834н	Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению	02.06.2024
07.10.2015	700н	О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование	28.01.2020
27.02.2016	131н	О требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения	
10.05.2017	203н	Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи	
10.08.2017	514н	О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних	18.12.2020
13.10.2017	804н	Об утверждении номенклатуры медицинских услуг	29.12.2020
30.11.2017	965н	Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий	
07.03.2018	92н	Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям	

Дата	№	Наименование приказа Минздрава России	Редакция
16.05.2019	302н	Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях	18.12.2020
31.05.2019	348н	Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому	15.12.2020
14.06.2019	422н	Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "челюстно-лицевая хирургия"	
02.10.2019	824н	Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения	
31.07.2020	786н	Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях	28.03.2021
31.07.2020	803н	О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению	
31.07.2020	788н	Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых	20.12.2022
31.07.2020	787н	Об утверждении Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности	

Дата	№	Наименование приказа Минздрава России	Редакция
31.07.2020	785н	Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	
20.10.2020	1130н	Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"	
29.10.2020	1177н	Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях	
19.03.2021	231н	Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения	15.10.2024
27.04.2021	404н	Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения	30.08.2024
24.06.2021	664н	Об утверждении Порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел в случаях, установленных пунктом 5 части 4 статьи 13 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"	01.03.2025
23.11.2021	1089	Об утверждении Условий и порядка формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листков	01.01.2023

Дата	№	Наименование приказа Минздрава России	Редакция
		нетрудоспособности в форме документа на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством Российской Федерации	
24.11.2021	1094н	Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов	
15.03.2022	168н	Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми	23.03.2024
21.04.2022	275н	Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью	
05.08.2022	530н	Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения	01.04.2024
02.05.2023	206н	Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием	19.02.2024

Дата	№	Наименование приказа Минздрава России	Редакция
05.02.2024	35н	Об утверждении примерного перечня должностей медицинских работников в медицинских организациях и их структурных подразделениях, при замещении которых осуществляются единовременные компенсационные выплаты на очередной финансовый год (программного реестра должностей)	
14.04.2025	202н	Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению	

Приказы Минтруда России

Дата	№	Наименование приказа Минтруда России	Редакция
10.05.2016	227н	Об утверждении профессионального стандарта "Врач-стоматолог"	
21.03.2017	293	Об утверждении профессионального стандарта "Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)"	
14.03.2018	133н	Об утверждении профессионального стандарта "Врач скорой медицинской помощи"	
13.01.2021	3н	Об утверждении профессионального стандарта "Фельдшер скорой медицинской помощи"	
22.06.2018	409н	Об утверждении профессионального стандарта "Врач по паллиативной медицинской помощи"	

30.12.2020	979н	Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы	06.04.2024
26.07.2024	374н	Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы	

Приказы Минобрнауки России

Дата	№	Наименование приказа Минобрнауки России	Редакция
13.07.2017	656	Об утверждении примерных положений об организациях отдыха детей и их оздоровления	
12.08.2020	988	Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - специалитет по специальности 31.05.01 Лечебное дело	27.02.2023
12.08.2020	984	Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - специалитет по специальности 31.05.03 Стоматология	01.09.2023
30.03.2023	349	О внесении изменений в номенклатуру научных специальностей, по которым присуждаются ученые степени, утвержденную приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 24.02.2021 №118, и в соответствии направлений подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре) научным	

Дата	№	Наименование приказа Минобрнауки России	Редакция
		специальностям, предусмотренным номенклатурой научных специальностей, по которым присуждаются ученые степени, утвержденной приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 24.02.2021 №118, установленное приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации	

Наименование		Редакция
Приказ от 12.08.2020 Минздрава России 345н, Минтруда России 372н	Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - специалитет по специальности 31.05.03 Стоматология	01.09.2023
Приказ Росздравнадзора от 17.06.2024 №3518	Об утверждении Порядка фармаконадзора лекарственных препаратов для медицинского применения	

ЛИТЕРАТУРА

1. Абросимова Е.Б., Алебашина Л.А., Гажва С.И. и др. Организация здравоохранения и общественное здоровье: учебник/ под ред. Н.Н. Карякина. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2025. — 656 с.
2. Андреев Е.М., Школьников Е.М. Связь между уровнями смертности и экономического развития в России и её регионах / XIX Апрельская международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества: материалы конференции. — М., 2018. — С. [укажите страницы].
3. Баланов, А.Н. Цифровизация в здравоохранении: учебное пособие — Москва: Лань, 2024. — 428 с.
4. Брызгалина Е.В. Биоэтика как фактор качества оказания медицинской помощи: история и современность / Менеджмент качества в медицине. — 2024. — № 2. — С. 109–115.
5. Введение в медицинскую статистику с основами эпидемиологического анализа: учебное пособие / под ред. Н.Д. Ющука, Н.Б. Найговзиной. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. — 192 с.
6. Воробьев П.А., Авксентьева М.В., Юрьев А.С., Сура М.В. Клинико-экономический анализ — Москва: Ньюдиамед, 2004. — 792 с.
7. Здравоохранение и общественное здоровье: учебник / под ред. Г.Н. Царик. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. — 912 с.
8. Кузьмина Э.М., Янушевич О.О. Профилактическая стоматология: учебник — Москва: Практическая медицина, 2017. — 544 с.

9. Медик В.А. Заболеваемость населения. История, современное состояние и методология изучения: монография — Москва: Кнорус, 2023. — 526 с.
10. Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник — 5-е изд., перераб. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. — 656 с.
11. Медик В.А., Лисицин В.И., Токмачев М.С. Общественное здоровье и здравоохранение: руководство к практическим занятиям: учебное пособие — 3-е изд., перераб. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. — 496 с.
12. Найговзина Н.Б., Филатов В.Б., Бороздина О.А., Николаева Н.А. Стандартизация в здравоохранении. Преодоление противоречий законодательства, практики, идей. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 208 с.
13. Найговзина Н.Б., Ковалевский М.А. Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты. — 2-е изд., испр. И доп. — М: ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 451 с.
14. Найговзина Н.Б., Филатов В.Б., Патрушев М.А. Философия развития здравоохранения: практика проектного управления — Москва: Медицинское информационное агентство, 2021. — 216 с.
15. Общественное здоровье населения Российской Федерации: учебник/под ред. В.А. Решетникова. — Москва: Медицинское информационное агентство, 2022. — 336 с.
16. Организация медицинской помощи в Российской Федерации: учебник/под ред. В. А. Решетникова. — Москва: Медицинское информационное агентство, 2021. — 456 с.
17. Решетников А.В., Шамшурина Н.Г., Шамшурин В.И., Соболев К.Э. Экономика и управление в здравоохранении: учебник / под ред. А.В. Решетникова. — Москва: Юрайт, 2025. — 316 с.

18. Столяров, С. А. Менеджмент в здравоохранении: учебник для вузов — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2025. — 776 с.
19. Сабанов В.И., Багметов Н.П., Мультганова Т.Б. Терминологический словарь-справочник по общественному здоровью, организации, законодательству, экономике и управлению здравоохранением (с английскими эквивалентами и примерами сочетаемости слов) под. редакцией академика РАМН В.И.Петрова. - ВолгГМУ, 2012. - 592 с.
20. Тактика контроля качества и безопасности медицинской деятельности: практическое руководство / под ред. И.В. Иванова. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. — 128 с.
21. Трухачева Н.В., Пупырев Н.П. Цифровая медицина: учебное пособие — 2-е изд. — Москва: Ай Пи Ар Медиа, 2024. — 169 с.
22. Управление медицинской организацией. Первые шаги / под ред. Н. Н. Карякина. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. — 211 с.
23. Ушаков Е.В. Биоэтика: учебник и практикум для вузов — Москва: Юрайт, 2025. — 294 с.
24. Хабриев Р.У., Ягудина Р.И., Правдюк Н.Г. Оценка технологий здравоохранения — Москва: Медицинское информационное агентство, 2013. — 416 с.
25. Царик Г.Н., Ивойлов В.М., Полянская И.А. Информатика и медицинская статистика: учебное пособие / под ред. Г. Н. Царик. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 304 с.