|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Акционерные предприятия. Их виды и организация деятельности.**   Коммерческая организация, уставный капитал которой разделен на определенное число акций, удостоверяющих обязательственные права участников общества (акционеров) по отношению к обществу. Основные правовые акты, определяющие деятельность АО - Гражданский кодекс РФ, Федеральный закон «Об акционерных обществах» (1996 в ред. от авг. 2001), др. законы и подзаконные акты. Особенности создания и правового положения АО в нек-рых имущественных сферах (напр., банковской, инвестиционной и страховой деятельности) определяются федеральными законами. Акционерное общество (АО), как и общество с ограниченной ответственностью (ООО), является объединением капиталов. АО может быть учреждено одним человеком. Уставный капитал АО составляется из номинальной стоимости акций общества. Согласно ст. 25 Закона об АО все акции общества являются именны АО вправе размещать обыкновенные акции, а также один или несколько типов привилегированных акций. АО может быть открытым или закрытым. Акционеры открытого общества могут отчуждать принадлежащие им акции без согласия др. акционеров этого общества. Такое общество вправе проводить открытую подписку на выпускаемые им акции и осуществлять их свободную продажу на условиях, определяемых Законом об АО и иными правовыми актами. ОАО обязано ежегодно публиковать для общего сведения годовой отчет, бухгалтерский баланс, счет прибылей и убытков. АО, акции к-рого распределяются только среди его учредителей или иного заранее определенного круга лиц, признается закрытым АО. Число акционеров закрытого АО не должно превышать 50, в противном случае оно в течение одного года должно преобразоваться в открытое АО или подлежать ликвидации в судебном порядке. Акционеры ЗАО имеют преимущественное право приобретения акций, продаваемых др. акционерами этого общества, по цене предложения другому лицу. Уставом ЗАО может быть предусмотрено преимущественное право общества на приобретение акций, продаваемых его акционерами, при условии, что акционеры не использовали свое преимущественное право приобретения акций. Акционеры закрытого общества или само общество (если это предусмотрено уставом), могут осуществлять преимущественное право приобретения акций, продаваемых акционерами данного АО, только в том случае, если они согласны приобрести эти акции по цене предложения др. лицу. Уставный капитал АО формируется путем оплаты номинальной стоимости акций общества. Номинальная стоимость всех обыкновенных акций общества должна быть одинаковой. Осн. назначение уставного капитала АО - он определяет минимальный размер имущества общества, гарантирующего интересы его кредиторов. При создании общества учредители заключают договор, однако он учредительным документом не является, а рассматривается в качестве договора о совместной деятельности по созданию общества. Единственным учредительным документом АО является его устав. Устав АО должен содержать сведения об использовании в отношении него специального права на участие РФ, субъекта РФ или муницип. образования в управлении («золотая акция»). АО должен иметь реестр акционеров. В реестре указываются сведения о каждом зарегистрированном лице (акционере или номинальном держателе акций), количестве и категориях (типе) акций, записанных на имя каждого зарегистрированного лица, иные сведения, предусмотренные правовыми актами России. АО обязано обеспечить ведение и хранение реестра акционеров общества. Ведение и хранение реестра акционеров может быть поручено обществом специализи- рованному регистратору. В соответствии с Федеральным законом «О рынке ценных бумаг» (1996) | **2 Алкоголизм, наркомания, курение и токсикомания как социально-гигиеническая проблема, медицинские аспекты. Основные критерии для отнесения к социально-гигиеническим проблемам.**  В настоящее вре­мя курение превратилось в массовую эпидемию. **Курят** мужчины, курят женщины и дети. Наблюдается тенденция уменьшения числа курильщиков с возрастом: в возрасте 20—24 года курят 78% мужчин н 15% женщин, в возрасте 50 и более лет число курящих мужчин снижается в 1,5 раза (до 55%), а женщин почти в 5 раз (до 3%).Установлено, что курение сокращает продолжительность жизни на 8—15 лет. Курение приводят к преждевременной смертности, учащает слу­чаи внезапной смерти. Среди курящих уровень смертности на 70% выше, чем среди некурящих. Кроме того, курение является основной причиной возникновения ряда грозных заболеваний: злокачественных новообразо­ваний трахеи, бронхов и легких; злокачественные новообразования губ; злокачественные новообразования пищевода, полости рта и глотки; злока­чественные новообразования гортани; эмфизема и хроническая обструк-тивная болезнь легких; ишемическая болезнь сердца.Смертность курящих от некоторых причин значительно превышает смертность некурящих. Так, курящие в 14 раз чаще умирают от хроничес­кого бронхита, в 8 раз чаще от рака легких, в 4 раза~чаще от рака пищево­да. Поданным ВОЗ, в Европе ежегодно умирают от курения 1,2 млн. чело­век. Из-за болезней, связанных с курением, ежесуточно умирает 1000 аме­риканцев.В настоящее время с курением связывают 90% всех смертельных исхо­дов от рака легких и бронхов, 85% — от бронхита и эмфиземы легких, 70% — от рака полости рта, 50% — от рака поджелудочной железы, 47% — от рака мочевого пузыря, 30% — от рака пищевода, 20% - от рака почек.Следующий фактор риска — **употребление алкоголя**.В различных странах насчитывается от 1 до 10% больных хроническим алкоголизмом. С биологической точки зрения женщины более уязвимы, чем мужчины по отношеню к алкоголю. Так, если у мужчин процесс привыкания к алко­голю, заканчивающийся полной зависимостью от него, длится 10—15 лет, то у женщин он занимает всего 3—4 года. В одном- и том же возрасте, при одинаковой массе тела, одинаковом потребления алкоголя содержание ал­коголя в крови у женщин всегда выше\* по сравнению с мужчинами, у них быстрее возникают тяжелые органические поражения. Тем не менее, чис­ло пьющих женщин постоянно растет. Изучая алкоголизм, как социально-гигиеническую проблему, Ю.П.Ли­сицын и Н.Я.Копыт классифицировали население на 3 группы:1 — лица, употребляющие алкогольные напитки редко, не чаще одного раза в месяц, и лица, не употребляющие спиртные напитки вообще;2 — лица, употребляющие алкогольные напитки умеренно (1 —3 раза в месяц, но не чаще 1 раза в неделю);3 — злоупотребляющие алкоголем - чаще одного раза в неделю:а) без признаков алкоголизма, т.е. лица, потребляющие алкоголь часто (несколько раз в неделю) в больших количествах;б) с небольшими признаками алкоголизма — при-наличии психической за­висимости и изменений реактивности, чувствительности организма к алкоголю (влечение к алкоголю и состоянию опьянения, утрата контроля за качеством потребляемых напитков, повышение толерантности, восприимчивости и т.п.);в) с выраженными признаками алкоголизма, когда появляются призна­ки физической'Зависимости от алкоголя, в частности, абстинентный синд­ром и другие симптомы, вплоть до серьезных психических нарушений (алко­гольный психоз).Таким образом, в основе этой классификации лежит медико-социаль­ный подход с использованием комплекса критериев: частоты и | **3 Амбулаторно-поликлиническая помощь детям. Организация работы фильтра в детской поликлинике. Детская стоматологическая поликлиника, особенности организации работы. Основные задачи и показатели деятельности.**  Детская поликлиника — лечебно-профилактическое учреждение по оказанию внебольничной медицинской помощи детям от рождения до 15 лет и учащимся образовательных учреждений независимо от возраста.Детские поликлиники могут быть самостоятельными или являются структурными подразделениями детской больницы, крупной городской по-• ликлиники, ЦРБ и т.д.*Главное направление деятельности детской поликлиники —* обес­печение необходимых условий для развития и воспитания здорового ребен­ка, проведение перэичной профилактики заболеваний, оказание лечебной помощи больным детям, организация лечебно-оздоровительной работы с детьми, имеющими отклонения в развитии и состоянии здоровья.В настоящее время *детская городская поликлиника обеспечивает в районе своей деятельности:*1) организацию и проведение комплекса *профилактических меро­приятий* среди детского населения путем:— наблюдения за новорожденными, проведения профилактических ос­мотров и диспансеризации детей;- проведения профилактических прививок в установленные Минис­терством здравоохранения сроки;— проведения лекций, бесед, конференций для родителей, занятий в школе матерей и т д.;2) *лечебно-консультативную помощь* детям на дому и в поликлини­ке, в том числе квалифицированную специализированную медицинскую помощь; направление детей на лечение в стационары, на восстановитель­ное лечение в санатории; проводит отбор детей в оздоровительные учреж­дения;  3) *противоэпидемические мероприятия* (совместно с центром сани­тарно-эпидемиологического надзора);4) *лечебно-профилактическую работу* в детских организованных коллективах.Структура детской поликлиники строится в соответствии с поставлен­ными перед ней задачами и включает:— фильтр с отдельным входом и изоляторы с боксами;— кабинеты врачей-педиатров и врачей «узких» специальностей; -- кабинет по профилактической работе с детьми (кабинет здорового ребенка);  — отделение восстановительного лечения;— лечебно-диагностические кабинеты (рентгеновский, физиотерапев­тический, лечебной физкультуры и др.);— прививочный кабинет;— регистратура, гардероб и другие вспомогательные помещения, холлы для ожидания;- административно-хозяйственная часть (в самостоятельных поликли­никах.  В современных условиях в городах организуются и строятся преимуще­ственно крупные детские поликлиники на 600—800 посещений в смену, имеющие все условия для правильной организации лечебно-профилакти­ческой работы: | **4 Башкирский государственный медицинский университет и его роль в подготовке медицинских кадров, в развитии медицинской науки и здравоохранения Башкортостана.**  **Башкирский государственный медицинский университет** основан в 1932 году. С 1932 по 1938 годы были созданы 32 кафедры, на которых работали 9 профессоров и 23 доцента; организована библиотека. До 1941 года в институте подготовлено 1055 врачей. В августе 1995 года институт преобразован в Башкирский государственный медицинский университет.  В настоящее время университет готовит кадры на шести факультетах: лечебном, педиатрическом, стоматологическом, фармацевтическом, высшего сестринского образования, усовершенствования врачей и провизоров. Работает заочное отделение фармацевтического факультета. С 1969 года функционирует подготовительное отделение. С 1993 года оно переведено на хозяйственный расчет. На 65 кафедрах и в научно-исследовательском центре университета трудятся около 540 преподавателей, среди них 84 доктора и 330 кандидатов наук. Научный потенциал БГМУ позволяет проводить подготовку аспирантов по 23 специальностям. В 1992- 1994 годах защищены 21 докторская и 126 кандидатских диссертаций. В университете работают 3 совета по защите диссертаций, вскоре будут открыты еще два. Ученые практическому здравоохранению республики. университета оказывают действенную помощь Под их руководством в ведущих клиниках Уфы работают центры: микро- хирургии сосудов, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии, эндоскопической хирургии, планирования семьи и другие. В университете сложились научные школы по многим направлениям медицины. В 1976 году был организован факультет усовершенствования врачей, где ежегодно обучаются до 1500 врачей и провизоров. С 1937 года действует клиническая ординатура, в которой сейчас ежегодно обучаются более 140 врачей. С 1972 года в клинической интернатуре проводится последипломная специализация выпускников по 19 специальностям. В университете получают образование около 4 тыс. студентов. С 1990 года начата подготовка иностранных студентов. Сейчас здесь учатся 70 человек из разных стран Иордании, Пакистана, Йемена, Марокко и других. Почти по всем предметам, за исключением гуманитарных, обеспеченность студентов учебной и учебно-методической литературой составляет 100%. Ведется работа по автоматизации библиотеки. Студенты и практические врачи имеют доступ к реферативной информации по всем проблемам медицины благодаря базе данных на CD-ROM «Medline», созданной Национальной медицинской библиотекой США. Практически на всех кафедрах функционируют студенческие научные кружки, члены СНО занимают призовые места на студенческих конференциях вузов страны. Университет имеет 5 студенческих общежитий, где проживают 1900 студентов и сотрудников. Обеспеченность общежитиями составляет 88,4%. Студенческий городок располагает спортивной площадкой и здравпунктом. Работают студенческая столовая, буфеты при общежитиях и в учебных корпусах. **Кафедра социальной медицины, организации и экономики здравоохранения** с правоведением и курсом ИПО начала функционировать 8 октября 1936 году - |
| **5 Бюджет здравоохранения и источники его формирования. Этапы и процедуры подготовки бюджетов.**  Бюджет здравоохранения - часть государственного бюджета, предусматривающая ассигнования на содержание лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических, научно-исследовательских учреждений и медицинских учебных заведений, включая приобретение оборудования, капитальный ремонт зданий и сооружений. Нормативы бюджетного финансирования устанавливаются в расчете на одного жителя в год, на лечение одного больного по профилю заболевания и на оказание различных видов медицинских услуг. Эти нормативы разрабатываются региональными органами управления. **Этапы и процедуры подготовки: -состаление Б, -стадия рассмотрения Б, - стадия утверждения Б, -исполнение Б.** | **15 Годовой отчет лечебно-профилактического учреждения, порядок представления, его значение для анализа показателей здоровья и здравоохранения.**  Анализ показателей деятельности проводится по следующим основным разделам статистического годового отчета: штаты и структура; показатели предупредительного санитарного надзора; показатели текущего санитарного надзора; эпидемиологические мероприятия и работа в эпидочагах; меры административного принуждения; показатели хозяйственной и финансовой деятельности. В статистических таблицах оцениваются показатели динамики санитарного состояния объектов надзора, среды обитания (водоемы, атмосферный воздух, почва) .Годовой отчет может иметь 5 разделов.1. Социально-демографическая характеристика района обслуживания -включает в себя сведения эпидемиологического обследования (по методике ВОЗ), данные о минеральном составе питьевой воды (по данным центра сани­тарно-эпидемиологического надзора). 2. Сеть стоматологических учреждений .3. Кадры: численность, характеристика по специальностям, квалификаци­онная характеристика, повышение ква­лификации, обеспеченность на 10000 человек по штатным, запятым и физиче­ским лицам; сведения об обеспеченности средним медперсоналом и зубными техниками.4. Лечебно-профилактическая помощь по всем задействованным службам с объяснением изменений показате­лей по годам сравнительно, можно в виде таблицы. 5.Материально-техническое оснащение - его состояние, дефицит, рекламации.В заключении отражаются вопросы внедрения научных достижений в практику (кратко из планов и отчетов органов здравоохранения, из итогов кон­ференций, симпозиумов, совещаний, съездов, из научной литературы); количе­ство проведенных врачебных конференций, медсоветов, количество докладов; количество обоснованных жалоб; санпросветработа и воспитание здорового образа жизни.Итоги годового отчета используются при составлении плана мероприятий на следующий год.  **42 Метод стандартизации. Дать краткую характеристику этапов прямого метода стандартизации.**  Метод стандартизации- устране­ние (элиминации) влияния состава (структуры) совокупностей на общий, итоговый показатель.Следовательно, метод стандартизации применяется тогда, когда имею­щиеся различия в составе сравниваемых совокупностей могут повлиять на размеры общих коэффициентов.Для того, чтобы устранить влияние неоднородности составов сравнива­емых совокупностей на величину получаемых коэффициентов, их приводят к единому стандарту, то есть условно допускается, что состав сравниваемых^ совокупностей одинаков..Существуют три метода стандартизации: лрямой, косвенный и обрат­ный (Керриджа). | **11 Вклад П.Г. Дауге в развитие стоматологической службы в стране. Развитие образования и подготовки специалистов в области стоматологии.**  В 1918 г. при создании Народного комиссариа­та здравоохранения РСФСР в его структуре была образова­на зубоврачебная подсекция, которую возглавил **П. Г. Дауге** (1869-1946).В марте 1920 г. в соответствии с постановлением На­родного комиссариата здравоохранения и Народного ко­миссариата просвещения на медицинских факультетах го­сударственных университетов были организованы кафедры стоматологии. Эта мера явилась важной вехой в развитии >той специальности. В соответствии с этим постановлени­ем в апреле 1920 г. курс стоматологии медицинского фа­культета МГУ в Москве реорганизован в кафедру стома­тологии, которой заведовал проф. Г. И. Вильга. С 1924-.no 1926 г. ею заведовал проф. Л. А. Говсеев. На этой кафедре в ю время работали будущие видные деятели стоматологии: И. А. Дубровин, И.Г. Лукомский, И. А. Бегельман, А. Е. Вер-поцкий.Наряду с организацией кафедр на медицинских факуль­тетах были созданы институты: в 1919 г. в Петрограде — институт общественного зубоврачевания, в Киеве — Одон­тологический институт. В 1922 г. в Москве создается Госу­дарственный институт зубоврачевания (ГИЗ), который в1927 г. был переименован в Государственный институт сто­матологии и одонтологии (ГИСО), а затем в Московский медицинский стоматологический институт (ММСИ), где срок обучения составлял 4 года. В 1928 г. был открыт Одесский научно-исследовательский институт стоматоло-ши — первое научно-исследовательское учреждение в с гране. В 1935 г. было открыто 11 стоматологических институтов. Однако война не по­зволила завершить начатые преобразования.В 1946 г. в стоматологических институтах срок обучения был увеличен до 5 лет. По мере развития специальности уже в предвоенные годы определились три профиля: терапевтическая, хирур­гическая и ортопедическая стоматология. В 1963 г. была открыта кафедра стоматологии детского возраста. **В общей сложности в нашей стране функционировало 44 стоматологических факультета и 2 стоматологических ин­ститута (в Москве и Полтаве) с общим приемом на пер­вый курс 8700 человек.**Московский медицинский стоматологический институт им. Н.А.Семашко являлся головным в СССР и остается таковым в России по высшему стоматологическому обра­зованию.Кроме Всесоюзного научного общества стоматологов, в 1965 г. было | **12 Вопросы охраны здоровья населения и здравоохранения**  Граждане Российской Федерации обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья. Это право обеспечивается проведением мероприятий по охране окружающей природной среды, созданию благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан; производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи.**Государство** обеспечивает гражданам право на охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, вероисповедания, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств.**Государство** гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний. Лица, виновные в нарушении этого положения, несут установленную законом ответственность.Гражданам Российской Федерации, находящимся за ее пределами, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами Российской Федерации.**Граждане имеют право** на регулярное получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию о санитарно-эпидемическом состоянии района проживания, рациональных нормах питания, продукции, услугах, их соответствии санитарным нормам и правилам, о других факторах..**При заболевании**, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности. **Граждане имеют право** на дополнительные медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством.**Граждане имеют право** на льготное обеспечение протезами, ортопедическими, корригирующими изделиями, слуховыми аппаратами, средствами передвижения и иными специальными средствами.**Граждане имеют** право на медицинскую экспертизу, в том числе независимую, которая проводится по их личному заявлению в специализированных учреждениях.**Дети, подростки**, учащиеся, инвалиды и пенсионеры, занимающиеся физической культурой, имеют право на бесплатный медицинский контроль.**Работающие граждане** имеют право на пособие при карантине в случае отстранения их от работы органами санэпиднадзора вследствие заразного заболевания. |
| **6 Вариационный ряд, его основные элементы, виды и методы исчисления средних величин.**  Ряд, в котором упорядочение сопоставлены (по степени возрастания или убывания) ва­рианты и соответствующие им частоты, называется *вариационным.* От­дельные количественные выражения признака называются *вариантами* (V), а числа, показывающие, как часто эти варианты повторяются — ча*стотами* .**Различают несколько видов средних величин: средняя арифметическая, средняя геометрическая, средняя гармоническая, средняя прогрессивная, средняя хронологическая**. Кроме указанных средних, иногда в качестве обобщающих величин вариационного ряда используют особые средние от­носительного характера — моду и медиану.**Мода (Мо**) — наиболее часто повторяющаяся варианта. **Медиана (Me)** —значение варианты, делящей вариационный ряд пополам; по обе стороны от нее находится равное число вариант. Наиболее часто используется средняя арифметическая. Средняя ариф­метическая, которая рассчитана в вариационной ряду, где каждая варианта встречается только один раз (или все варианты встречаются с одинаковой частотой) называется *средней арифметической простой.* |
| **7 Виды временной нетрудоспособности, порядок выдачи листка нетрудоспособности. Уровни проведения экспертизы. Клинико-экспертная комиссия, задачи, функции.**  ***Временная нетрудоспособность*** *(ВН) —* состояние организма че­ловека, обусловленное заболеванием, травмой и другими причинами, при которых нарушения функций сопровождаются невозможностью выпол­нения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение определенного промежутка времени, т.е. носят обратимый ха­рактер..Различают полную и частичную временную нетрудоспособность.***Полная нетрудоспособность*** *—* полная невозможность выполнения рюбого труда на определенный срок, сопровождающаяся необходимостью создания специального режима и проведения лечения. *Частичная нетрудоспособность —* временная нетрудоспособность в отношенин своей обычной профессиональной работы при сохранении способности выполнять другую работу с иным облегченным режимом или уменьшенным объемом.  ***Порядок выдачи листка нетрудоспособности (справки )при заболеваниях и травмах***При заболеваниях и травмах лечащий врач выдает листок нетрудоспо­собности единолично и единовременно на срок до 10 календарных дней и продлевает его единолично на срок до 30 календарных дней, с учетом ут­вержденных Минздравом России ориентировочных сроков временной не­трудоспособности при различных заболеваниях и травмах..При очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе и наличии признаков стойкого ограничения трудоспособности больной мо­жет быть направлен на МСЭ вне зависимости от сроков временной нетру­доспособности, но не более 4 месяцев.**2. *Временная нетрудоспособность в связи с беременностью******и родами*** По беременности и родам листок нетрудоспособности выдается врачом акушером-гинекологом, а при его отсутствии - врачом, ведущим о0щий прием. Выдача листка нетрудоспособности производится с 30 недель бере­менности единовременно продолжительностью 140 календарных дней (70 - до родов и /0-т после родов***3. Временная нетрудоспособность в связи с уходом за больнымчленом семьи, здоровым ребенком и ребенком-инвалидом***Листок нетрудоспособности по уходу за больным выдается лечащим врачом одному из членов семьи (опекуну), непосредственно-осуществляю­щему уход. | **8 Виды медицинских осмотров, их цели и значение в изучении заболеваемости населения. Особенности организации профосмотров лиц с профвредностями.**  Медицинские или профилактические осмотры являются одной из форм лечебно-профилактической помощи, заключающейся в активном обследо­вании населения с целью выявления заболеваний. Медицинские осмотры разделяют на предварительные, периодические и целевые. Все контингента, подвергаемые предварительным и периодиче­ским медицинским осмотрам, можно разделить на три группы:1. Работники предприятий, учреждений и организаций, имеющие кон­такт с профессиональными вредностями.2. Работники пищевых, детских и некоторых коммунальных учрежде­ний,.3. Дети всех возрастов, рабочие-подростки, учащиеся средних специ­альных учебных заведений, студенты.Предварительные медицинские осмотры проводят при поступлении на работу или учебу **Основная задача периодических медицинских осмотров на произ­водстве** — выявление ранних признаков профессиональных заболеваний. **Целевые медицинские осмотры** проводятся для раннего выявления ря­да заболеваний (туберкулеза, злокачественных новообразований, болез­ней системы кровообращения, органов дыхания, гинекологических заболе­ваний и т.д.) путем одномоментных осмотров в организованных коллекти­вах, либо путем осмотра всех лиц, обращающихся за медицинской помо­щью в лечебно-профилактические | **13 Всемирная организация здравоохранения** **Структура, управление и задачи**  .***Структура ВОЗ***Высшим органом ВОЗ является Всемирная ассамблея здравоохране­ния, которар состоит из делегатов, представляющих государства — члены ВОЗ. От каждой страны выделяется не более трех делегатов, один из кото­рых является главой делегации. Делегаты, как правило, являются сотруд­никами ведомства здравоохранения своей страны. Они должны обладать высокой квалификацией и специальными знаниями в области здравоохра­нения. Делегатов обычно сопровождают советники, эксперты и техничес­кий персонал.Очередные сессии Ассамблеи созываются ежегодно. Ассамблея опре­деляет направления деятельности ВОЗ, рассматривает и утверждает пла­ны работы, бюджет, принимает новых членов, назначает генерального ди­ректора ВОЗ, решает вопросы сотрудничества с другими организациями. Кроме того, Ассамблея"ВОЗ рассматривает рекомендации ООН по вопро­сам здравоохранения и представляет доклады об их выполнении.Между сессиями Ассамблеи высшим органом ВОЗ является Исполни­тельный комитет, который собирается на очередные сессии 2 раза в год. В состав Исполкома входят 30 членов — представителей государств. Чйены Исполкома избираются на 3 года.**Центральный административный орган ВОЗ — секретариат**, возглав­ляемый генеральным директором, который избирается Ассамблеей по представлению Исполнительного комитета сроком на 5 лет.Секретариат ВОЗ имеет децентрализованную структуру. Штаб-квар­тира расположена во «Дворце здоровья» в Женеве. Работает 6 региональ­ных бюро: для стран Европы — в Копенгагене, Америки — в Вашингтоне, стран Восточного Средиземноморья — в Александрии (Египет), Юго-Вос­точной Азии — в Дели, Западной части Тихого океана — в Маниле (Филип­пины), стран Африки южнее Сахары — в Браззавиле (Конго). В штаб-квартире и региональных бюро постоянно работает более 4,5 тысяч со­трудников.***Функции ВОЗ***Согласно Уставу ВОЗ функционирует как руководящий и координиру­ющий орган в международной работе по | **14 Главный врач района и его функции. Центральная районная больница как руководящий орган здравоохранения на селе. Роль организационно-методического кабинета.**  Руководителем службы здравоохранения является главный врач райо­на (или районного медицинского объединения), который возглавляет и центральную районную больницу. У него имеются заместители по органи­зации медицинского обслуживания населения (ему непосредственно под­чинен организационно-методический отдел): по медицинской части (кото­рый главным образом занимается вопросами работы стационара ЦРБ), по родовспоможению и детству, может быть также заместитель по организа­ции поликлинической помощи.**В своем составе ЦРБ имеет** следующие структурные подразделения: стационар с основными специализированными отделениями, поликлинику с консультативными приемами врачей-специалистов и соответствующими лечебно-диагностическими отделениями, организационно-методический кабинет, отделение скорой медицинской помощи и прочие структурные подразделения (морг, пищеблок, аптека и др.). Районные специалисты вы­езжают для консультаций, проводят показательные операции, обследова­ние и лечение больных, направляют бригады врачей-специалистов в меди­цинские учреждения сельского участка, заслушивают отчеты врачей участ­ковых больниц, заведующих фельдшерско-акушерскими пунктами, анали­зируют планы работ, статистические отчеты, проводят научные конферен­ции, семинары, повышение квалификации на рабочем месте и др.Важным структурным подразделением центральной районной больни­цы является **организационно-методический кабинет**, работа которого на­правлена на обеспечение методического руководства: анализ деятельности медицинских учреждений, осуществление мероприятий по повышению ка­чества лечебно-профилактической работы, повышение квалификации спе­циалистов, организация работы по медицинской статистике и оценке здо­ровья населения. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **9 Виды предпринимательской деятельности в здравоохранении. Коммерческие и некоммерческие учреждения. Их деятельность в организации стоматологической помощи населению.**  Виды ПД в ЗО: - производство товаров и услуг, - реализация или продажа товаров и услуг, - участие в совместной ПД.Коммерческие- учреждения, основной целью которых является получение прибыли. Некоммерческие- не преследуют цели получение прибыли. | **17 Государственная система здравоохранения, общедоступность и бесплатность квалифицированной медицинской помощи. Программа государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи населению.**  Понятие «здравоохранение» означает деятельность по сохранению, улучшению, обеспечению и укреплению здоровья различных групп населения. Основными законодательными актами закреплено право человека на охрану и укрепление здоровья. Оптимизация системы здравоохранения является важнейшей частью социально-экономической политики государства. Здравоохранение рассматривается как государственная система с единством целей, взаимодействия и преемственностью служб (лечебных и профилактических), всеобщей доступностью квалифицированной медицинской помощи, реальной гуманистической направленностью. Приоритетным структурным элементом системы здравоохранения является профилактическая деятельность медицинских работников, развитие медико-социальной активности и установок на здоровый образ жизни среди различных групп населения. Главное направление в развитии и совершенствовании здравоохранения на современном этапе — охрана материнства и детства, создание оптимальных социально-экономических, правовых и медико-социальных условий для укрепления здоровья женщин и детей, планирование семьи, решение медико-демографических проблем. Государственный характер здравоохранения обеспечивает финансирование, подготовку и усовершенствование кадров. Деятельность органов и учреждений осуществляется на основе государственного законодательства и нормативно-правовых документов. Принцип единства медицинской науки и практики реализуется в виде совместной деятельности и внедрения научных разработок в учреждениях здравоохранения. К числу важнейших теоретических проблем здравоохранения относятся: социальная обусловленность общественного здоровья, болезнь как биосоциальный феномен, основные категории здравоохранения (общественное здоровье, материально-экономическая база, кадры и т. д.), формы и пути развития здравоохранения при различных социально-экономических условиях и | **19. Демография. Основные разделы демографии. Методы изучения и значение демографических данных.**  Демография - это наука о население (народонаселении). Медицинская демография - это наука, которая изучает влияние социально-медицинских факторов на процессы механического и естественного движения населения и разрабатывается рекомендации по улучшению показателей здоровья населения. . Показатели демографической статистики широко используются при: — оценке здоровья населения (рождаемость, смертность, средняя продолжительность жизни, конечные показатели воспроизводства); — оценке закономерностей воспроизводства, формирующих структуру населения; — планировании, размещении и прогнозировании сети кадров здравоохранения на основе численности и структуры населения; — оценке эффективности планирования и прогнозирования медико-социальных мероприятий. В конечном итоге без знания количественного и качественного состава населения невозможно провести глубокий статистический анализ состояния его  здоровья, деятельности медицинских учреждений, четко планировать их работу. В здравоохранении широко используются данные о статике и динамике населения*Динамика* населения, то есть движение и изменение количества насе­ления. Изменение численности населения может происходить из-за его *механического движения —* под влиянием миграционных процессов. Кро­ме того, численный состав населения меняется в результате *естествен­ного движения —* рождаемости и смертности. Естественное движение на­селения характеризуется рядом статистических показателей. Основными показателями естественного движения населения являются: рождаемость, смертность, естественный прирост населения. Во всех странах мира от­дельно выделяют н анализируют показатели младенческой смертности (смертность детей до 1 года жизни). Кроме того, основные показатели ес­тественного движения дополняются уточняющими показателями: плодови­тость, материнская смертность, перинатальная смертность, структура смертности по причинам и др. | **23 Заболеваемость населения, основные понятия. Основные методы изучения заболеваемости Значение показателей заболеваемости.**  **41 Методы и источники изучения заболеваемости населения, их значение для планирования и организации здравоохранения. Особенности заполнения «талона амбулаторного пациента»**  Заболеваемость является одним из важнейших критериев, характери­зующих здоровье населения. Под заболеваемостью подразумевается пока­затель, характеризующий распространенность, структуру и динамику заре­гистрированных болезней среди населения в целом или в отдельных его группах (возрастных, половых, территориальных, профессиональных и др,) и служащим одним из критериев оценки работы врача, медицинского уч­реждения, органа здравоохранения.  В статистике заболеваемости, выявленную по данным обращаемости принято выделять: общую заболеваемость, инфекционную заболевае­мость, заболеваемость важнейшими не эпидемическими болезнями, госпи­тализированная заболеваемость, заболеваемость с временной утратой тру­доспособности. ВОЗ указывает, что какой бы показатель заболеваемости ни рассчитывался, он должен соответствовать ряду требований: быть на­дежным, объективным, чувствительным, точным.***Общая заболеваемость по данным обращаемости***Учет всех случаев заболеваний, с которыми население обратилось за медицинской помощью, ведется во асех медицинских учреждениях. При изучении общей заболеваемости по обращаемости за единицу учета прини­мают первое обращение к врачу по данному заболеванию в данном кален­дарном году. Диагнозы острых заболеваний регистрируются при каждом их новом возникновении, хронические заболевания только 1 раз в году, обост­рения хронических заболеваний в этом году повторно как заболевания не учитываются.При анализе заболеваемости принято рассчитывать ряд показателей: |
| **16 Городской участок: основные разделы работы участкового врача. Талон амбулаторного пациента, его значение.**  Основным принципом организации работы поликлиники является уча­стковый принцип оказания медицинской помощи, который заключается в том, что территория, обслуживаемая поликлиникой, делится на территори­альные участки, исходя из численности населения на участке в 1700 чело­век (до 2000 человек). К каждому участку прикрепляются определенный врач-терапевт и медицинская сестра.  Работа участкового врача-терапевта осуществляется по графику, ут­вержденному заведующим отделением иди руководителем учреждения. Со­ставление графика работы участковых терапевтов является важным орга­низационным мероприятием. Рационально составленный график работы позволяет повысить доступность участкового врача-терапевта для населе­ния своего участка, в частности обеспечить высокую степень соблюдения участковое™ в обслуживании населения. В графике работы должны быть предусмотрены фиксированные часы амбулаторного приема больных, по­мощь на дому, профилактическая и другая работа.Важный разделом работы участкового терапевта является ***прием, па­циентов*** в поликлинике. Каждое посещение больным врача необходимо в пределах существующих возможностей сделать исчерпывающим и закон­ченным. Повторные назначения на прием должны исходить исключительно из медицинских показаний. Серьезного внимания заслуживают лица, мно­гократно болеющие в течение года. Необходимо также внимательно прово­дить обследование, тщательно и своевременно лечить больных с |
| **22 Естественный прирост населения, воспроизводство населения, значение в изучении состояния здоровья населения. Брутто и нетто коэффициента воспроизводства.**  Естественный прирост населения служит наиболее общей характерис­тикой роста населения. Естественный прирост может выражаться абсо­лютным числом умерших за определенный период времени (чаще за год). Кроме того, может рассчитываться коэффициент естественного прироста населения, как разность коэффициентов рождаемости и смертности. **Показатель естественного прироста населения = Число родившихся-Число умерших \*1000/ Среднегодовая численность населения**Сам естественный прирост населения не всегда отражает графическую обстановку в обществе, так как одни и те же размеры прироста могут быть получены при различных показателях рождаемости и смертности. Поэтому естественный прирост населения необходимо оценивать только в соотно­шении с показателями рождаемости и смертности.Высокий естественный прирост может рассматриваться как благопри­ятное демографическое явление только при низкой смертности. Высокий прирост при высокой смертности характеризует неблагоприятное положе­ние с воспроизводством населения, несмотря на относительно высокий по­казатель рождаемости.Низкий прирост при высокой смертности также указывает на неблаго­приятную демографическую обстановку.Отрицательный естественный прирост во всех случаях свидетельствует о явном неблагополучии в обществе. Такая демографическая обстановка обычно характерна для периода войны, экономических кризисов, других потрясений. Отрицательный естественный прирост принято называть — *противоестественной убылью населения.* | **24 Заболеваемость с временной утратой трудоспособности: методика составления отчета (Ф-№16-ВН), основные показатели, экономическое значение, пути снижения.**  Специальному учету н анализу подлежит заболеваемость с временной утратой трудоспособности, или заболеваемость работающих контингентов (ЗВУТ). Этот учет осуществляется по листкам нетрудоспособности. Работающим может быть выдан больничный лист в ЛПУ, как по месту жительства, так и по месту работы, а также в диспансерах, больницах н т.д.Существует 2 системы учета: сигнальная система и система последую­щего учета.При сигнальной системе, где бы ни был выдай больничный лист рабо­тающему, лечащий врач обязан сразу сообщить об этом на место работы. Это можно сделать по телефону, либо посредством посыльной карты.После того, как рабочий выздоровел, он по месту работы сдает в бух­галтерию больничный лист, а перед тем регистрирует его в здравпункте предприятия.Это лучший, наиболее точный и абсолютный учет, особенно во время эпидемий, вспышек гриппа. Он позволяет незамедлительно принять ме­ры по профилактике заболеваний. Однако в крупных городах он неприго­ден.Наиболее широко используется система последующего учета, при которой листок нетрудоспособности по окончании заболевания сдается адми-мистрации предприятия, а затем этот документ переходит в ведение профсоюзных органов для составления отчета (по ф. 16-ВН).Этот отчет предназначен для оперативных целей учета и анализа вре­менной нетрудоспособности работающих. |
| **20.Доказательная медицина:** это использование клинической практики в первую очередь тех вмешательств эф-ть к-х доказана, т.е подтверждена правильно проведенными исследованиями. Это применение современных м-ов статистич анализа. Рондомизация-это случайное распределение пациентов в группу лечения (испыт-х и контрол гр).Плацебо- препарат содержащий фармокол неактивные компоненты его эфф-ть определ психологич св-м. Двойное слепое исследование-это ни врач эксперт не осведомлены о распределении групп (исслед и групп контрол) | **18 Графические изображения в статистических исследованиях: виды диаграмм, правила их построения, применение в работе врача.**  .*Диаграмма —* это графическое изображение статистических величин с помощью различных геометрических фигур и знаков.*Картограммой называется* географическая карта или ее схема, на ко­торой различной краской или штриховкой изображена степень распростра­нения какого-либо явления на различных участках территории.*Картодиаграммой* называется такое географическое изображение, когда на географическую карту или ее схему статистические данные нано­сятся в виде столбиковых, секторных, фигурных и других диаграмм. -Диаграммы чаще используются в медико-социальных исследованиях, в то время, как картограмма и картодиаграммы — в медико-географических исследованиях. По назначе­нию принято различать диаграммы сравнения, структурные и динамичес­кие диаграммы. Выделяют также линейные, плоскостные и объемные гра­фические изображения.Для графического изображения относительных и средних величин ис­пользуются различные геометрические фигуры: вертикальные прямо­угольники (столбиковые и внутристолбиковые диаграммы), горизонталь­ные прямоугольники (ленточные диаграммы), квадраты (квадратные диа­граммы), треугольники (пирамидальные диаграммы), круги (круговые ди­аграммы), секторы круга (секторные диаграммы), радиусы круга (ради­альные диаграммы или диаграммы полярных координат), кривые, прямые или ломаные линии (линейные диаграммы, или графики), изображения объектов окружающего мира — людей, коек, машин и др. (фигурные диа­граммы).Для отображения каждого вида относительных величин рекомендуется использовать тот или иной вид диаграмм. правила: — каждая диаграмма должна иметь четкое, ясное, краткое название, отражающее ее содержание и порядковый номер;— все элементы диаграмйы (фигуры, знаки, окраска, штриховка) долж­ны быть пояснены на самой диаграмме или в условных обозначениях (ле­генде);— изображаемые графические величины должны иметь цифровые обо­значения на самой диаграмме или в прилагаемой таблице;— данные на диаграмме должны размещаться от большего к меньшему слева направо, снизу вверх и по часовой стрелке (но элемент «прочие» всегда располагается последним). |
| **10 Виды специализированных диспансеров и их роль в лечебно-профилактическом обеспечении населения. Орг. метод отделы (кабинеты) диспансеров.**  врачебно-физкультурные, кожно-венерологические, противотуберкулезные, наркологические, кардиологические, онкологические, психоневрологические и др. Диспансеры и диспансерные отделения (кабинеты) проводят мероприятия по массовой профилактике, направленные на предупреждение заболеваний, ведут учет заболеваемости и смертности от патологии по своему профилю, а также осуществляют лечебные мероприятия, консультации больных и организационно-методическое руководство работой врачей общей сети по борьбе с соответствующими заболеваниями. В задачи диспансеров входят: проведение обучения врачей общего профиля по соответствующим специальностям; внедрение в практику лечебно-профилактических учреждений современных методов профилактики, диагностики и лечения; пропаганда здорового образа жизни. документами, которые оформляются на больных, состоящих на диспансерном учете, являются медицинская карта амбулаторного больного и контрольная карта диспансерного наблюдения, в которой фиксируются своевременность посещения врача и прохождения очередного медицинского осмотра, выполнение назначенных видов лечения, оздоровительных мероприятий и рекомендаций по трудоустройству. |
| **25 Здоровый образ жизни: научные основы пропаганды медицинских и гигиенических знаний. Методы и средства санитарного просвещения.**  Цель пропаганды здорового образа жизни — формирование гигиениче­ского поведения населения, базирующегося на научно обоснованных сани­тарно-гигиенических нормативах, направленных на сохранение и укрепле­ние здоровья, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достиже­ние активного долголетия.Для реализации этой цели должны быть решены **следующие задачи:**— обеспечение необходимой медико-гигиенической информацией о здоровом образе жизни;— стимулирование деятельности государственных органов и общест­венных организаций по созданию условий для здороврго образа жизни на­селения;— вовлечение всех медицинских работников в санитарно-просвети-тельную работу и воспитательную деятельность;— организация всенародного движения за формирование здорового об­раза жизни, объединение усилий с национальными движениями такого ро­да в зарубежных странах.**Санитарное просвещение** — это раздел здравоохранения, содержанием которого является гигиеническое обучение и воспитание населения.Повышение уровня санитарной культуры населения, проведение меро­приятий, способствующих сохранению и укреплению здоровья, должны ос­новываться на **следующих принципах**:— научность (пропаганда тех сведений и положений, которые являются научным знанием, прочно установленным и утвержденным в науке);— правдивость и объективность;— дифференцированность и целенаправленность;— массовость;— систематичность и последовательность;— комплексность (то есть пропаганда здорового образа жизни должна вестись не только медиками, но и психологами, социологами и т.п.);  — связь с жизнью общества, профилыюсть.**Важнейшими направлениями воспитания** санитарно-гигиенических на­выков, пропаганды санитарно-гигиенических медицинских знаний, форми­рования здорового образа жизни можно считать следующие:1. Пропаганда факторов, способствующих сохранению здоровья: гиги­ена труда, рациональное питание, гигиена отдыха, оптимальный двигатель ный режим, физкультура и спорт, гигиена супружеских отношений, закали­вание, личная гигиена, медико-социальная активность, психогигиена, ги­гиена окружающей среды.2. Пропаганда профилактики факторов, пагубно влияющих на здоро­вье: злоупотребление спиртными напитками, наркотиками; курение, со­блюдение некоторых этнических обрядов и привычек, религиозно-культо­вые отправления.. Формирование здорового образа жизни, в частности, осуществление первичной профилактики, требует совместных усилий государственных, общественных организаций, медицинских учреждений, самого населения. Именно в таком направлении должна действовать государственная ком­плексная программа по укреплению здоровья и профилактике заболева­ний, разработанная Центром медицинской профилактики и другими науч­ными учреждениями.Формирование здорового образа жизни — это основное направление первичной профилактики. Для каждого медицинского работника пропаганда здорового образа жизни является важным и необходима разделом работы, его профессио­нальной обязанностью.**Пропаганда медицинских знаний** бывает трех типов: 1) массовая, 2) групповая, 3) индивидуальная. | **26 Здоровье населения. Факторы его формирующие.**  *«здоровье является состоянием полного физиче­ского, духовного и социального благополучия, а не только отсутст­вием болезней и физических дефектов». О*бщественное здоровье характеризуется одновремен­ным, комплексным воздействием социальных, поведенческих, биологичес­ких, геофизических и многих других факторов. Многие из этих факторов могут быть определены как факторы риска. Факторы риска — *потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, со­циального характера, окружающей и производственной среды, по­вышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирова-ния и неблагоприятного исхода.*В отличие от непосредственных причин заболеваний (бактерии, виру­сы, недостаток или избыток каких— либо микроэлементов и т.д.) факторы риска действуют опосредованно, создают неблагоприятный фон для воз­никновения и дальнейшего развития заболеваний. При изучении общественного здоровья факторы, его определяющие, Обычно объединяют в **следующие группы:**1. Социально-экономические факторы 2. Социально-биологические факторы..3. Экологические и природно-климатические 4. Организационные или медицинские факторы. | **28 Использование относительных и абсолютных величин в работе врача. Виды относительных величин (показать на конкретных примерах).**  Абсолютные величины используются при характеристике общей совокупности а также при оценке редко встречающихся явлений. Производные величины подразделяются на относительные и средние. Относительные величины используются при анализе альтернативных признаков. Виды относительных величин:1) экстенсивные коэффициенты; 2) интенсивные коэффициенты; 3) коэффициенты соотношения; 4) коэффициенты наглядности. Экстенсивные коэффициенты характеризуют отношение части к целому, то есть определяют долю (удельный вес), процент части в целом, принятом за 100%. Используются для характеристики структуры статистической совокупности. Интенсивные коэффициенты отражают частоту (уровень распространенности) явления в своей среде. На практике их применяют для оценки здоровья населения, медико-демографических процессов. Интенсивные коэффициенты бывают общие и специальные. Общие: показатель рождаемости, общий показатель заболеваемости и др.; специальные (характеризуются более узким основанием): число женщин детородного возраста (плодовитость), число женщин, заболевших гипертонической болезнью, и др. Коэффициенты соотношения характеризуют отношение двух самостоятельных совокупностей. Коэффициент наглядности определяет, на сколько  процентов или во сколько раз произошло увеличение или уменьшение по сравнению с величиной, принятой за 100%. Используется для характеристики динамики явления. | **30 КЭК клинико-экспертные комиссии**  ***Клиника-экспертная комиссия ЛПУ***Принимает решение ло представлению лечащего врача и заведующего отделением и дает заключение: при продлении листка нетрудоспособности свыше 30 дней (сроки од­номоментного продления устанавливаются комиссией индивидуально);— в сложных и конфликтных ситуациях при экспертизе ВИ - при направлении на лечение за пределы административной террито­рии;— при направлении пациентов на МСЭК;— при необходимости перевода трудоспособных лиц по состоянию здо­ровья на другую работу или рационального трудоустройства лиц с ограни­ченной трудоспособностью;— по запросам организаций м учреждений по вопросам экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности;— в случаях исков и претензий медицинских страховых организаций и органов Фонда социального страхования по качеству медицинской помощи и экспертизы ВН;- при освобождении от экзаменов в школе, средних и высших учебных заведениях;— при предоставлении академического отпуска по состоянию здоровья;- при нуждаемости по состоянию здоровья в дополнительной жилой площади, первоочередного предоставления жилья.**Комиссия оценивает** конечные результаты деятельности (ЛПУ, подраз­делений, специалистов), выполнение региональных медико-экономических стандартов; проводит экспертную оценку качества и эффективности лечеб­но-диагностического процесса.Комиссия создается на функциональной основе из ведущих специалис­тов ЛПУ (с привлечением при необходимости на договорной основе других специалистов) и проводит свои заседания еженедельно в соответствии с ут­вержденным планом. Заключения комиссии вносятся в первичные меди­цинские документы и книгу записи заключений комиссии и подписываются председателем и членами комиссии. Копии заключений (заверенные ЛПУ) выдаются по требованию пациента, а также, в предусмотренных законом случаях, в другие инстанции в установленном порядке. |
| **27 Здравоохранение Башкортостана. Основные показатели здоровья населения и здравоохранения. Проблемы и задачи.**  для оценки общественного здоровья ВОЗ рекомендует следующие показатели:1. Отчисление валового национального продукта на здравоохранение.2. Доступность первичной медико-социальной помощи.3. Охват населения медицинской помощью.4. Уровень иммунизации населения.5. Степень обследования беременных квалифицированным персона­лом.6. Состояние питания, в том числе питания детей.7. Уровень детской смертности.8. Средняя продолжительность предстоящей жизни.9. Гигиеническая грамотность населения.**Однако в** Медико-социальных исследованиях группового здоровья, здо­ровья населения и общественного здоровья традиционно принято исполь­зовать следующие индикаторы или группы показателей:1. Медико-демографические показатели.2. Показатели заболеваемости.3. Показатели инвалидности.4. Показатели физического развития населения.*Средняя продолжительность предстоящей жизни*Одним из показателей, используемых для оценки общественного здо­ровья, является показатель средней продолжительности предстоящей жиз­ни, служащий более объективным показателем, чем показатель общей смертности и показатель естественного прироста населения.Под показателем средней продолжительности предстоящей жизни сле­дует понимать гипотетическое число лет, которое предстоит прожить дан­ному поколению родившихся или числу сверстников определенного возра­ста при условии, что на всем протяжении их жизни смертность в каждой возрастной группе будет такой же, какой она была В том году, для которо­го производилось исчисление. Этот показатель характеризует жизнеспо­собность населения в целом, он не зависит от особенностей возрастной структуры населения и пригоден для анализа в динамике и сравнения дан­ных по разным странам. Показатель средней продолжительности предстоящей жизни рассчи­тывается на основе повозрастных показателей смертности путем построе­ния таблиц смертности (или дожития), методика построения которых изве­стна еще с XVIII века. |
| **29 Качественные показатели работы стоматологических поликлиник по зубопротезированию.**  Количество посещений в день на одного врача стоматолога-ортопеда:  **Количество всех посещений за определенный период /Число рабочих дней в периоде**  Средние сроки ортопедического лечения (отдельно для несъемных и съем­ных протезов):  **Общее число дней ортопедического лечения/Число лиц, получивших ортопедическое лечение**  Удельный вес эстетических одиночных коронок:  **Количество эстетических одиночных коронок\*100%/Общее число одиночных коронок**  Среднее число опорных коронок в мостовидном протезе:  **Число опорных коронок в мостовидных протезах/Число мостовидных протезов**  Удельный вес бюгельных протезов:  **Количество бюгельных протезо\*100%/Сумма всех частичных пластиночных съемных и бюгельных протезов**  Среднее число посещений на одного больного, получившего протезы:  **Число посещений для протезирования/Число лиц, получивших протезы**  Частота переделок зубных протезов (до истечения срока гарантии):  **Количество переделанных зубных протезов\*100% /Общее число изготовленных протезов**  Частота починок съемных протезов:  **Число починок съемных протезов\*100%/Общее число съемных протезов**  Доля бесплатного зубного протезирования:  **Число лиц, получивших протезы бесплатно\*100%/Общее число лиц, получивших протезы** |
| **33 Лицензирование медицинских учреждений. Аккредитация медицинских учреждений и медицинских работников. Цели и задачи.**  **Лицензирование** - выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление, производство определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования. Оно позволяет определить возможности учреждения для оказания лечебно-профилактической помощи и дает право осуществлять медицинскую деятельность в объеме, который соответствует уровню подготовки медицинских кадров и оснащению. В лицензирование входит: определение противопожарных мероприятий, санитарно-эпидемиологические показатели (СЭС определяет санитарные и эпидемические показатели), оценка приборов. В отличие от лицензирования в **процессе аккредитации** выявляется соответствие или несоответствие деятельности учреждений и медицинского персонала установленным стандартам по оказанию лечебно-профилактической помощи и медицинских услуг. **Цели аккредитации** - защита интересов потребителя и обеспечение необходимого объема и качества медицинской помощи и услуг в системе ОМС. Лицензированию и аккредитации подлежать все медицинские учреждения независимо от форм собственности. Проводятся они лицензионно-аккредитационной комиссией, которые создаются при органах здравоохранения. Их деятельность базируется на приказе МЗРФ от 22.06.97. №48. Финансирование это комиссии идет за счет оплаты процедуры аккредитации, рассмотрения споров, запрошенных дел. Когда проходят лицензирование, то выдается лицензия, в которой оговаривается право на ведение деятельности, когда проходят аккредитацию (проходит каждый медицинский работник) выдают сертификат |
| **31 Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в РФ. Основные принципы, цели и задачи концепции.**  сохранение и улучшение здоровья людей, а также сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения. **Основными задачами** Концепции являются: увеличение объема мероприятий по профилактике заболеваний; сокращение сроков восстановления утраченного здоровья населения путем внедрения в медицинскую практику современных методов профилактики, диагностики и лечения; повышение эффективности использования ресурсов в здравоохранении. Реализация Концепции основана на **следующих принципах**: всеобщность, социальная справедливость и доступность медицинской помощи населению вне зависимости от социального статуса граждан, уровня их доходов и места жительства; профилактическая направленность; экономическая эффективность функционирования медицинских учреждений; единство медицинской науки и практики; активное участие населения в решении вопросов здравоохранения **Главное направление в развитии и совершенствовании здравоохранения на современном этапе** — охрана материнства и детства, создание оптимальных социально-экономических, правовых и медико-социальных условий для укрепления здоровья женщин и детей, планирование семьи, решение медико-демографических проблем. приоритетными проблемами здравоохранения являются такие, как охрана материнства и детства, становление государственного санитарного надзора и охрана окружающей среды, медицинское обеспечение в условиях нового хозяйственного механизма, рыночной экономики и медицинского страхования, внедрение принципов семейной медицины, совершенствование подготовки медицинских кадров.  **36 Медико-социальная экспертиза. МСЭК: структура, функции. Классификации нарушений основных функций организма человека и основных категорий жизнедеятельности.**  *Медико-социальная экспертиза —* определение в установленном по­рядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защи­ты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятель­ности, вызванных стойким расстройством функций организма. на службу МСЭ возлагаются следующие ***задачи и функции****:—* установление факта наличия инвалидности, определение группы, причины (обстоятельств и условий возникновения), сроков и времени на­ступления инвалидности;- определение потребности инвалидов в мерах социальной защиты, в том числе в мерах медицинской, профессиональной и социальной реабили­тации и разработку им индивидуальных программ' реабилитации (ИПР), контроль за их реализацией;— содействие в реализации мероприятий социальной защиты инвали­дов, включая их реабилитацию, и оценка эффективности'этих мероприя­тий;— определение степени .утраты профессиональной трудоспособности (в процентах) работников, получивших увечье, профессиональное заболева­ние либо иное повреждение здоровья, связанное с исполнением ими трудо­вых обязанностей, необходимости осуществления дополнительных мер их социальной защиты и реабилитации;— определение потребности инвалидов в специальных транспортных средствах;— определение причинной связи смерти пострадавшего лица с произ­водственной травмой, профессиональным заболеванием, пребыванием на фронте и с другими обстоятельствами, при которых законодательством РФ предусматривается предоставление льгот семье умершего;— формирование данных государственной системы учета инвалидов, изучение состояния, динамики инвалидности и факторов, к ней приводящих;— участие в разработке комплексных программ в области профилакти­ки инвалидности, медико-социальной экспертизы, реабилитации и соци­альной защиты инвалидов.  **37 Медицинские услуги в условиях рыночной экономики. Свойство медицинских услуг. Детальные и простые медицинские услуги. Маркетинг в здравоохранении.**  Маркетинг - это комплексная деятельность специалистов по организации производства, сбыта продукции и реализации услуг, ориентированная на удовлетворение потребностей населения с учетом выявленного ранее спроса и возможной прибыли. В структуре маркетинга важным элементом является понятие потребности.  Потребность - это определенный вид нуждаемости (физиологической, социальной, личностно-потребительской) с учетом особенностей образа жизни, культурного уровня и психологической ориентации личности.  Рынок медицинских услуг - это совокупность медицинских технологий, изделий медицинской техники, методов организации медицинской деятельности, фармакологических средств, врачебного воздействия и профилактики.  Для медицинских услуг применяются: монопольные цены (устанавливаются производителем); номинальные цены с учетом себестоимости и минимальной прибыльности; оптовые цены (для организаций отпускается большое количество товара со значительной скидкой); розничные цены (в магазине) с учетом допустимых наценок и выгоды продающей организации (продавца); рыночные цены (равные розничным) (определяются группой продающих субъектов с учетом общей выгоды); скользящие цены (устанавливаются с учетом различных условий); твердые цены (определяются государством, ассоциациями потребителей, договорами).  Медицинские услуг, как и любой товар, имеют свои стадии жизненного цикла, знание которых имеет важное значение в маркетинге: Стадия введения услуги на рынок;Стадия роста потребности;Стадия зрелости и насыщения;Стадия упадка потребности.  Существуют 3 типа маркетингового контроля: контроль исполнения годового плана, контроль прибыльности и контроль исполнения стратегических установок.  Медицинские учреждения при маркетинге медицинских услуг должны учитывать: возможности потребителя (количество, концентрация, платежеспособность, структура заболеваемости); возможности лечебного учреждения (оснащенность, состояние кадров, лицензирование услуг, фондовооруженность новой техникой, опыт коммерческой деятельности); качество, уровень и доступность медицинских услуг (набор услуг, их количество, дополнительные, желательные и обязательные услуг, возможности совершенствования и обновления услуг, их новизна, практический и медицинский эффект и др.); конкуренцию (количество аналогичных услуг, их качество и эффективность,  **43 Механическое движение населения и его значение для здравоохранения. Особенности учета механического движения населения.**  Механическое движение населения происходит в результате характер­ных для всей истории человечества миграционных процессов. Слово миг­рация происходит от латинского migratio (migro -> перехожу, переселя­юсь). Таким образом, миграция населения — это перемещение людей, свя­занное, как правило, со сменой места жительства. Миграция подразделя­ется: на безвозвратную, то есть с постоянной сменой постоянного места жительства; временную — переселение на достаточно длительный, но ог­раниченный срок; сезонную — перемещение в определенные периоды года; маятниковую - регулярные поездки к месту работы или учебы за пределы своего населенного пункта. Кроме того, различают внешнюю миграцию, то есть миграцию за пределы своей страны, и внутреннюю — перемещение внутри страны. К внешней относится эмиграция — выезд граждан из своей страны в другую на постоянное жительство или длительный срок и иммиг­рация — въезд граждан из другой страны в данную. К внутренней миграции относятся межрайонные переселения, а также переселение жителей на се­ле в город, как важная составная часть процесса урбанизации.  *Урбанизация* (от латинского urbs - город) — это процесс повышения роли городов в развитии общества. Главным социальным значением урба­низации являются особые «городские отношения», охватывающие населе­ние, его образ жизни, культуру, размещение производительных сил, рассе­ление. Предпосылками урбанизации являются рост в городах индустрии, развитие-их культурных и политических функций. Для урбанизации харак­терным является приток в города сельского населения и возрастающее ма­ятниковое движение населения из сел окружения и ближайших мелких го­родов в крупные города (на работу и пр.).  Для оценки миграционных процессов рассчитывается ряд показателей. Чаще всего используются: число прибывших на 1000 населения, число вы­бывших на 1000 населения, миграционный прирост, коэффициент эффек­тивности миграции. Эти показатели рассчитываются следующим образом: **Число прибывших (выбывших) на 1000 = Число лиц, въехавших (выехавших) на административную территорию \*1000/Среднегодовая численность населения;**  **53 Общество Красного Креста и Красного Полумесяца: история, международная деятельность.**  *Союз обществ Красного Креста и Красного полумесяца —* одна из самых массовых общественных организаций в мире.Свою историю Красный Крест начинает в середине XIX века, когда во многих странах Европы были созданы общества попечения о больных и ра­неных воинах. Созданный в 1863 г. в Женеве Международный комитет по­мощи раненым воинам, ставший в- последствии Международным Комите­том Красного Креста (1880), объединил локальные, порой плохо связан­ные между собой движения в одно целое, имеющие уникальные основопо­лагающие принципы, цели и эмблему. При его активном участии в Швей­царии в 1864 г. была подписана I Женевская конвенция об улучшении уча­сти раненых больных в действующих армиях. Это соглашение вошло в ис­торию под названием Женевской конвенции.Конференция утвердила эмблему Обществ и отличительный знак сани­тарной службы армий. Из уважения к инициатору созыва конференции та­кой эмблемой стал красный крест на белом фоне - обратное цветовое изо­бражение национального флага Швейцарии. По этой эмблеме и сами гу­манные общества получили название «Общества Красного Креста». Поз­же к этому движению присоединилась Турция и Иран. В силу религиозных соображений они не могли принять знак креста. Для этих стран отличительными знаками были утверждены «Красный полумесяц» (для Турции) и «Красный Лев и Солнце» (для Ирана). В настоящее время знаком Красно­го Полумесяца пользуются большинство стран, где исповедуется мусуль­манство.Россия присоединилась к Женевской конвенции в 1867 г., этот год счи­тается годом рождения Российского общества Красный Крест (РОКК). В послевоенный период заслуживает особого внимания участие Крас­ного Креста в массовом общественном движении по благоустройству насе­ленных пунктов, профилактике заболеваний, повышению уровня санитар­ной культуры |
| **32 Листок нетрудоспособности как документ юридического и финансового значения. Основные положения о порядке выдачи листка нетрудоспособности.**  Листок нетрудоспособности выдается лечащим врачом при предъявле­нии документа, удостоверяющего личность пациента после личного осмот­ра и подтверждается записью в медицинской документации.  Листок нетрудоспособности является многофункциональным докумен­том, служащим основанием для:  — освобождения от работы в случае ВН (юридическая функция);  — начисления пособия по ВН (финансовая функция). Кроме того, лис­ток нетрудоспособности предписывает определенный вид лечебно-охрани­тельного режима (медицинская функция) и является первичным докумен­том для анализа заболеваемости с ВУТ (статистическая функция).**Основные положения о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан**Листок нетрудоспособности выдается:- гражданам РФ, иностранные гражданам, в том числе стран СНГ, ли­цам без гражданства, беженцам и вынужденным переселенцам, работаю­щим на предприятиях, в организациях и учреждениях РФ, независимо от форм собственности;— при оказании медицинской помощи в рамках договоров с граждана­ми или организациями на платной основе листок нетрудоспособности вы­дается на общих основаниях и в установленном порядке;— гражданам, у которых нетрудоспособность или отпуск по беременно­сти и родам наступили в течение месячного срока после увольнения с рабо­ты по уважительной причине;  — гражданам, признанным безработными и состоящими на учете в тер­риториальных органах труда и занятости населения (в графе «место рабо­ты» указывается: состоит на учете в территориальных органах труда и за­нятости населения);- бывшим военнослужащим, уволенным со срочной службы из Воору­женных сил РФ, при наступлении нетрудоспособности в течение месяца «о дня увольнения (в графе «место работы» указывается: уволен из воору­женных сил по окончании срочной службы).  **39 Мертворождаемость, перинатальная смертность: методика исчисления, уровень, причины, пути снижения.**  С 1963 года в стране в статистику здоровья населения и практику здра-ноохранения введен термин «перинатальный период».Всемирная ассамблея здравоохранения определила перинатальный пе­риод, как период, который начинается с 22-й полной недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода (в это время в норм\* масса тела составляет 500 г) и заканчивается спустя 7 полных дней (168 часов) после рождения. Перинатальный период включает в себя три периода: антенатальный (с 22-й недели беременности до родов), интранатальвый (период родов), по-стнатальный (первые 168 часов жизни). По терминологии постнатальный период соответствует раннему неонатальному. Каждому периоду соетвет> ствует свой показатель смертности.  **38 Медицинское обеспечение городского населения, объединенная городская больница: структура, функции, управление.**  Любое стационарное учреждение (без поликлиники) по функциональ­ному назначению, как правило, имеет 3 подразделения: управление, стаци­онар и административно-хозяйственную часть.  Каждая функционально-структурная часть больницы в свою очередь состоит из ряда подразделений. Так, к управлению больницей, помимо главного врача и его заместителей относятся канцелярия, кабинет меди­цинской статистики, медицинский архив, бухгалтерия, библиотека и др.; стационар состоит из приемного отделения (централизованное или децент­рализованное), специализированных палатных отделений, операционного блока и др.  Лечебно-диагностическая служба может быть единой для стационара и поликлиники и включает -различного профиля лаборатории, кабинеты (ЭКГ, рентгеновский, физиотерапевтический, ЛФК, массажа и др.). В больницах как структурный элемент должны быть аптека, патологоанато-мическре отделение (морг). К административно-хозяйственной части отно­сятся пищеблок, склады, прачечная (если они не централизованы в горо­де), технический отдел, транспорт, дезинфекционная камера и тд.Во главе больницы стоит *главный* врач, который отвечает за всю ле­чебно-профилактическую, административно-хозяйственную и финансовую деятельность учреждения. Главный врач объединенной больницы имеет за­местителей по медицинской, административно-хозяйственной работе и других.  Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) предложила система­тизировать функции современной больницы на 4 группы:— восстановительные (диагностика и лечение заболеваний, реабилита­ция и неотложная помощь);— профилактические, особенно для больниц, объединенных с поликли­никой (лечебно-оздоровительная деятельность, профилактика инфекцион­ных и хронических заболеваний, инвалидности и др.);— учебные (подготовка медицинского персонала и их последипломная специализация);— научно-исследовательские. выделяют следующие основные ***структурные части*** стацио­нара: приемное отделение, профилированные лечебные отделения, отделе-  ния специальных видов лечения, отдельные диагностические службы, зяйственные службы.  Для больного больница начинается с приемного отделения или пр» ного покоя.  ***Приемное отделение стационара больницы*** может быть цент лизованным (для всей больницы) и децентрализованным (для отделы профильных структурных ее частей).  **44 Младенческая смертность: метдики исчисления, возрастные периоды, уровень, динамика причины и пути снижения.**  **47 Неонатальная и ранняя неонатальная смертность: методика исчисления, уровень, структура, причины и пути снижения.**  Правильный и своевременный анализ детской смертности позволяет разработать ряд конкретных мер по снижению заболеваемости и смертно­сти детей, оценить эффективность проведенных ранее мероприятий, в зна­чительной мере охарактеризовать работу местных органов здравоохране­ния по охране материнства и детства.В статистике *детской смертности* принято выделять ряд показате­лей:1. **Младенческую смертность** (смертность детей на первом году жизни), которая включает:а) раннюю неонатальную смертность (смертность впервые 168 часов жизни);б) позднюю неонатальную смертность (смертность на 2, 3, 4 неделях жизни);в) неонатальную смертность (смертность в первые 4 недели жизни);г) постнеонатальную смертность (смертность с 29 дня жизни и да 1 го­да).2. Смертность детей в возрасте до 5 лет.3. Смертность детей в возрасте от 1 года до 15 лет. Суммарным, общим показателем младенческой смертности является общий годовой. Для его определения существует целый ряд различных способов. Самым простым из них считается способ расчета по следующей формуле:**Число детей, умерших в течение года на 1-м году жизни\*1000/ Число родившихся живыми в данном календарном году**Однако среди детей, умерших в течение года в возрасте до 1 года, есть родившиеся как в прошлом календарном году, так и в данном, и соотносить *,* умерших только с родившимися в данном календарном году теоретически неверно. Применение данного способа возможно лишь в том случае, когда число родившихся в отчетном и прошлом году одинаково.  Было рассчитано, что среди детей, умерших в возрасте до 1 года в дан­ном календарном году, приблизительно 1/3 родилась в предыдущем году. Поэтому сейчас в практическом здравоохранении для расчета показателя младенческой смертности используется рекомендованная ВОЗ формула Ратса:**Число детей, умерших в течение года на 1 -м году жизни \*1000/ 2/3 родившихся живыми в данном календарном году + 1/3 родившихся живыми в предыдущем году** |
| **34 Материнская смертность: методика исчисления, уровень, динамика причины, пути снижения.**  Материнская смертность относится к демографическим показателям, уточняющим общий коэффициент смертности. Из-за невысокого уровня она не оказывает заметного влияния на демографическую ситуацию, одна­ко в полной мере отражает состояние системы охраны материнства и дет­ства в регионе.Всемирной организацией здравоохранения «материнская смертность смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причи­ны, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины».Случаи материнской смертности подразделяют на две группы:1. Смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами; т.е. шерть в результате акушерских осложнений состояния беременности (т.е. беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вме­шательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, последо­вавших за любой из перечисленных причин.2. Смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами, т.е. смерть и результате существовавшей прежде болезни или болезни, возникшей в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причи­ной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности**.Данный показатель** позволяет оценить все потери беременных (от пбортов, внематочной беременности, от акушерской и экстрагенитальной патологии в течение всего периода гестации), рожениц, родильниц в тече­ние 42 дней после окончания беременности.Показатель следует рассчитывать на уровне города, области, края, ре­шу блики. В/учреждении, где произошла смерть, следует проводить деталь­ный анализ каждого случая смерти с позиции ее предотвратимостн.В соответствии с Международной классификацией болезней показа-гель материнской смертности должен рассчитываться на 1000 живорож­денных. Однако ВОЗ, учитывая небольшое число умерших в .развитых (гранах и соответственно незначительную величину показателя при расче­те на 1000 живорожденных, в статистических показателях приводит расче­ты на 100000 живорожденных.**Расчет показателя материнской смертности:Материнская смертность = Число умерших беременных (с начала беременности), рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности \*1000/ Число живорожденных**При оценке динамики материнской смертности следует учитывать ста­тистические особенности показателя при малом числе родов и умерших. Например, в странах с низкой рождаемостью один случай смерти может из­менить показатель, который не всегда правильно может быть расценен. Для того, чтобы в этих случаях избежать ошибки при анализе динамики ма­теринской смертности, следует применять статистические методы (в част­ности, выравнивание динамического ряда по методу скользящей средней). Этот метод позволяет до некоторой степени устранить влияние случайных колебаний на уровень динамического ряда и способствует выявлению отра­жаемой им основной тенденции.Важное значение для анализа материнской смертности имеет анализ ее структуры.**Расчет структуры причин** материнской смертности производится следу­ющим образом:  **40 Методика изучения естественного движения населения. Роль врачей и медицинских учреждений в регистрации рождаемости и смертности. Медицинское свидетельство о смерти.**  **51 Общая и возрастная смертность: методика исчисления, уровень, влияние различных факторов на ее динамику.**  *Рождаемость -* процесс возобновления новых поколений, в основе которого лежат биологические факторы, влияющие на способность орга­низма к воспроизводству потомства. Общий коэффициент рождаемости рассчи­тывается по формуле:**Общее число родившихся за год живыми \*1000/**  **Среднегодовая численность населения**Общий коэффициент рождаемости не дает исчерпывающего представ­ления об интенсивности процесса, он пригоден для приблизительной ха­рактеристики явления. Общий коэффициент плодовитости рассчитывается по следующей формуле:**Общее число родившихся за год жизни \*1000 /Среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет**Повозрастные показатели плодовитости рассчитываются по формуле:  **Число родившихся живыми у женщин соответствующего возраста\*1000/Среднегодовая численность женщин соответствующего возраста**Показатель рождаемости является важнейшим, причем не только де­мографическим, но и медико-социальным критерием жизнеспособности и носпроизводства населения.Согласно законодательству в течение месяца со дня рождения все дети должны быть зарегистрированы в органах ЗАГСа по месту рождения детей или месту жительства родителей,***Смертность населения***Для оценки социального, демографического и медицинского благопо­лучия той или иной территории необходимо учитывать не только показате­ли рождаемости, но и показатели смертности. Взаимодействие между пока­зателями рождаемости и смертности, замена одних поколений другими обеспечивает непрерывное воспроизводство населения.  **45 Морально-этические аспекты в деятельности медицинских работников.**  Основные правила *этики беседы:* обращение к пациенту — по имени и отчеству, к ребенку - по имени, к матери ребенка - по имени и отчест­ву; внимательное выслушивание рассказа пациента, родственников и дели­катная постановка вопросов..  При *осмотре* пациента врач должен быть деликатен, учитывать стыд­ливость постараться не причинить боль; желательно, чтобы врач, назначая тот иди иной метод исследования, обосновывал их не только медицинскими, но и- этическими показаниями; прежде всего это касается сложных инстру­ментальных исследований.*Сообщение диагноза* и прогноза зависит,от заболевания, его тяжести, психологической настроенности пациента и его родственников, отношение их к ребенку, а также от избранной врачом модели взаимоотношений с па­циентом..Среди многих этических требований к *назначению лечения,* также имеющих различия в зависимости от модели, которую избирает врач, важ­ным считается умение врача успокоить и ободрить больного и его родст­венников, мобилизовать их на активную помощь. Особое вни­мание следует уделить проведению различных процедур, особенно болез­ненных, их нельзя выполнять, прибегая к обману, насилию, запугиванию, не говоря уже о том, что осуществляться они должны в специально для это­го предназначенных кабинетах.Очень важна в деонтологическом плане первая встреча врача с пациентом.  **48Нормы и нормативы в здравоохранении.Ихиспользование в планировании.**  Норма- научно определенная потребность в ресурсах, кадрах и др. ср-х учреждения. Норматив – расчетный показатель затрат материальных, финансовых, трудовых и временных ресурсов.При планировании внебольничной помощи сначала рассчитывают не­обходимые врачебные кадры, а затем формируют сеть медицинских учреж­дений. За основу норматива потребности населения в амбулаторной помо­щи принимают число посещений в год на одного жителя. В соответствии с Программой государственных гарантий обеспечения граждан российской Федерации бесплатной медицинской помощью, утвержденной Прйаитель-ством Российской Федерации от 11.09.1998 г., показатели обеспечения амбулаторной помощью выражают количеством посещений на 1000 чело­век и количеством дней лечения в дневных стационарах, стационарах дневного пребывания и стационарах на дому на 1000 человек. I Норматив посещений – 9,198 посещений, в том числе, 8,173 - по базовой программе. Норматив количества дней лечения в дневных стационарах, Стационарах дневного пребывания и стационарах на дому — 660 дней, в том яисле, по базовой программе — 538 дней.Для расчета необходимого количества врачебных должностей в амбураторно-поликлинической сети необходимо знать нормативы потребности р посещениях по специальности, численность населения и функции вра-ребной должности. Функция врачебной должности (Ф) обусловлена тремя элементами:- нормой нагрузки врача на 1 час приема в поликлинике и 1 час работы на дому;- число часов работы по графику на приеме и по обслуживанию на дому;- числом рабочих дней в году; |
| **35 Медико-санитарная помощь в дореволюционной России (земская, фабрично-заводская, городская медицины).**  В нашей стране в 60-х годах XIX в. была впервые в мире организована система оказания медицинской помощи сельскому населению — земская медицина. В своем развитии земская медицина прошла 2 периода; I период начался в 1864 г., продолжался приблизительно 26 лет и характеризовал­ся разъездной системой оказания медицинской помощи, малым числом врачей» в основном работали фельдшеры; недостаточным-количеством уч­реждений; огромной территорией участка, приходящимся на одного врача; платной медицинской помощью. Организованная таким образом медицин­ская помощь была введена в 34 губерниях России.Передовые врачи и общественные деятели приложили много сил, что­бы усовершенствовать созданную организацию и их стараниями 17 губер­ний вступили во II период земской медицины (90-е годы). С этого периода разъездная система сменяется стационарной, при которой врач из «неуло­вимого кочевника» превращается в прикрепленного к определенному ме­дицинскому учреждению, что несомненно явилось важной вехой в деле улучшения медико-санитарной помощи сельскому населению. Была орга­низована значительная сеть медицинских учреждений, помощь больному в зависимости от тяжести его состояния оказывалась на одном из этапов: фельдшерский пункт, сельская участковая больница, уездная больница, гу­бернская больница. Медицинская помощь оказывалась бесплатно. Посте­пенно .увеличивалось число врачей,на селе, многие выдающиеся ученые вышли из среды земских врачей: П.И.Дьяконов, С.И.Спасокукоцкий, Н.И.Напалков, Н.Ф.Филатов и многие другие. Была организована сеть ме­дико-статистических учреждений.В эти годы сложился **тип земского врача** — носителя высоких нравст­венных качеств и общественных принципов. Земские врачи оказали огром­ное влияние на формирование и развитие лучших традиции отечественной медицины. Крупнейшие деятели земской медицины И.И.Моллесон, Е.А.Осипов, П.И.Куркйн, П.А.Песков, Н.И.Тезяков, З.Г.Френкел\*, СН.Игумнов.обогатили санитарностатистическую науку.Таким образом, в рамках земской медицины были сформулированы и отработаны многие организационные принципы, важнейшие из них участ-ковость, этапность и создание санитарной организации, в состав которой входили уездный и губернский санитарный врач, уездный и губернский са­нитарный совет.В начале XX в. рост промышленности, подъем революционного движе­ния, выдвижение рабочими экономических требований, в том числе и по ор­ганизации медицинской помощи, способствовали введению страховой меди­цины в России в рамках существовавшей фабрично-заводской медицины.23 июня 1912г. Правительством был принят закон о страховании рабо­чих в слюше болезни и несчастных случаях. Организационную основу стра­ховой мтоидины составляли больничные кассы, которые могли быть терри­ториальными (общие) и профессиональными (при предприятиях).  **42 Методы планирования в здравоохранении. Приоритетные направления развития здравоохранения на современном этапе.**  Основными принципами планирования здравоохранения в России в на­стоящее время являются:— направленность здравоохранения на достижение конкретных резуль­татов в улучшении здоровья граждан, реализацию заданий Национальной программы укрепления здоровья;- адекватность финансовых ресурсов здравоохранения государствен­ным гарантиям предоставления населению медико-социальной и лекарст­венной помощи;*—* обеспечение социальной справедливости и доступности помощи при реализации государственных гарантий— высокая эффективность использования ресурсов при реализации го­сударственных гарантий;— политическая приемлемость принципов организация системы здра­воохранения;— приемлемый уровень административных расходов;— обеспечение внедрения современных медицинских технологий с вы­сокой эффективностью.По срокам исполнения планы делятся на текущие и перспективные. Те­кущие планы рассчитаны не 1 год и являются составной частью перспек­тивных планов. Перспективные планы в последние годы имеют в качестве основы концепции развития здравоохранения».**В планировании здравоохранения применяют различные методы.**1. *Аналитический метод* 2. *Сравнительный метод —*.3. *Балансовый метод —*.4. *Нормативный метод*..5. *Экономико-математические*.План здравоохранения состоит из следующих основных разделов: а) сеть медицинских учреждений; б) потребность в подготовке кадров для учреждений здравоохранения; в) капитальное строительство; г) капи­тально-техническое обеспечение учреждений здравоохранения; д) бюджет здравоохранения.  **49Областные медицинские учреждения, областная (краевая, республиканская) больница – структура и задачи в улучшении медицинского обеспечения населения. Роль организационно-методических отделов. Республиканская стоматологическая поликлиника.**  **Областная больница** является научно-организационным, методичес­ким и учебным центром здравоохранения. Основные ее функции: оказание высококвалифицированной, специализированной, консультативной амбу­латорной и стационарной медицинской помощи; оказание организационно-методической помощи лечебно-профилактическим учреждениям и экс­тренной медицинской помощи современными средствами сантранспорта, вплоть до санитарной авиации; руководство и контроль за статистическим учетом и отчетностью лечебно-профилактических учреждений области; анализ показателей заболеваемости, инвалидности, общей и детской смертности в области, разработка мероприятии, направленных на их сни­жение; проведение мероприятий по специализации и усовершенствованию врачей, среднего медицинского персонала; внедрение новых технологий и методов управления, осуществление экспертных функций.**Структурными подразделениями областной** больницы являются: стаци­онар, консультативная поликлиника, клинико-диагностические подразде­ления, лечебно-диагностические, оргметодотдел с отделением медицин­ской статистики (в ряде больниц — отделы клинике-экспертные и органи­зационно-экономической роботы), отделение экстренной и; планово-кон­сультативной медицинской помощи, пансионат-.для пациентов, общежитие для медработников. В организационно-методической работе медицинских учреждений области принимают участие главные специалисту областного комитета по здравоохранению (главные хирург, терапевт, педиатр) и вне­штатные областные специалисты (чаще всего заведующие специализиро- , ванными отделениями).Коечная мощность областной больницы зависит от численности насе­ления области. Наиболее целесообразны и экономически рентабельны об­ластные больницы на 700-1000 коек  **52 Общественное здоровье и организация здравоохранения как наука, история возникновения, ее место в практической деятельности врача.**  Как предмет преподавания общественное здоровье и- здравоохранение прежде всего способствует повышению качества подготовки будущих спе­циалистов - врачей; формированию у них навыков не только уметь пра­вильно поставить диагноз и лечить больного, но и способности организо­вать высокий уровень медицинского обслуживания, умение четко органи­зовать свою деятельность.Социальные проблемы медицины интересовали выдающихся ученых древности - таких как Гиппократ, Авиценна, Аристотель, Везалий и дру­гие. В России в развитие социальной медицины крупный вклад внесли М-В-Ломоносов, Н.И.Пирогов, С.П.Боткин, И.М.Сеченов, ТАЗахарьин, Д.С.Самойлович, А.П.Доброславин, Ф.Ф.Эриеман.  Именно в России во второй половине XIX столетия впервые стали фор­мироваться основы науки и учебной дисциплины об общественном здоро­вье и здравоохранении. Так, в Казанском университете в 60-х годах XIX ве­ка профессор А.В.Петров читал студентам лекции по общественному здо­ровью, социальной гигиене. В конце XIX века на медицинских факультетах многих университетов России (Санкт-Петербург, Москва, Киев, Харьков и др.) читались курсы общественной гигиены, а также курсы медицинской географии и медицинской статистики. Однако эти^курсы были эпизодичес-' кими, входили часто в состав других дисциплин. Лишь в 1920 г. в Германии в Берлинском университете была образована первая в мире кафедра соци­альной гигиены. Возглавил эту кафедру- ее основатель немецкий ученый социал-гигиенист профессор Альфред 1роть'ян. Так началась история само­стоятельного предмета и науки социальной гигиены. Вслед за кафедрой А. Гротьяна стали организовываться аналогичные кафедры в других универси­тетах Ддаании и других стран Европы. Их руководители (А. Фишер, С.Ней­ман, ф.Прйнцинг, Э.Ресле и др.) направляли научно-исследовательскую работу кафедр на разработку актуальных проблем общественного здоровья и медицинской статистики.  Становление и расцвет социальной гигиены (так наука называлась в России до 1941 года) в период советской власти связаны с именами круп­ных деятелей советского здравоохранения Н.А.Семашко, З.П.Соловьева. По их инициативе в медицинских институтах стали создаваться кафедры социальной гигиены.  Первая такая кафедра была создана НАСемашко в 1922 г. на меди­цинском факультете I МГУ. В 1923 г. под руководством З.П.Соловьева со­здается кафедра во II МГУ и под руководством, профессора А.Ф.Никити-на - в I Ленинградском медицинском институте. До 1929 г. такие кафедры были организованы во всех медицинских институтах. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **54 Оказание платных медицинских услуг населению. Их виды, значение в условиях реформы здравоохранения. Регулирование цен на платные услуги.**  При установлении цен следует учитывать следующие принципы:— цена должна отражать общественно необходимые затраты труда на производство товаров и оказываемых услуг, их потребительские свойства и качество;  — цены должны учитывать соотношение спроса и предложения на данный вид товаров и услуг;— цена должна обеспечивать получение прибыли каждому нормально работающему предприятию;— цены должны иметь противозатратный характер и стимулировать улучшение качества продукции и услуг;— цена — это денежное выражение стоимости медицинских услуг. **Их виды: -** платные мед. услуги, предоставляемые в госуд. и муницип. учреждениях, - платные мед. услуги, предоставляемые в частных мед.организациях,- платные мед. услуги, предоставляемые по добровольному мед. страхованию, - платные мед. услуги, предоставляемые по договорам с предприятиями, - платные мед. услуги, предоставляемые частнопрактикующими врачами.  Исходными **для формирования цен** на медицинские услуги являются себестоимость и прибыль. В себестоимости учитываются все затраты учреждения, связанные с оказанием медицинской помощи населению, начиная от оплаты труда и кончая расходами на медикаменты, питание больных, амортизацию основных фондов.Размер прибыли, включаемой в тарифы на медицинские услуги, должен определяться исходя из величины фонда производственного и социального развития, материального поощрения и финансового резерва. Методика разработки тарифов на медицинские услуги сейчас пересматривается и совершенствуется. Тарифы разрабатываются в зависимости от категории сложности лечения пациентов и клинико-статистических групп, которые определяются на основе статистических данных, полученных экспертными советами лечебных учреждений. Определение цены на медицинские услуги является наиболее сложным и трудным моментом в условиях развития хозрасчетных отношений и внедрения медицинского страхования. Есть несколько подходов: определение цены на основе оплаты по установленным тарифам; специально определяемые цены с учетом клинико-статистических групп населения; по договорным ценам или соглашениям; по разработанным и принятым стандартам. Важно, чтобы при ценообразовании соблюдались 2 условия: 1) стоимость лечения в разных учреждениях должна быть примерно одинаковой; 2) все пациенты должны иметь право на получение медицинской помощи одинакового объема и надлежащего качества. | **55 Организация амбулаторно-поликлинического обеспечения городского населения, структура и функции поликлиники. Основные показатели деятельности поликлиники.**  Современная поликлиника является крупным многопрофильным, с специализированным лечебно-профилактическим учреждениям, предназ­наченным оказывать медицинскую помощь и осуществлять комплекс про­филактических мероприятий по оздоровлению населения и предупрежде­нию заболеваний. В ее функции входят: оказание первой медицинской по­мощи при острых и внезапных заболеваниях, травмах, лечение больных при обращении в поликлинику и на дому; организация и проведение дис­пансеризации; экспертиза временной нетрудоспособности, освобождение больных от работы, направление на медико-социальную экспертизу лиц с признаками стойкой утраты трудоспособности, направление больных на санаторно-курортное лечение; своевременная госпитализация нуждаю­щихся в стационарном лечении. Поликлиника проводит большую профи­лактическую работу, противоэпидемические мероприятия, санитарно-про-светительную работу среди населения обслуживаемого района и изучает здоровье прикрепленного контингента населения, выявляет раннюю забо­леваемость, организует статистический учет и анализ показателей состоя­ния здоровья населения, изучает заболеваемость с временной утратой тру­доспособности на прикрепленных промышленных предприятиях.В настоящее время в крупных городах имеются два типа поликлиник: объединенные с больницами и необъединенные — самостоятельные.Основными структурными частями городской поликлиники являются:  1. Руководство поликлиники2. Регистратура.3. Отделение профилактики..4. Лечебно-профилактические подразделения.5. Вспомогательные диагностические отделения. 6. Кабинет для оформления медицинской документации.7- Кабинет учета и медицинской статистики.8. Административно-хозяйственная часть.Успех любого медицинского учреждения во многом зависит от уровня управления. Особое значение имеет четкое определение функциональных обязанностей всех должностных лиц» работающих в поликлинике, от сани­тарки до главного врача.Поликлиникой на правах единоначалия руководит ***главный врач.*** На должность главного врача назначаются наиболее квалифицирован­ные врачи, имеющие организаторские способности и навыки. Главный врач назначается органом здравоохранения, в ведении которого находит­ся поликлиника. Главный врач несет полную ответственность за всю ле­чебно-профилактическую, организационную, административно-хозяйст­венную и финансовую деятельность в поликлинике; проводит подбор и укомплектование поликлиники кадрами врачей, медицинских сестер, са­нитарок, административным и хозяйственным персоналом; планирует работу поликлиники и готовит резерв руководителей подразделений по­ликлиники. | **58 Организация медицинской помощи в экстремальных ситуациях при массовых поражениях и заболеваниях.**  Чрезвычайная ситуация — Это крупномасштабное экстраор­динарное природное, техногенное или социальное событие, для лик­видации последствий которого требуется привлечение дополни­тельных сверхштатных сил и средств.  Условно чрезвычайные ситуации можно разделить **на стихийные бедствия, аварии и катастрофы**.  Ликвидация локальной чрезвычайной ситуации осуществляется силами и средствами предприятий, учреждений и организаций неза­висимо от их организационно-правовой формы.**К местной** относится чрезвычайная ситуация, в результате кото­рой пострадало свыше 10, но не более 50 человек, либо нарушены ус­ловия жизнедеятельности свыше 100, но не более 300 человек, либо материальный ущерб составляет свыше 1 тыс., но не более 5 тыс. ми­нимальных размеров оплаты труда на день возникновения чрезвычай­ной ситуации и зона чрезвычайной ситуации не выходит за пределы населенного пункта, города, района.Ликвидация чрезвычайной ситуации осуществляется силами и средствами органов местного самоуправления.**К территориальной** относится чрезвычайная ситуация, в резуль­тате которой пострадало свыше 50 человек, но не более 500 человек, либо нарушены условия жизнедеятельности свыше 300, но не более 500 человек, либо материальный ущерб составляет свыше 5 тыс., но не более 0,5 млн минимальных размеров оплаты труда на день возник­новения чрезвычайной ситуации и зона чрезвычайной ситуации не вы­ходит за пределы субъекта Российской Федерации.Ликвидация территориальной чрезвычайной ситуации осуществ­ляется силами и средствами органов исполнительной власти субъек­та Российской Федерации.**К региональной** относится | **59 Организация медицинской помощи сельскому населению, ее особенности. Основные этапы медицинской помощи. Организация стоматологической помощи сельскому населению.**  Организация медико-социальной помощи на селе, ее объем и ка­чество зависят от удаленности медицинских учреждений от места жительства пациентов, укомплектованности квалифицированными кадрами и оборудова­нием, возможности получения специализированной медицинской помощи, возможности реализации нормативов медико-социального обеспечения.Основными особенностями организации медицинской помощи сель­скому населению России были и являются в настоящее время:— этапность;— наличие специальных лечебно-профилактических учреждений в структуре сельского здравоохранения;— специальные организационные формы и методы работы медицинско­го персонала и ЛПУ в целом.  муювно выделяют 3 этапа оказания врачебной помощи сельским жите­лям. Основными организационными формами медицинской помощи явля­ются стационарная и разъездная.  ***Первый этап —* сельский врачебный участок**, охватывающий терри­торию с радиусом 5-10-15 км (в разных областях России) и включающий следующие ЛПУ: сельскую участковую больницу, врачебную амбулаторию, фельдшерские и фельдшерско-акушерские медпункты, здравпункты, на промышленных и сельскохозяйственных предприятиях ясли-сады и др. На этом этапе сельские жители получают квалифицированную медицинскую помощь  **Следующим *вторым этапом* о**беспечения сельского населения ме­дицинской помощью является районное звено во главе с **центральной рай­онной больницей (ЦРБ),** ЦРБ имеются во всех районных административ­ных территориях. В каждом районном центре функционирует центр госу­дарственного санитарно-эпидемиологического надзора (ГСЭИ). В структуре здравоохранения районов такие могут быть межрайонные специализированные центры, номерные больницы, диспансеры, центры здоровья, здравпункты, районные и городские больницы и др.Руководителем службы здравоохранения является главный врач райо­на (или районного медицинского объединения), который возглавляет и центральную районную больницу. В своем составе ЦРБ имеет следующие структурные подразделения: стационар с основными специализированными отделениями, поликлинику с консультативными приемами врачей-специалистов и соответствующими лечебно-диагностическими отделениями, организационно-методический кабинет, отделение скорой медицинской помощи и прочие структурные подразделения (морг, пищеблок, аптека и др.). Районные специалисты вы­езжают для консультаций, проводят показательные операции, обследова­ние и лечение больных, направляют бригады врачей-специалистов в меди­цинские учреждения сельского участка, заслушивают отчеты врачей |
| **56 Организация здравоохранения в зарубежных странах, модели систем здравоохранения: государственная, страховая, частная.**  С точки зрения организационно-финансовых особенностей можно выделить три основные системы здравоохранения экономически раз­витых стран: государственную, страховую и частнопредприниматель­скую.Государственная система здравоохранения финансируется преимуще­ственно (до 90%) из бюджетных источников. Действует в Великобритании, Дании, Ирландии.Страховая система здравоохранения финансируется за счет целевых взносов предпринимателей, трудящихся граждан и субсидий государства. Финансирование из внебюджетных фондов медицинского страхования пре­обладает в Германии (78%), Италии (87%), Франции (71%), Швеции (91%), Японии (73%). Частнопредпринимательская система финансируется главным образом за счет взносов по добровольному медицинскому страхованию и реализа­ции платных медицинских услуг населению. Такая система действует в США, Израиле, Южной Корее, Нидерландах**Государственная система здравоохранения**  Государственная система здравоохранения обеспечивает равенство граждан в получении медицинской помощи. При такой системе основная часть медицинских учреждений принадлежит государству. Управление здравоохранением осуществляют центральные и местные органы. За счет государства-ведется строительство медицинских учреждений -' больниц, поликлиник и др., приобретается медицинское оборудование. Государство обеспечивает подготовку медицинских кадров — врачей, медицинских сес­тер, планирует развитие сети лечебно-профилактических учреждений в стране. Государство финансирует текущее содержание медицинских учреж­дений, развитие медицинской науки, проведение профилактических меро­приятий; обеспечивает бесплатную медицинскую помощь населению.  .  **Страховая система здравоохранения**Страховая система здравоохранения наиболее распространена в мире. Эта система также управляется государственными органами власти, но финансируется, как правило, из трех источников: отчисления из заработ­ной платы, отчисления из доходов (налогов) предпринимателей и субсидии государства. Размер отчислений в разных странах различен, но обычно за счет первых двух источников обеспечивается большая часть расходов на здравоохранение. Государство платит в фонды социального страхования су­щественно меньше, чем работодатели и застрахованные, и расходуются бюджетные средства в основном на общенациональные медицинские про­граммы и финансирование общегосударственных учреждений. | **57 Организация медикаментозного обеспечения населения при амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи. Дополнительное лекарственное обеспечение населению.**  До настоящего времени большинство граждан РФ при амбулаторном лечении должны приобретать лекарственные препараты за счет собствен­ных средств, как при рецептурном, так и при безрецептурном их отпуске. Перечень лекарственных средств, подлежащих безрецептурному отпуску, определяются соответствующим приказом МЗ РФ.Назначение лекарственных средств при амбулаторном и стационарном лечении в лечебно-профилактическом учреждении (медицинской органи­зации), независимо от организационно-правовой формы, производится врачом, непосредственно осуществляющим ведение больного (далее леча­щий врач), в том числе частнопрактикующим, имеющим лицензию на ме­дицинскую деятельность, выданную в установленном порядке.При оказании скорой и неотложной медицинской помощи лекарствен­ные средства назначаются врачом выездной бригады скорой медицинской помощи Или врачом отделения неотложной помощи (помощи на дому) ам-булаторно-поликлиничеекого учреждения. Согласование с заведующим отделением, а в экстренных случаях — с ответственным дежурным врачом или другим лицом, уполномоченным при­казом главного врача лечебно-профилактического учреждения, а также с клиническим фармакологом необходимо в случаях: а) одномоментного назначения пяти и более лекарственных препаратов одному больному;  б) назначения наркотических средств, психотропных, сильнодействую­щих и ядовитых веществ, анаболических гормонов, а также дорогостоящих лекарственных средств, стоимость которых на 1 курс лечения превышает четыре минимальных размера оплаты труда;в) необходимости назначения лекарственных препаратов согласно анало­говым формулярам в связи с отсутствием в лечебно-профилактическом уч­реждении лекарственных средств, входящих в территориальный формуляр;  г) необходимости назначения лекарственных средств сверх территори­ального формуляра при нетипичном течении болезни, наличии осложнений основного заболевания и/или сочетанных заболеваний, при назначении опасных комбинаций лекарственных средств, а также при непереносимос­ти лекарственных средств, входящих в территориальный формуляр. **Для получения в аптеке лекарственных средств без оплаты или с** 50-% скидкой предназначены бланки рецепта ф. №148-1/у-88. Причем для льготного или бесплатного отпуска лекарственных средств рецепт оформ­ляется в 2-х экземплярах. На рецепте указывается номер телефона, по ко­торому работник аптеки может согласовать е лечащим врачом (КЭК поли­клиники) синонимическую замену лекарственного препарата, стоимость которого более чем на 30% превышает стоимость выписанного лекарст­венного препарата в случае его отсутствия в аптеке. | **61 Организация работы пародонтологического кабинета, обязанности врача данного кабинета.**  Положение о работе пародонтологического кабинета  1. Кабинет организуется в крупных стоматологических поликлиниках и стоматологических отделениях соматических поликлиник.2. Кабинет является организационно-методическим, консультативным и учебным центром по диагностике и лечению заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта.3. Врач кабинета работает по плану под руководством главного врача или заведующего стоматологическим отделением соматической поликлиники.4. На должность врача кабинета назначается квалифицированный врач -стоматолог, получивший специальную подготовку по разделу заболеваний сли­зистой оболочки полости рта и пародонта.5. Врач пародонтологического кабинета работает в тесном контакте с ор­топедом и хирургом (стоматологами), а также с врачами смежных специально­стей (терапевтом, невропатологом, дерматовенерологом и т.д.).Основные задачи врача пародонтологического кабинета: оказание квали­фицированной консультативной и лечебной помощи больным с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и пародонта; проведение всего комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости населения болезнями слизистой оболочки полости рта и пародонта; повышение квалификации участковых стоматологов по разделу заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта.  В обязанности врача пародонтологического кабинета входят: ранняя диаг­ностика заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта; лечение больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и пародонта в ост­ром периоде болезни в наиболее сложных случаях; выборочная диспансериза­ция больных с заболеваниями в стадии субкомпенсации и декомпенсации, пе­риодические контрольные осмотры больных, состоящих под диспансерным на­блюдением у участковых стоматологов; анализ заболеваемости населения бо­лезнями слизистой оболочки полости рта и пародонта, качества и эффективно­сти диспансеризации больных; организация мер общественной и личной про­филактики; санитарная пропаганда по профилактике заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта среди населения. | **60 Организация ортодонтической помощи детям. Показатели работы по ортодонтии.**  Ортодонтическое отделение или кабинет оснащают оборудованием, инструментарием и другими изделиями индивидуального пользования из расчета на одну врачебную должность, а также оборудованием, инструментарием и изделиями для коллективного пользования. Рабочее место врача должно быть оборудовано с учетом эргономики, т.е. такой системы передвижения врача по кабинету, при которой происходят наименьшие затраты физических сил и времени. Для работы врача-ортодонта необходимо следующее материально-техническое оснащение кабинета:-установка стоматологическая стационарная; кресло стоматологическое совместимое со стационарной установкой; передвижной мягкий стул со спинкой; рабочий столик врача с медикаментами и инструментарием; канцелярский стол для ведения документации; стулья для пациентов и среднего медперсонала; умывальник с зеркалом; стол с набором стерильных инструментов и перевязочным материалом; шкаф для хранения диагностических моделей; медицинский шкаф для хранения медикаментов; стол для хранения, замешивания гипса и отливки моделей челюстей; шкаф с набором специального ортодонтического инструментария (набор щипцов для работы с мультибондингсистемами, ножницами по металлу, круглогубцами, крампонными щипцами, наковальней, зуботехническим молотком и т.п.). Согласно санитарно-гигиеническим нормам одна стационарная установка с креслом требует наличия помещения площадью не менее 14 м2. При необходимости увеличения количества рабочих мест каждая следующая установка требует наличия дополнительных 7 м2 площади помещения.  Среднее число посещений в день на одного врача стоматолога-ортодонта:  **Количество всех посещений за определенный период/ Количество рабочих дней в периоде**  Показатели завершенности ортодонтической помощи:  **Число детей, закончивших ортодонтическое лечение\*100%/Число детей, получивших ортодонтическую помощь**  Удельный вес внутриротовых несъемных аппаратов механического дейст­вия**Количество внутриротовых несъемных аппаратов механического действия\*100%/Общее количество ортодонтических аппаратов**  Удельный вес внутриротовых несъемных аппаратов функционально-направляющего действия:  **Количество внутриротовых несъемных аппаратов функционально - направляющего действия\*100%/Общее число изготовленных ортодонтичских аппаратов**  Удельный вес внутриротовых съемных аппаратов функционального дейст­вия:  **Количество внутриротовых съемных аппаратов функционального действия\*100%/Общее количество внутриротовых съемных аппаратов**  Удельный вес изготовленных протезов:  **Количество протезов (съемных и несъемных)\*100%/Общее количество ортопедических конструкций** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **62 Организация работы стоматологических поликлиник (отделений, кабинетов). Основные разделы работы врача-стоматолога. Этапы плановой санации.**  Стоматологическая поликлиника — главное учреждение по оказанию сто матологической помощи населению.. Деятельность поликлиники характе­ризуется массовостью обслуживания, близостью к населению.Мощность стоматологических поликлиник определяется их категорией.Приказом МЗ РБ №386 от 2. 09. 61г. было определено 5 типовых категории самостоятельных стоматологических поликлиник.Определяющим документом при формировании штатного расписания сто матологических поликлиник в городах с населением 25 тыс. человек является приказ МЗ № 950. «О штатных нормативах медицинского персон Средний медицинский персонал.Должности медицинских сестер врачебных кабинетов устанавливаются из расчета на:- одну должность врача-стоматолога-хирурга;- две должности врачей-стоматологов.Должности рентгенлаборанта устанавливаются из расчета одна должность в смену.Должности медицинских статистиков устанавливаются из расчета одна должность на 40 должностей врачей-стоматологов всех должностей.  Младший медицинский персонал.Должность сестры-хозяйки устанавливается в поликлиниках, которым по­ложено не менее 20 врачебных должностей.Должности санитарок устанавливаются из расчета 1 должность на:- одну должность врача стоматолога-хирурга; — три должности врача-стоматолога;- три должности врача стоматолога-протезиста (эти должности содержатся на хозрасчете за счет специальных средств);- две должности медсестры по физиотерапии.Зубопротезная помощь оказывается на заключительном этапе лечения стоматологических больных, после проведения полной санации.Штатное расписание отделений ортопедической стоматологии в стомато­логических поликлиниках основывается на приказах МЗ №950 от 1 октября 1976 г. «О штатных нормативах медицинского персонала стоматологических поликлиник» и №900 от 26.09.1978  **65 Организация стационарной медицинской помощи населению. Основные показатели деятельности стационара.**  Любое стационарное учреждение (без поликлиники) по функциональ­ному назначению, как правило, имеет 3 подразделения: управление, стаци­онар и административно-хозяйственную часть.  Каждая функционально-структурная часть больницы в свою очередь состоит из ряда подразделений.  Лечебно-диагностическая служба может быть единой для стационара и поликлиники и включает -различного профиля лаборатории, кабинеты (ЭКГ, рентгеновский, физиотерапевтический, ЛФК, массажа и др.). В больницах как структурный элемент должны быть аптека, патологоанато-мическре отделение (морг). К административно-хозяйственной части отно­сятся пищеблок, склады, прачечная (если они не централизованы в горо­де), технический отдел, транспорт, дезинфекционная камера и тд.Во главе больницы стоит *главный* врач, который отвечает за всю ле­чебно-профилактическую, административно-хозяйственную и финансовую деятельность учреждения. Главный врач объединенной больницы имеет за­местителей по медицинской, административно-хозяйственной работе и других.  *Главный врач* организует и контролирует правильность и своевремен­ность обследования и лечения больных, уход за ними, диспансерное обслу­живание, проведение профилактических и противоэпидемических меро­приятий в районе обслуживания, повышение квалификации медицинского персонала, правильность ведения историй болезни, обеспеченность боль­ницы медицинским и хозяйственным оборудованием.. ***Обеспеченность, доступность и структура стационарной по­мощи определяются следующими показателями:***  1. Число коек на 1QQOO человек населения Методика расчета:**Число среднегодовых коек\* 10000/Среднегодовая численность населения**.2. Уровень госпитализации населения в расчете на 1000 жителей (по­казатель территориального уровня). Методика расчета:**Поступило больных всего • 1000/ Среднегодовая численность населения**К этой же группе показателей относятся:3. Обеспеченность койками отдельных профилей в расчете на 10000 человек населения4. Структура коечного фонда  **74 Охрана здоровья детей. Принципы, проблемы, задачи. Программы Дети России, «Дети Башкортостана».**  Принципы организации медицинской помощи матерям и детям. 1. Принцип единого педиатра - то есть одним врачом обслуживаются дети от 0 до 14 лет 11 мес. 29 дней. С 1993 года детское население по контракту может обслуживаться двумя педиатрами. 2. Принцип участковости. Размер педиатрического участка 800 детей. Центральный фигурой амбулаторно-поликлинической сети является участковый педиатр; сейчас повышается ответственность участкового педиатра в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС)  и ищутся критерии индивидуальной ответственности ( или персонификации). 3. Диспансерный метод работы. Все дети, независимо от возраста, состояния здоровья, места проживания и посещения организованных дошкольных и  школьных учреждений обязательно осматриваться в рамках профилактических осмотров, что как вакцинопрофилактика проводится бесплатно. 4. Принцип объединения, то есть женские консультации объединены с родильными домами, детские поликлиники объединяются со стационарами. 5. Принцип чередования медицинского обслуживания: на дому , в поликлинике, в дневном стационаре. На амбулаторный прием в поликлинику приходят только здоровые дети либо реконвалесценты, больные обслуживаются на дому. 6. Принцип преемственности.  **Цель Программы-** улучшение качества жизни и здоровья детей;решение проблем неблагополучия детей, в том числе проблемы детской безнадзорности и беспризорности;  государственная поддержка детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также детей-инвалидов;формирование системы выявления, поддержки и развития одаренных детей.  **Задачи Программы-** обеспечение условий для рождения здоровых детей, профилактика детской заболеваемости и инвалидности; формирование эффективной комплексной системы социальной защиты и интеграции с обществом детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;совершенствование системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних;создание условий, способствующих воспитанию детей-сирот.    **94 Социально-гигиенические аспекты ВИЧ-инфекции. Основные направления профилактики.**  ВИЧ-инфекция под названием СПИД/AIDS была обозначена в 1981; году Центром по контролю за заболеваниями США, ВИЧ-инфекция в ми» ре ежегодно дает существенную прибавку, ибо каждый-день, согласно дан? ным программы UNAIDS появляется 6000—8000 новых случаев. В насто? ящее время расчетное число ВИЧ-инфицированных в мире достигает 40 млн., в то время как в 1996 г. оно составляло 21,8 млн.По кумулятивным данным (по ряду направлений статистика СПИДа ведется методом кумуляции — увеличение, скопление) к настоящему вре­мени, т.е. к 20-летию открытия вируса, в мире умерло от СПИДа более $ млн. человек, из них более 2 млн. — дети.В России первые случаи ВИЧ-инфекции были выявлены в начале 80-х *'* годов. Однако первый случай ВИЧ-инфекции у гражданина СССР был за­регистрирован в 1987 г.ВИЧ-инфекция начала регистрироваться в России с 1986 г., первона­чально среди иностранцев. Особенностью подхода к этой проблеме в на­шей стране является регистрация всех ВИЧ-инфицированных лиц и их диспансеризация с момента регистрации.Академик В.В.Покровский выделяет несколько этапов развития эпиде­мии ВИЧ-инфекции в России. 1. До 1988 г. заболевание регистрировалось преимущественно среди: иностранцев или лиц, имевших половые контакты с иностранцами. Вг' 1988—1989 гг. в ряде городов России (Элиста, Волгоград, Ростов) имели место внутрибольничные вспышки ВИЧ-инфекции.2. С 1990 по 1995 г. отмечался медленный рост числа ВИЧ-инфициро­ванных, зараженных половым путем, преимущественно в крупных городах.3. С 1996 г. начался эпидемический подъем заболеваемости ВИЧ-ии-фекцией среди инъекционных наркоманов. Проверка остатков крови из шприцев, сданных в автобусе («Возвращение» — Российско-Шведский проект в Санкт-Петербурге по снижению вреда от введения наркотиков) наркопотребителями в обмен на чистые в мае 2000 г. показала, что 12,5% шприцев содержали ВИЧ.  **109 Центральная районная больница: структура и задачи в медицинском обеспечении сельского населения. Роль и функции районных специалистов в организации квалифицированной медицинской помощи.**  Всего выделяют 6 категорий ЦРБ: от 100 (VI категория) до 400 (I категория) коек. Штатное расписание рай­онных больниц! дозволяет иметь врачей большинства специальностей (в, некоторых густонаселенных районах, особенно имеющих межрайонные специализированные центры, — до 30). Районное звено является главным звеном в здравоохранении сельской административной территории, которое осуществляет специализированную квалифицированную медицинскую; помощь по основным ее видам. Кроме того, специалисты центральной рай­онной больницы (ЦРБ) осуществляют организационно-методическое ру­ководство всеми медицинскими учреждениями района.  В своем составе ЦРБ имеет следующие структурные подразделения: стационар с основными специализированными отделениями, поликлинику с консультативными приемами врачей-специалистов и соответствующими лечебно-диагностическими отделениями, организационно-методический кабинет, отделение скорой медицинской помощи и прочие структурные подразделения (морг, пищеблок, аптека).  **120.Женская консультация:** самостоятельные могут размещаться в составе поликлиники, МСЧ.Задачи:1)профилактика (первичная, вторичная,)сан просвет работа; социальная проф-ка.Показатели деятельности:1.показатели характерезующие наблюдение за беременной; полнота обследования беременной; распределение беремен по патологии; исходы беременности; аборты; материнская смертность; % нормальных родов; частота встречаемости гинекологической заболеваемости; эффективность диспансорезации.Структура: 1. ргистратура 2.Профилактическое отд. 3.Акушерско-гинекологическое отд 4. Вспомогательное лечебно-диагностическое отд. 5.Кабинет социально правовой защиты.  **110 Экономика здоровья населения. Экономическое обоснование улучшения основных показателей здоровья.**  Любой вид врачебной деятельности, комплекс оздоровительных, гигиенических и профилактических мероприятий в отдельных коллективах и на административной территории должен оцениваться с точки зрения социальной, медицинской и экономической их эффективности. Ведущим критерием оценки эффективности могут быть только показатели здоровья в динамике (снижение заболеваемости, смертности, инвалидизации, увеличение продолжительности периода трудовой деятельности и др.). Эффективность оценивается как отношение полученного результата к произведенным затратам. В здравоохранении не может преследоваться цель экономии средств на здоровье человека или экономии за счет здоровья. Экономическое обоснование лечебно-профилактических мероприятий, анализ использования средств в здравоохранении необходимы для выбора наиболее оптимальных вариантов ассигнования, достижения наилучших результатов в охране здоровья населения.  Основные слагаемые экономической эффективности (или предотвращенного ущерба) следующие:  — прирост продукции за счет уменьшения времени, потерянного трудящимися из-за временнойнетрудоспособности, инвалидности, преждевременной смерти;— уменьшение потерь от снижения производительности труда работников, ослабленных болезнью; — сокращение дополнительных затрат на оздоровление и технику безопасности на участках с вредными и тяжелыми условиями труда; — уменьшение затрат на дополнительную подготовку работников, замещающих заболевших и инвалидов; — сокращение расходов на медицинскую помощь в учреждениях здравоохранения в связи с уменьшением численности пациентов; — уменьшение затрат на социальное страхование временной нетрудоспособности. Если после проведения прививок (оздоровительных мероприятий и др.) заболеваемость рабочих снизилась на 800 рабочих дней, то экономической эффективностью будет являться сохраненная стоимость этих рабочих дней, умноженная на стоимость выпускаемой продукции за каждый из 800 дней.  **103 Стационарная медицинская помощь детям: особенности организации работы детского отделения (больницы), основные показатели.**  Детские стационары могут быть объединенными (с детской поликлини­кой) и необъединенными; по профилю — многопрофильными и специали­зированными, различной коечной мощности.В организации работы детского стационара детской больницы много общего с организацией работы стационара для взрослых, однако имеются и некоторые свои особенности. Больные дети поступают в стационар детской больницы по направле­нию Врачей детских поликлиник, станций скорой и неотложной помощи и детских учреждений. В небольших больницах при отсутствии боксов для приема детей должно быть предусмотрено не менее 2—3-х изолирован­ных смотровых кабинетов и одного-двух санпропускников.Для оказания неотложной помощи ребенку в *приемном отделении* должен быть постоянный набор необходимых медикаментов и средств пер­вой помощи..В случае поступления детей без ведома родителей последние немедлен­но извещаются об этом работниками приемного отделенияОтделения (палаты) стационара формируются *по возрасту и по ха­рактеру* заболеваний. В зависимости от возраста выделяют следующие отделения (палаты): для недоношенных, для новорожденных, для детей грудного возраста, для детей младшего возраста, для детей старшего возра­ста. По характеру заболеваний отделения (палаты) могут быть: педиатри­ческие общие, хирургические, инфекционные и другие узкопрофильные от­деления (палаты).  Оборудования палат и оснащение отделений зависит от их профиля и диктуется спецификой работы и необходимостью создания наиболее благо-. приятных условий для лечения детей и выполнения персоналом служебных обязанностей.В отделениях для детей дошкольного и школьного возрастов палаты должны быть небольшие — с числом коек не более четырех. Целесообраз­но иметь застекленные перегородки между палатами для того, чтобы пер­сонал мог следить за состоянием детей и их поведением.Важной  **99 Становление здравоохранения в советский период: учреждение НКЗ РСФСР. Н.А. Семашко, З.П. Соловьев: их роль в разработке и претворении в жизнь принципов здравоохранения.**  Состоявшийся 16-19 июня 1918 г. Всероссийский съезд Медико-са­нитарных отделов Советов по докладу З.П.Соловьева и В.М.Бонч-Бруевич принял решение о создании Народного Комиссариата здравоохранения, кроме того на съезде обсуждались насущные проблемы здравоохранения этого периода: «Об организации и задачах советской медицины на местах» (доклад Н.А.Семашко), «Об организации борьбы с эпидемиями в условиях Советской республики» (доклад А.Н.Сысина), «О страховой медицине» (И.В.Русаков и Г.В.Линдов).11 июля СНК принял декрет «Об учреждении Народного комиссариа­та здравоохранения». Народным комиссаром здравоохранения был назна­чен НАСемашко, его заместителем - З.П.Соловьев, в состав коллегии НКЗ вошли: В.М.Бонч-Бруевич (Величкина), А.П.Голубков, П.ГДауге, Е.П.Первухин.На местах создавались медико-санитарные отделы Советов, которые проводили решения центральных органов в области здравоохранения на своих территориях.С 1917 г., в условиях формирования нового общественного строя в нашей стране, создаются новые органы управления и формируются теоретические основы здравоохранения, ведущая роль в разработке которых принадлежит Н. А. Семашко и З. П. Соловьеву.Н. А. Семашко — теоретик и организатор здравоохранения, первый народный комиссар здравоохранения (1918—1930 гг.). Под его руководством разрабатывались принципы здравоохранения — государственный характер, профилактическая направленность, бесплатность и общедоступность квалифицированной медицинской помощи, единство науки и практики, широкое участие общественности в решении вопросов охраны здоровья. Н. А. Семашко создал новую науку — социальную гигиену и стал первым заведующим кафедрой социальной гигиены (1922 г.). Создал новые виды здравоохранения — охрана материнства и младенчества, санаторно-курортное дело. При его активном участии был создан Государственный научный институт народного здравоохранения им. Л. Пастера, перестроена система высшего медицинского образования, в Москве и Ленинграде организованы институты физической культуры.З. П. Соловьев — теоретик и организатор гражданского и военного здравоохранения, заместитель народного комиссара здравоохранения, начальник Главного военно-санитарного управления. В 1923 г. организовал кафедру социальной гигиены во 2-м Московском медицинском институте. Внес большой вклад в развитие профилактического направления здравоохранения, в реформу медицинского образования.  **90 Система внутриведомственной и вневедомственной экспертизы объема и качества медицинской помощи.**  Законодательная база к числу участников контроля качества медицин­ской помощи относит:1) медицинские учреждения;  2) общественные объединения потребителей;3) органы управления здравоохранением;4)лицензирующие органы; 5)страховые .медицинские организации;6профессиональные медицинские ассоциации;7) фонды обязательного медицинского страхования;8) государственные медицинские образовательные учреждения; меди­цинские научно-исследовательские учреждения, осуществляющие послеву­зовское или дополнительное профессиональное образование специалистов;9) страхователи; 10) Госстандарт России и его территориальные органы;11) Государственный комитет по антимонопольной политике и его тер­риториальные органы;12 органы государственной санитарно-эпидемиологической службы;13 органы государственного пожарного надзора;14 государственная инспекция по охране труда15 комитеты по управлению государственным имуществом16 исполнительные органы фонда социального страхования.  Нормативная база делит всех перечисленных участников контроля на 2 звена. Принято выделять ведомственное и вневедомственное звенья каче­ства медицинской помощи. При этом к ведомственному звену относятся медицинские учреждения и органы управления здравоохранением, к вневе­домственному — все Остальные. *В ведомственном звене (на уровне ЛПУ)* контроль качества меди­цинской помощи является функцией: — заведующих подразделениями (первая ступень экспертизы);— заместителей руководителей учреждений по клинико-экспертной ра­боте, лечебной помощи и др. (вторая ступень экспертизы);- клинико-экспертных комиссий учреждения в целом (треть ступень экспертизы).  **101 Статистические таблицы, их виды, правила оформления, использование в работе врача, дать пример комбинационной таблицы.**  Статистические таблицы в зависимости от количества содержащихся в них признаков делятся на простые и сложные (а последние, в свою очередь, на групповые и комбинационные).*Простой* называется таблица, в которой представлена итоговая сводка данных лишь по одному признаку.В *групповой* таблице подлежащее характеризуется одним или не­сколькими сказуемыми (преимущественно двумя), но признаки, характери­зующие подлежащее, не связаны между собой.  В *комбинационной* таблице признаки, характеризующие подлежащее, взаимосвязаны (таблица обычно содержит информацию о трех и более признаках).*Табличное подлежащее —* это основной признак изучаемого явления, оно обычно располагается слева по горизонтальным строкам таблицы.*Сказуемое —* признаки, характеризующие подлежащее, — располагаются обычно сверху (столбцы или вертикальные графы таблицы).При составлении таблиц должны соблюдаться определенные требования: *—* таблица должна иметь четкое, краткое заглавие, отражающее суть таблицы;  — таблица должна иметь единую последовательную порядковую нумерацию; - оформление таблицы заканчивается итогами по графам и строкам.  **106 Фонд государственного социального страхования. Основные положения: управление, цель и задачи.**  Фонд социального страхования РФ (ФСС) является специализирован­ным финансово-кредитным учреждением при Правительстве РФ и управ­ляет средствами государственного социального страхования. В ФСС вхо­дят следующие исполнительные органы: региональные отделения (они уп­равляют средствами государственного социального страхования на терри­тории субъектов: РФ); центральные отраслевые отделения, (управляют со­ответствующими средствами в отдельных отраслях хозяйства); филиалы отделений (региональных и центральных отраслевых).  Средства Фонда образуются из взносов работодателей (предприятий, учреждений и организаций независимо от форм собственности), страховых взносов граждан, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью, добровольных взносов граждан и юридических лиц, иных поступлений. На­правляются средства ФСС на выплату пособий по временной нетрудоспо­собности; беременности и родам; при рождении ребенка; по уходу за ре­бенком до достижения им возраста полутора лет; оплату дополнительных выходных дней по уходу за ребенком-инвалидом; оплату путевок на сана­торно-курортное лечение работников и их детей; оплату проезда к месту лечения и обратно; и другие.**Основными задачами Фонда** являются: обеспечение гарантированных государством пособий; участие в разработке и реализации государственных программ охраны здоровья работников и мер по совершенствованию соци­ального страхования; разработка предложений о размерах страховых взно­сов на государственное социальное страхование; организация работы по подготовке кадров для системы государственного социального страхова­ния; организация разъяснительной работы среди страхователей и населе­ния по вопросам социального страхования и другие.Особым видом социального страхования является *обязательное со­циальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.* | **63 Организация санаторно-курортного лечения. Курорты Башкирии. Роль врачей при отборе больных на санаторно-курортное лечение.**  Санаторно-курортная помощь является действенным фактором в про­филактике заболеваемости и оздоровлении населений Санаторно-курортная система, являясь частью общей системы здраво­охранения, в то же время имеет особенности на всех этапах своей деятель­ности. При оказании квалифицированной медицинской помощи пациентам на курортах широко используются различные природные факторы.В современной России, наряду с курортами местного значения, имеют­ся и курорты республиканского значения: Ессентуки, Железноводск, Пя­тигорск, Кисловодск, Минеральные Воды, Сочи, Старая Русса, Марциаль-ные Воды и др Основным звеном курорта является санаторий. Это стационарное ме­дицинское учреждение, которое обеспечивает лечение больного, используя различные лечебные факторы в зависимости от профиля курорта.По своему назначению курорты делятся на климатические, бальнеоло­гические, грязевые. На климатических курортах главным лечебным факто­ром является климат (морской, степной, горный, лесной). Бальнеологиче­ские курорты широко используют различные минеральные воды (углекис­лые, щелочные, железистые, радоновые и др.). На грязевом курорте основ­ной фактор — грязевые аппликации. Местные санатории преимуществен­но используют в лечении климатические факторы и различные физические методы.По профилю заболевания санатории делятся на кардиологические, пульмонологические, гастроэнтерологические, с заболеваниями нервной системы, заболеваниями органов движения, почек, кожными болезнями, гинекологические и др  **67 Основные качественные показатели стоматологических поликлиник (отделений, кабинетов) по терапевтическому приему.**  Среднее число запломбированных зубов одним врачом в день:  **Запломбировановсегозубов за данный период/ Количество рабочих дней в периоде**  Среднее число посещений для лечения одного зуба ( в том числе по поводу :кариеса, пульпита, периодонтита):  **Количество посещений всего/ Количество запломбированных зубов**  Соотношение вылеченных зубов с неосложненным кариесом к вылеченным зубам с осложненным кариесом  **Число вылеченных зубов с неосложненным кариесом/ Число вылеченных зубов с осложненным кариесом**  Частота осложнений после эндодонтического лечения (отдельно при пульпите и периодонтите):  **Число осложнений после эндодонтического лечения\*100% /Общее число эндодонтических вмешательств**  Частота переделок пломб:  **Число переделанных пломб\*100% /Общее число наложенных пломб**  **68 Основные методы социально-гигиенических исследований и их использование в практической деятельности врача.**  Методы медико-социальных исследований: 1) исторический; 2) динамического наблюдения и описания; 3) санитарно-статистический; 4) медико-социологического анализа; 5) экспертных оценок; 6) системного анализа и моделирования; 7) организационного эксперимента; 8) планово-нормативный и др.  **73Особенности медицинских документов, применяемых в стоматологических учреждениях. Приказ № 50 “О переходе на новую систему учета работы врачей стоматологического профиля и совершенствовании формы организации стоматологического приема” с последующими дополнениями.**  В целях развития стоматологической помощи населению, упорядочения систем учета труда врачей стоматологического профиля и ориентации их рабо­ты на конечные результаты вводится новая система учета труда врачей, осно­ванная на измерении объема их работы в условных единицах трудоемкости (УЕТ).  Учет труда по УЕТ ориентирован на то, чтобы поднять заинтересованность врачей в конечных результатах собственно­го труда, стимулировать у них рост производительности и развивать профилак­тическую направленность в работе.  Врач при шестидневной рабочей наделе должен выполнить 21 УЕТ, при пятидневной - 25 УЕТ в рабочий день.  В перечне форм первичной медицинской документации учреждения здра­воохранения по стоматологической службе в настоящее время имеются сле­дующие документы:  1. Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета (ф.№037/у-88).  2. Сводная ведомость учета работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета (ф.№039-2/у~88).  3. Листок ежедневного учета работы врача стоматолога-ортопеда (ф.№037-1/у).  4. Дневник учета работы врача стоматолога-ортопеда (ф.№039-4/у).  *5.* Дневник учета работы врача стоматолога-ортодонта (ф.№039-3/у).  6. Медицинская карта стоматологического больного (ф.№043-у).  Медицинские учреждения подводят итоги выполненной работы за опреде­ленный период (за день, неделю, месяц, квартал, год), составляют отчет о дея­тельности за этот период.  В стоматологической практике учетные документы фактически являются и отчетными, например ф.№037-у-88, ф.№037-1-у за день, из них складываются отчеты за месяц, год (ф.№039-4-у).  **79 Применение телекоммуникационных сетей в медицине. Телемедицина.**  **80 Применение ЭВМ в медицине и здравоохранении.**  **82 Проблемы медицинской, медико-технической информации на современном этапе. Периодические издания по социальной гигиене и организации здравоохранения. Интернет, «Меднет».**  Бывают сложные случаи болезни, когда врачу требуется консультация крупного специалиста. Если знать электронный адрес этого специалиста, то можно попытаться получить от него необходимую информацию. Если неизвестно, к кому обращаться, можно выставить свой вопрос в Internet на доску объявлений или в телеконференцию. Велика вероятность того, что кто-нибудь откликнется и поможет.  Полезной базой данных локального характера может стать база учета пациентов, что ассоциируется с понятием «регистратура». Здесь могут храниться все истории болезней, результаты анализов, ЭКГ, рентгенограммы и прочая информация, которая может быть доступна врачу в любой момент без постороннего участия. Можно воспользоваться системой защиты для конфиденциальной информации. Электронный способ ведения учета пациентов позволяет оперативно решать проблемы передачи информации в другое медицинское учреждение (в связи с переездом или направлением на лечение больного), гарантируя защиту от несанкционированного доступа.  **Использование ЭВМ в медицинской практике** Сложные современные исследования в медицине немыслимы без применения вычислительной техники. К таким исследованиям можно отнести компьютерную томографию, томографию с использованием явления ядерно-магнитного резонанса, ультрасонографию, исследования с применением изотопов. Количество информации, которое получается при таких исследования так огромно, что без компьютера человек был бы неспособен ее воспринять и обработать. Как известно, компьютерная томография представляет собой метод рентгенографического исследования, позволяющий при помощи специальной технологии получать рентгенограммы человеческого тела по слоям и запоминать эти снимки в памяти компьютера после специальной обработки; дает возможность установить локализацию патологического процесса, оценить результаты лечения, в том числе, лучевой терапии, выбрать подходы и объем оперативного вмешательства. Для этой цели используются специальные аппараты (в том числе, отечественный рентгеновычислительный томограф СРТ - 1000) с вращающейся рентгеновской трубкой, которая перемещается вокруг неподвижного объекта, "построчно" обследуя все тело или его часть. Томограф здесь выступает в качестве периферийного устройства, подключенного через последовательный порт к PC.  **85 Республиканский фонд обязательного медицинского страхования, функции и задачи, организационная структура. Участие в оценке объема и качество медицинской помощи населению.**  Основными задачами Фонда социального страхования являются: реализация в полном объеме установленных государством прав граждан на социальное обеспечение и государственное социальное страхование; создание условий, обеспечивающих гарантированность и своевременность выплат пенсий и пособий по социальному страхованию; формирование основных направлений и контроль за использованием средств социального страхования; осуществление международных связей, изучение и использование зарубежного опыта в области государственного социального страхования. В целях обеспечения выполнения указанных задач Фонд социального страхования при Кабинете Министров осуществляет: сбор и аккумуляцию страховых взносов, направляемых на пенсионное обеспечение и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, при рождении ребенка и на погребение и другие цели государственного социального страхования; финансирование государственных пенсий и пособий, выплачиваемых за счет средств Фонда; расширенное воспроизводство средств Фонда социального страхования на основе принципов самофинансирования; подготовку совместно с Министерством социального обеспечения и Министерством финансов предложений о размерах страховых взносов на государственное социальное страхование и пенсионное обеспечение, а также о порядке образования средств Фонда социального страхования и вносит их на рассмотрение в Кабинет Министров Республики; финансовый контроль за правильным расходованием средств Фонда, а также совместно с налоговыми органами контроль за своевременным и полным поступлением страховых взносов в Фонд; гласность о работе Фонда, в том числе финансовой, путем ежегодного опубликования отчетов об использовании бюджета Фонда социального страхования. Порядок взимания и учета страховых взносов в Фонд, а также расходования средств Фонда определяется отдельными инструкциями.  **104 Урбанизация и ее причины. Формирование здоровья городского населения**  *Урбанизация* (от латинского urbs - город) — это процесс повышения роли городов в развитии общества. Главным социальным значением урба­низации являются особые «городские отношения», охватывающие населе­ние, его образ жизни, культуру, размещение производительных сил, рассе­ление. Предпосылками урбанизации являются рост в городах индустрии, развитие-их культурных и политических функций. Для урбанизации харак­терным является приток в города сельского населения и возрастающее ма­ятниковое движение населения из сел окружения и ближайших мелких го­родов в крупные города (на работу и пр.).  — процесс урбанизации изменяет экологическую обстановку, требует пересмотра плановых нормативов медицинской помощи, изменения сети медицинских учреждений, изменяет структуру заболеваемости и смертнос­ти населения, влияет на эпидемическую обстановку региона, ведет к изме­нениям в процессе рождаемости;  **100 Статистическая совокупность. Виды и методы статистического исследования, сплошное и выборочное, единовременное и текущее. Обосновать их на конкретном примере.**  Статистическая совокупность — группа относительно однородных элементов (единиц наблюдения) в конкретных условиях времени и пространства. В зависимости от охвата единиц наблюдения (в связи с целью исследования) статистическая совокупность может быть генеральной и выборочной. Единица наблюдения — это первичный элемент статистической совокупности, имеющий признаки сходства и различия. Признаки различия подлежат изучению и поэтому называются учетными признаками. Учетные признаки по характеру бывают количественными и качественными (атрибутивными), по роли в совокупности — факторными, результативными. Независимо от того, какие задачи ставятся в санитарно-статистическом исследовании, оно должно проводиться в определенной последовательности в соответствии с исторически сложившимися этапами, которые состоят из отдельных операций. Виды выборочных наблюдений: механическая выборка, типологическая, основного массива и гнездовая. Статистическое исследование — это составление таблиц (простых, групповых, комбинационных).  1) текущее- наблюдение в порядке текущей регистрации 2) единовременное- наблюдение, приуроченное у какому-либо моменту времени 3) сплошное- обследование всех без исключения единиц изучения совокупности 4) выборочное - наблюдение, охватывающее часть единиц совокупности для характеристики целого.  **97 Специальный учет и изучение отдельных видов заболеваний (инфекционные, важнейшие неэпидемические, госпитализированные). Принципы классификации заболеваний, травм и причин смерти.**  ***Инфекционная заболеваемость***С целью проведения текущих и перспективных медико-организацион­ных мероприятий по борьбе с инфекционными заболеваниями в стране действует строгая система контроля за инфекционной заболеваемостью.О каждом случае обнаруженного инфекционного заболевания обяза­тельно должны быть оповещены органы Госсанэпиднадзора. Список обяза­тельных для извещения инфекционных заболеваний определен МЗ РФ. Все подлежащие оповещению инфекционные заболевания можно разде­лить на следующие группы:1) карантинные заболевания (чума, холера, натуральная оспа, желтая лихорадка);2) заболевания, которые регистрируются как важнейшие неэпидемиче­ские болезни с одновременной информацией органов Госсанэпиднадзора;информация об этих заболеваниях собирается системой специализирован­ных лечебно-профилактических учреждений (туберкулез, сифилис, гоно­рея, трахома, грибковые заболевания, лепра);  3) заболевания, о которых лечебно-профилактическое учреждение представляет только суммарную (цифровую) информацию в органы санэ-пиднадзора и которые по классификации не относятся к классу инфекцион­ных заболеваний (грипп, ОРВИ);4) заболевания, о каждом случае которых делаются сообщения в местные органы санэпиднадзора с приведением детальных сведений о заболевании (брюшной тиф, паратифы и другие сальмонеллезы, дизентерия, энтериты, детские инфекции, менингиты, энцефалиты, инфекционный гепатит, столб­няк, полиомиелит, бешенство, риккетсиозы, малярия, лептоопироз, сепсис у детей 1 -го месяца жизни, геморрагическая лихорадка, орнитоз и др.).В отношении каждой из этих групп заболеваний существует своя систе­ма сбора и обработки данных.Карантинные болезни - это условное название группы инфекционных болезней, характеризующихся высокой контагиозностью и высокой ле­тальностью, к которым применяются международные карантинные ограни­чения в соответствии с международными медико-санитарными правилами. В случае выявления карантинных заболеваний применяются меры экс­тренного противоэпидемического характера, вплоть до создания чрезвы­чайных противоэпидемических комиссий (ЧПК). На основании извещений и журналов органами санэпиднадзора ежеме­сячно составляется отчет «О движении инфекционных заболеваний» (ф.85-ннф.), который является единственным источником информации для вышестоящих организаций об инфекционной заболеваемости.О заболеваниях 3 группы органы санэпиднадзора получают информа­цию из лечебно-профилактических учреждений на основании ф.95 -грипп. Эта форма содержит лишь суммарные сведения о числе зарегистр\*-. рованных заболеваний ОРВИ и гриппом.Помимо ф.058/у для детального анализа инфекционной заболеваемос­ти используется «Карта эпидемиологического обследования очага инфек­ционных заболеваний» (ф.357/у).Для анализа инфекционной заболеваемости рассчитывается ряд показателей:**Число выявленных инфекционных заболеваний= Число выявленных инфекционных заболеваний на данной территории\*100000/ Средняя численность населения данной территории**Аналогично рассчитываются показатели частота заболеваний по отдельным возрастно-половым группам, нозологическим формам. Рассчиты­ваются также:**Частота гопитализации инфекционных больных = Число госпитализированных инфекционных больных\*100/Средняя численность населения**  **96 Социально-правовые основы охраны здоровья женщин и детей в России и в Республике Башкортостан.**  Показатели здоровья женщин и детей являются наиболее чувствительным индикатором социально-экономического развития общества. Деятельность государственной системы охраны материнства и детства направлена на реализацию комплекса социально-экономических и лечебно-профилактических мер по оптимизации образа жизни в семье, укреплению здоровья женщин и детей, обеспечению условий нормальной жизнедеятельности. Комплекс мероприятий должен быть направлен на:— обеспечение гарантий гражданских прав женщин и мер поощрения материнства;— разработку и обеспечение законодательных актов о браке и семье;— охрану женского труда и трудовой деятельности подростков;— государственную материальную и социальную помощь семьям, имеющим детей;— гарантирование системы обучения и воспитания детей в нормальных условиях, не нарушающих их здоровья;— качественную, гарантированную и доступную медико-социальную помощь.В системе охраны материнства и детства различают 6 этапов оказания профилактической и лечебной помощи: 1) оказание помощи женщине вне беременности, подготовка ее к материнству, совершенствование работы женских консультаций, центров “Брак и семья”, генетических центров и др.; 2) комплекс мероприятий по антенатальной охране плода в женских консультациях, отделениях патологии беременности, специализированных отделениях и др.; 3) интранатальная охрана плода и рациональное ведение родов; 4) охрана здоровья новорожденного, организация правильного вскармливания, создание оптимальных условий для физического развития; 5) охрана здоровья ребенка в дошкольный период, обеспечение условий для оптимального физического развития, создание нужного иммунологического статуса; 6) охрана здоровья детей школьного возраста.  **119** **Родильный дом**: как самостоятельная; в составе многопрофильных больниц численность коек от 60 до 300; в крупных городах специализированные родильные дома. Задачи: оказание специалезированной мед пом роженицам.Структура:1.приемно-смотровое отд.(фильтр и 2 смотровые) 2.физиологич отд (1-о акушерское отд 50-55% коек от всего род дома) 3.абсервационное отд (2-а акушерских отд 20-25% коек от всего род дома) 4.комната для новорожденных 5.отд патологии беременности 20-25%. 6.лабораторно-диагностич отд. Показатели работы:1)Перенотальная смертность 13,8%. 2)Материнская смертность. 3)Мед пом в родах: а)частота медикаментозного обезболивания б)частота оперативности в)частота послеродовых осложнений в)частота с экстренной патологией г)частота акушер патологии.4)Исходы родов (частота своевременных родов. 5)Заболеваемость новорожденных. 6)Мертворожденность 5,3%. 7)Раняя неноатальная смертность 2004-8,5%.8)среднегодовая  занятость коек 300 дн. 8) Средняя длительность пребывания родильниц в род доме 5-6 дн. | **64 Организация скорой и неотложной медицинской помощи населению.**  *основными функциями (задачами) служ­бы скорой медицинской помощи являются:-* Оказание круглосуточной скорой медицинской помощи взрослому и детскому населению, как на месте происшествия, так и на пути следования в'стационар при состояниях, угрожающих здоровью или жизни граждан, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических забо­леваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и-при родах.  — Ликвидация медицинских последствий чрезвычайных ситуаций (на догоспитальном этапе).— Транспортировка больных по заявкам медицинских учреждений.— Изучение причин, вызывающих необходимость оказания скорой ме­дицинской помощи, и разработка мер по их устранению.**Задачи специализированных бригад** расширяются за счет:  — Осуществления методического руководства выездными бригадами,амбулаторными ЛПУ.— Оказании консультативной помощи.-.Оказание помощи взрослому и детскому населению на дому при острых в обострениях хронических заболеваний, не угрожающих непосредственно жиз-ни больного, является функцией амбулаторно-поликлинических учреждений Структура службы скорой медицинской помощи В Российской Федерации предусмотрено существование службы ско».-рой медицинской помощи в нескольких вариантах:В населенном пункте с населением численностью до 50 тыс. чел. орга­низуется отделение скорой медицинской помощи при больнице. Это тек более целесообразно в том случае, если в населенном пункте имеется один стационар и его главный врач является руководителем здравоохранения данного населенного пункта или сельского района.В городах с численностью жителей свыше 50 тыс. человек станции ско­рой медицинской помощи создаются как самостоятельные лечебно-профи­лактические учреждения.В городах с населением более 100 тыс. человек, с учетом протяженно-сти населенного пункта и рельефа местности, организуются кроме того • подстанции скорой медицинской помощи как подразделения станций. Возглавляет станцию скорой медицинской помощи главный врач, кото­рый руководствуется в своей деятельности законодательством Российской Федерации.Основной структурной единицей станции (отделения) скорой медицин­ской помощи является выездная бригада, непосредственно оказывающая экстренную медицинскую помощь больным и пострадавшим.  **70 Основные этапы диспансерного метода. Основные показатели лечебно-профилактических учреждений по диспансеризации (объем, качество, эффективность).**  Главным лицом в организации диспансерного обслуживания в поликли­нике является участковый врач-терапевт. Этим вопросом в определенно степени занимаются врачи всех специальностей. Участковый терапевт от-вечает за организацию диспансерного обслуживания населения своего уча? стка. В организационном процессе диспансеризации выделяются следую­щие этапы; отбор контингентоа путем активного выявления, регистрация их, проведение комплекса лечебных и социально-профилактических меро­приятий, т.е. осуществление собственно диспансерного наблюдения, и оценка результатов эффективности диспансеризации. На одного участко­вого врача-терапевта должно приходиться не более 120—150 диспансери-зуемых больных. Выявление лиц, подлежащих диспансеризации, произво­дится, как правило, при приеме больных врачом в поликлинике или при по­сещении их на дому. Известное значение имеют и различные профилакти­ческие осмотры, где выявляются наиболее ранние стадии заболеваний. Все больные, отобранные для диспансерного наблюдения, регистрируются на «Контрольных картах диспансерного больного». С помощью этого доку­мента врач может установить контроль за сроками явки на повторные об­следования. Основным медицинским документом является амбулаторная карта с соответствующей отметкой о том, что больной находится на дис­пансерном наблюдении. Весьма удачным оказался опыт поликлиники, ког­да на руки диспансерным больным выдаются книжки, где врач отмечает ме­дикаментозное лечение и другие назначения, указывает дату следующей явки на прием. Как показали наблюдения, такие книжки в какой-то мере дисциплинируют больных, способствуют тому, что они без дополнительно­го вызова являются в назначенное время на прием к врачу. Первый этап диспансеризации заканчивается выявлением и регистрацией больного. За­тем начинается второй, более ответственный этап — собственно диспан­серное наблюдение. Здесь проводится тщательное комплексное медицин­ское обследование, активное лечение и систематическое наблюдение с осу­ществлением санитарно-оздоровительных мероприятий. Важное значение имеет и учет эффективности всей диспансерной работы, проводимой в по­ликлинике. Существует большое количество методик проведения диспан­серизации: 1) введение единых диспансерных дней для всей поликлиники;2) введение единых диспансерных дней для отделений; 3) ежедневный вы­зов диспансерных больных по 2—3 человека на прием. Со временем, ста­ло очевидным, что более организованно диспансеризация проходит в спе­циально выделенные для этого дни. В этот день участковый врач не про­водит обычного приема больных в поликлинике. Неотложные больные направляются к дежурному врачу. Повторные больные на эти дни не на­значаются. В диспансерный день все вспомогательные службы поликли­ники работают только для диспансерного обслуживания. Больные могут быть  **75 Первичная и общая инвалидность: уровни, структура, причины, пути снижения.**  Инвалидность и инвалидизация населения являются важнейшими показателями общественного здоровья и имеют не только медицинское, но и социально-экономическое значение. В среднем инвалиды составляют около 10% от всего населения мира. Причинами первичной инвалидности являются в основном 4 группы заболеваний: болезни органов кровообращения — 27—35% случаев; злокачественные новообразования — 23—29%; травмы — около 10%; болезни нервной системы и органов чувств — 5—7%. Большинство людей (80—90%) становятся инвалидами в трудоспособном возрасте. При этом уровень реабилитации и восстановления трудоспособности незначителен (10—12%). Основой организационной работы по профилактике инвалидности должен стать комплексный план мероприятий по снижению инвалидности, повышению качества врачебно-трудовой и медико-социальной экспертизы.**Первичная инвалидность(частота первичного выхода на инвалидность)=общее число рабочих и служащих за год, впервые признанных инвалидами\*1000/общая численность рабочих и служащих**Данный показатель рассчитывается по районам, областям, краям, ав­тономным образованиям, отраслям промышленности и т.д.**Структура первичной инвалидности= Общее число рабочих и служащих за год, впервые признанных инвалидами от данного заболевания (данного возраста)\*1000/Общая численность рабочих и служащих за год признанных инвалидами**Структура первичной инвалидности рассчитывается по заболеваниям, возрастным группам, полу, социальной принадлежности и т.п.**Общая инвалидность(частота,контингенты инвалидов)= Число лиц, получающих пенсии и пособия по нвалидности (контингенты инвалидов)\*1000/Общая численность рабочих и служащих данной территории**  **83 Профилактическое направление здравоохранения, его развитие и совершенствование с учетом современных требований.**  .*Профилактика —* составная часть медицины. Выделяют индиви­дуальную и общественную профилактику. В зависимости от состояния здо­ровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии у человека рассматривают 3 вида профилактики.*Первичная профилактика —* это система мер предупреждения воз­никновения и воздействия факторов риска развития заболеваний. .*Вторичная профилактика —* это комплекс мероприятий по устране­нию выраженных факторов риска, которые при определенных условиях мо­гут привести к возникновению, обострению или рецидиву заболевания. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является дис­пансеризация Третичная профилактика имеет целью социальную трудовую психологическую и медицинскую) реабилитацию.  Важнейшей составной частью всех профилактических мероприятий яв­ляется формирование у населения медико-социальной активности и уста­новок на здоровый образ жизни.***Основные методы и формы пропаганды здорового образажизни***Цель пропаганды здорового образа жизни — формирование гигиениче­ского поведения населения, базирующегося на научно обоснованных сани­тарно-гигиенических нормативах, направленных на сохранение и укрепле­ние здоровья, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достиже­ние активного долголетия.  **76 Первичная медико-санитарная помощь населению и перспективы ее развития. Врач общей практики (семейный врач), особенности организации работы. Перспективы развития**  Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает пер­вичную медико-санитарную помощь (ПМСП) в качестве одного из ведущих инструментов достижения стратегии здоровья для всех, так как она, осуще­ствляя главную функцию системы здравоохранения и являясь ее централь­ным звеном, составляет неотъемлемую часть всего процесса социально-экономического развития общества.. Основные направления реформ должны пре­дусматривать переход к организации первичной медико-санитарной по­мощи на новые формы работы, с лидирующей ролью врача общей (семей­ной) практики, изменение организации работы поликлиники и специали­стов, создание на базе ряда поликлиник консультативно-диагностических центров и центров здоровья, предоставляющих доступную и качествен­ную высокоспециализированную помощь, включая профилактику забо­леваний, при достижении высокой эффективности используемых ресур­сов. **«врач общей практики (семейный-врач**) — это лицензированный выпуск­ник медицинского высшего учебного заведения, который обеспечивает ин­дивидуальную первичную и непрерывную медицинскую помощь для от­дельных лиц, семей и населения, независимо от возраста, пола или вида за­болевания»..  К основным требованиям, которым должен соответствовать врач об­щей (семейной) практики, согласно определению Всемирной Организации Здравоохранения относятся: обеспечение высокого профессионализма, активное сотрудничество с различными группами населения, использо­вание научного прогресса и передовых достижений во всех областях дея-тел&ности по охране здоровья,*..* Помимо назначе­ния курса лечения, врачи общей (семейной) практики должны учитывать и: другие потребности пациента (улучшение социальных условий, охрана пси­хического здоровья, решение семейных проблем). Они должны обеспечи­вать всестороннюю помощь: лечебную, профилактическую и реабилитации онную, причем таким образом, чтобы медицинская помощь-носила взаимо­дополняющий, интегрированный и непрерывный характер.  **92 Система социальной защиты: принципы, структура, функции. Совместная работа с органами и учреждениями здравоохранения. Медико-социальные экспертные комиссии, организация работы и основные показатели деятельности.**  Для организационно-методического руководства деятельностью пер­вичных бюро **МСЭ** в составе государственной службы МСЭ субъекта РФ создается *главное бюро МСЭ.* В штатный норматив главного бюро МСЭ входят Несколько составов специалистов, принимающих экспертное реше­ние, могут входить группы специалистов по функциональной диагностике, профориентации и'организации труда инвалидов, их социально-средовой адаптации, а также специалисты служб юридического консультирования и информационно-статистического обеспечения. В состав специалистов главного бюро МСЭ входят не менее 4 врачей различных специальностей, специалисты по реабилитации, по социальной работе и психологи.Главное бюро МСЭ проводит экспертизу лиц, обжаловавших решения бюро; проводит экспертизу граждан в сложных случаях, а также формиру­ет и корректирует ИПР инвалидов при необходимости применения специ­альных методов обследования — по направлениям бюро; оказывает кон­сультативную помощь врачам — экспертам и другим специалистам бюро; осуществляет контроль за деятельностью бюро МСЭ; формирует банк дан -ных и осуществляет государственное статистическое наблюдение за соста­вом инвалидов на территории субъекта РФ; участвует в разработке и реа­лизации региональных комплексных программ профилактики инвалиднос­ти и реабилитации.  Учреждения МСЭ осуществляют свою деятельность во взаимодейст­вии с органами и учреждениями социальной защиты населения, здравоо­хранения, образования, службы занятости, общественных организаций ин­валидов; могут привлекать консультантов по медицинским и социальным вопросам.  **102 Организация статистического исследования и его этапы. План и программа статистического исследования.**  **Организ статич ислед:** Этапы: 1.составления плана и программы 2.статистич наблюдение (сбор материала) 3.группировка и сводка материала 4. анализ статистич материала 5.Оформление материала. I а)План статистич исследования отвечает на следующие вопросы: 1.Цель 2.Задача 3. Определение объекта, объема 4.Организационные мероприятият. б)Программа ислед отвечает на след вопросы: 1.Ед наблюд. 2. Учетные признаки 3.Подготовка макета 4.составление листа, намеченных таблиц предусмотрев все возможные сочетания комбинации 5.Составление макета. II.Сбор материала путем заполнения подготовленных и размноженных первичных учетных документов путем опроса если анкета. III.Шифровка группировка и сводка материала в заготовленные макеты. IV.Анализ результатов путем расчетов различных показателей  **108 Центр медицинской профилактики: структура и задачи.**  В областях и городах имеются Центры медицинской профилактики. Структурная организация центров соответствует их функциям и включает следующие основные отделы: организационно-методический, организаци­онно-пропагандистский, редакционно-издательский и консультационно-оздоровительный.В составе территориальных поликлиник, поликлинических отделений центральных районных (городских) больниц, медико-санитарных частей организуется отделение (кабинет) медицинской профилактики.Организационно-методическое руководство деятельностью отделения осуществляет Центр медицинской профилактики: совместно с главным врачом лечебно-профилактического учреждения.  .***Основные задачи отделения*** *(кабинета) медицинской* ***профилактики:***1. Обеспечение взаимодействия лечебно-профилактического учрежде­ния с территориальным Центром медицинской профилактики,2. Организационно-методическое обеспечение деятельности медицин­ских работников лечебно-профилактического учреждения по выявлению факторов риска, коррекции образа жизни, пропаганда медицинских и гиги­енических знаний и здорового образа жизни.3. Осуществление информационного обеспечения специалистов и раз­личных групп населения по вопросам охраны здоровья, в том числе и через средства массовой информации.4. Изучение и оценка знаний вопросов профилактики и здорового обра­за жизни у прикрепленного населения в соответствий с характером и осо­бенностями работы различных отделений и кабинетов лечебно-профилак­тического учреждения.5. Внедрение научно обоснованных мероприятий по первичной, и вто­ричной профилактике заболеваний, медицинских проблем формирования здоровья, гигиеническому обучению и воспитанию населения с учетом по­казателей заболеваемости прикрепленного контингента.  **107 Формы организации стационарной медицинской помощи. Стационары на дому. Дневные стационары. Обоснование их целесообразности.**  **Дневные стационары** в амбулаторно-поликлинических учреждениях являются структурными подразделениями амбулаторий, поликлиник, дис­пансеров, женских консультаций.Они предназначены для проведения лрофилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных малозатратных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.Решение об открытии дневного стационара и определение его мощнос­ти принимает главный врач внебольничного лечебно-профилактического учреждения по согласованию с местным органом управления здравоохра­нением.Основной *целью* работы дневных стационаров является:• совершенствование организации и повышение качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях;• повышение экономической эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений на основе внедрения и широкого использо­вания современных медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.  **111 Экономика здравоохранения, наиболее экономичные формы организации медицинской помощи населению. Основные экономические показатели в здравоохранении.**  В организации медицинской помощи населению особое место занима­ют стационары. Это наиболее капиталоемкий сектор здравоохранения, он потребляет основную (до 2/3) часть текущих расходов на здравоохранение, в стационарах сосредоточены, главным образом, основные формы здраво­охранения. Экономическая оценка деятельности стационара (как и любого другого ЛПУ) проводится по следующим основным направлениям:— использование основных фондов;- использование медицинской техники;— использование персонала;— анализ финансовых расходов;— использование коечного фонда.Для анализа использования основных фондов необходимы данные годо­вого ответа по форме №5.К показателям использования медицинской техники относят коэффи­циент календарного обслуживания (соотношение номинального времени, т.е. времени возможного использования оборудования, и календарного -числа дней в году.  **98 Средняя продолжительность предстоящей жизни. Организация медицинской помощи пожилым.**  *Средняя продолжительность предстоящей жизни*Одним из показателей, используемых для оценки общественного здо­ровья, является показатель средней продолжительности предстоящей жиз­ни, служащий более объективным показателем, чем показатель общей смертности и показатель естественного прироста населения.  Под показателем средней продолжительности предстоящей жизни сле­дует понимать гипотетическое число лет, которое предстоит прожить дан­ному поколению родившихся или числу сверстников определенного возра­ста при условии, что на всем протяжении их жизни смертность в каждой возрастной группе будет такой же, какой она была В том году, для которо­го производилось исчисление. Этот показатель характеризует жизнеспо­собность населения в целом, он не зависит от особенностей возрастной структуры населения и пригоден для анализа в динамике и сравнения дан­ных по разным странам. Нельзя путать показатель средней продолжитель­ности предстоящей жизни со средним возрастом умерших или средним воз­растом населения. Показатель средней продолжительности предстоящей жизни рассчи­тывается на основе повозрастных показателей смертности путем построе­ния таблиц смертности (или дожития), методика построения которых изве­стна еще с XVIII века. Таблицы смертности (дожития) рассчитываются по косвенному методу и показывают как бы порядок последовательного выми­рания гипотетической совокупности лиц, одновременно родившихся.  **105 Фельдшерско-акушерские пункты: организация работы, роль и задачи в медицинском обеспечении населения. Роль врача СУБ (или СВА) в организации и контроле за деятельностью ФАП.**  ***Первый этап —* сельский врачебный участок**, охватывающий терри­торию с радиусом 5-10-15 км (в разных областях России) и включающий следующие ЛПУ: сельскую участковую больницу, врачебную амбулаторию, фельдшерские и фельдшерско-акушерские медпункты, здравпункты, на промышленных и сельскохозяйственных предприятиях ясли-сады и др. На этом этапе сельские жители получают квалифицированную медицинскую помощь (терапевтически, хирургическую, акушерскую и гинекологичес­кую, стоматологическую, в ряде случаев — педиатрическую). Эти условия наиболее соответствуют соблюдению принципов общеврачебной практики и семейного медико-социального обслуживания.Сельский врачебный участок является звеном первого контакта паци­ентов в системе медицинского обслуживания. Его основная задача — ока­зание населению участка доступной квалифицированной, приближенной к населению, врачебной помощи и проведение санитарно-протнвоэпидеми-ческих мероприятий. Сельский врач должен быть (и по существу является) врачом общей практики. Численность населения на участке —-от 5000 до 7000 человек.Ближайшим медицинским учреждением, куда обращается сельский житель, является **фельдшерско-акушерский пункт (ФАП)**, ФАЛ является одной из особенностей сельского здравоохранения; открытие и функцио­нирование ФАЛ в современных условиях вызвано необходимостью при­близить медицинскую помощь к населению в условиях большого радиуса обслуживания сельской участковой больницы и невысокой плотности на­селения в сельской местности. ФАЛ организуется в населенных пунктах с числом жителей от 700 и более, при расстоянии до ближайшего медицин­ского учреждения не менее 5 км, а при удаленности более 7 км от ближай­шего медицинского учреждения ФАЛ может быть организован в населен­ных пунктах с числом жителей 300-500 человек.  Основными задачами ФАЛ являются оказание доврачебной помощи и проведение санитарно-оздоровительных и противоэпидемических меро­приятий, направленных на профилактику заболеваний, снижение заболе­ваемости и травматизма, повышение санитарно-гигиенической культуры населения. Фельдшер ФАЛ оказывает первую медицинскую помощь при острых заболеваниях и травмах, проводит прививочную работу, физиотера­певтические | **86 Рождаемость: Общий и специальные показатели, уровень, влияние различных факторов на динамику рождаемости. Медико-социальные аспекты планирования семьи.**  *Рождаемость -* процесс возобновления новых поколений, в основе которого лежат биологические факторы, влияющие на способность орга­низма к воспроизводству потомства. Общий коэффициент рождаемости рассчи­тывается по формуле:**Общее число родившихся за год живыми \*1000/**  **Среднегодовая численность населения.** Общий коэффициент плодовитости рассчитывается по следующей формуле:**Общее число родившихся за год жизни \*1000 /Среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет**Повозрастные показатели плодовитости рассчитываются по формуле:**Число родившихся живыми у женщин соответствующего возраста\*1000/Среднегодовая численность женщин соответствующего возраста**Показатель рождаемости является важнейшим, причем не только де­мографическим, но и медико-социальным критерием жизнеспособности и носпроизводства населения.Согласно законодательству в течение месяца со дня рождения все дети должны быть зарегистрированы в органах ЗАГСа по месту рождения детей или месту жительства родителей.  **84 Репрезентативность признака. Оценка достоверности результатов исследования при средних и относительных величинах.**  Репрезентативность выборки, т.е. ее способность отражать свойства генеральной совокупности. Репрезентативность должна быть как количественной, так и качествен­ной.. При оценке полученного результата по размеру средней ошибки поль­зуются *доверительным коэффициентом* (t), который дает возможность определить вероятность правильного ответа, то есть он указывает на то, что полученная величина ошибки выборки будет не больше действительной ошибки, допущенной вследствие сплошного наблюдения. Так, если принять t = 2,6, то вероятность правильного ответа составит 99,0%, а это означает, что из 100 выборочных наблюдений только один раз выборочная средняя мо­жет оказаться вне пределов генеральной средней. При t = 1 вероятность пра­вильного ответа составит лишь 68,3%, а 31,7% средних могут оказаться вне вычисленных пределов. Следовательно, с увеличением доверительно^ веро­ятности увеличивается ширина доверительного интервала, что, в свою оче­редь повышает достоверность суждения, опорность полученного результата.В медико-статистических исследованиях обычно используют довери­тельную вероятность (надежность); равную 95,5 — 99,9%, а в наиболее от­ветственных случаях — 99,7%.Таким образом, если 6 является доверительной вероятностью появле­ния необходимых данных в заданных границах, то является доверительным интервалом, с помощью которого определяются границы возможного раз­мера изучаемого явления.  **88 Ряды динамики, и их виды, методы выравнивания, показатели анализа рядов динамики.**  При изучении изменений какого-либо явления во времени составляет­ся динамический ряд.*Динамическим рядом* называется совокупность однородных статисти­ческих величин, показывающих изменение какого-либо явления на протя­жении определенного промежутка времени.Величины, составляющие динамический ряд, *называются уровнями ряда.*  Уровни динамического ряда могут быть представлены:— абсолютными величинами;— относительными величинами (в том числе показателями интенсив­ными, экстенсивными, соотношения);— средними величинами. Динамические ряды бывают двух видов:- Моментный динамический ряд состоит из величин, характеризующих явление на какой-то определенный момент (дату). Например, каждый уро­вень может характеризовать численность населения, численность врачей и т.д. на конец какого-то года.— Интервальный динамический ряд состоит из величин, характеризую­щих явление за определенный промежуток времени (интервал). Например, каждый уровень такого ряда может характеризовать смертность, рождае­мость, заболеваемость, среднегодовую занятость койки за какой-то год.Динамический ряд можно подвергнуть преобразованиям, целью кото­рых является выявление особенностей изучаемого процесса, а также до­стижение наглядности в характеристике того или иного явления.Для определения тенденции изучаемого явления рассчитывают показа­тели динамического ряда:— абсолютный прирост;- показатель наглядности;- показатель роста (снижения);- темп прироста (снижения).Абсолютный прирост представляет собой разность между последую­щим и предыдущим уровнем. Измеряется в тех же единицах, в которых представлены уровни ряда.Показатель наглядности показывает отношение каждого уровня ряда к одному из них (чаще начального), принятому за 100%.Показатель роста (убыли) показывает отношение каждого последую­щего уровня к предыдущему, принятому за 100%.Темп прироста (убыли) показывает отношение абсолютного прироста (снижения) каждого последующего уровня к предыдущему уровню, приня­тому за 100%;  **87 Роль и задачи организационно-методических кабинетов (отделов) ЦРБ и областных (краевых, республиканских) больниц.**  Важным структурным подразделением центральной районной больни­цы является **организационно-методический кабинет**, работа которого на­правлена на обеспечение методического руководства: анализ деятельности медицинских учреждений, осуществление мероприятий по повышению ка­чества лечебно-профилактической работы, повышение квалификации спе­циалистов, организация работы по медицинской статистике и оценке здо­ровья населения, изучение и распространение новых современных форм работы по медицинскому обслуживанию, перспективное планирование развития здравоохранения района, организация работы по внебюджетной коммерческой деятельности и медицинскому страхованию. Оргметод кабинет должен быть укомплектован наиболее опытными врачами-специалис­тами.Обеспечение методического руководства учетно-статистической рабо­той и контроля за ней всех учреждений района является важнейшей функ­цией оргметодкабинета. В обязанности кабинетов входит прием годовых отчетов. На оснований данных отчетных форм и специального анализа оргметодкабинет составляет обзор о состоянии здоровья различных групп населения\* оценивает показатели здравоохранения. В оргметодкабинетах должны быть сведения о районных конференциях и занятиях с врачами и средним медицинским персоналом, о семинарах с участием районных спе­циалистов, специализации и повышении квалификации медицинских ра­ботников (которые в сельской местности должны проходить 1 раз в 5 лет). Ежемесячно, ежеквартально кабинет вычисляет основные показатели ра­боты каждого медицинского учреждения.  Проводится анализ качественных показателей деятельности по ЦРБ и по району с разработкой мероприятий по их улучшению.Специалистами **оргметодотдела** составляются положения о работе об­щественных советов больниц, о совместной деятельности с депутатскими комиссиями по здравоохранению с работой обществ Красного Креста, ас­социаций медицинских работников и др. Важной задачей является совер­шенствование трудовой деятельности медицинских работников, пересмотр их профессиональных обязанностей и должностных инструкций примени­тельно к видам медицинской деятельности, правовая защита медицинских работников.  **95 Социально-гигиенические проблемы сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований, туберкулеза, травматизма.**  Болезни системы кровообращения занимают второе место в структуре общей заболеваемости (около 16%) и первое место — среди причин смерти. особенно интенсивно увеличивается среди мужчин в возрасте 40—50 лет. Сердечно-сосудистые заболевания занимают сегодня первое место среди причин инвалидности населения нашей страны. При этом 4% мужчин получают I группу, 60% — II группу инвалидности. У женщин эти показатели немного ниже. Среди причин инвалидности превалируют ишемическая и гипертоническая болезни, сосудистые поражения мозга, ревматизм. ФАКТОРЫ: · Внешние (социально-бытовые) факторы · Внутренние факторы Внешние факторы: · чрезмерное эмоциональное напряжение · избыточное питание · употребление больного количества поваренной соли · курение · употребление алкоголя · гиподинамия Внутренние факторы: · наследственная предрасположенность · сахарный диабет · гиперхолестеринемия · гиперлипидемия.Второе место в структуре причин смертности населения в экономически развитых странах с 40—50-х годов занимают **злокачественные новообразования**. Уровень смертности от новообразований составляет около 280 случаев на 100000 жителей. Рост числа новообразований происходит не столько за счет улучшения диагностики этих заболеваний и увеличения числа лиц пожилого и старого возраста, у которых злокачественные опухоли развиваются чаще, сколько в результате истинного увеличения заболеваемости и смертности, особенно от рака легких и рака крови. больные находятся под наблюдением онкологических учреждений пожизненно.  **89 Сельский врачебный участок: сельская участковая больница (амбулатория), задачи и организация работы. Формы помощи и контроля за деятельностью фельдшерско-акушерских пунктов.**  ***Первый этап —* сельский врачебный участок**, охватывающий терри­торию с радиусом 5-10-15 км (в разных областях России) и включающий следующие ЛПУ: сельскую участковую больницу, врачебную амбулаторию, фельдшерские и фельдшерско-акушерские медпункты, здравпункты, на промышленных и сельскохозяйственных предприятиях ясли-сады и др. На этом этапе сельские жители получают квалифицированную медицинскую помощь (терапевтически, хирургическую, акушерскую и гинекологичес­кую, стоматологическую, в ряде случаев — педиатрическую). Эти условия наиболее соответствуют соблюдению принципов общеврачебной практики и семейного медико-социального обслуживания.  Сельский врачебный участок является звеном первого контакта паци­ентов в системе медицинского обслуживания. Его основная задача — ока­зание населению участка доступной квалифицированной, приближенной к населению, врачебной помощи и проведение санитарно-протнвоэпидеми-ческих мероприятий. Сельский врач должен быть (и по существу является) врачом общей практики. Численность населения на участке —-от 5000 до 7000 человек.Ближайшим медицинским учреждением, куда обращается сельский житель, является **фельдшерско-акушерский пункт (ФАП)**, ФАЛ является одной из особенностей сельского здравоохранения; открытие и функцио­нирование ФАЛ в современных условиях вызвано необходимостью при­близить медицинскую помощь к населению в условиях большого радиуса обслуживания сельской участковой больницы и невысокой плотности на­селения в сельской местности. ФАЛ организуется в населенных пунктах с числом жителей от 700 и более, при расстоянии до ближайшего медицин­ского учреждения не менее 5 км, а при удаленности более 7 км от ближай­шего медицинского учреждения ФАЛ может быть организован в населен­ных пунктах с числом жителей 300-500 человек.  **67 Основные качественные показатели работы стоматологических поликлиник (отделений, кабинетов) по хирургическому приему.**  Среднее число проведенных удалений зубов в день:  **Общее число удалений зубов (временного и постоянного прикуса)**  **за определенный период/ Количество рабочих дней хирурга**  Количество операций в день (кроме удалении зубов):  **Общее число проведенных операций за определенный период/ Количество рабочих дней хирурга**  Процент больных, госпитализированных по показаниям в специализиро­ванные стационары (по отделению, поликлинике):  **Число больных, госпитализированных в специализированные стационары\*100%/Общее число больных, принятых на хирургическом приеме**  Частота осложнений после хирургических вмешательств:  **Число осложнений после хирургических вмешательств\*100%/Общее число хирургических вмешательств**  Частота расхождения диагнозов поликлиники и стационара:  **Число расхождений диагнозов поликлиники и стационара\*100%/Общее число направленных на стационарное лечение**  Показатель оперативной активности (в %):  **Число произведенных операций\*100%/Общее число больных**  Частота расхождения клинических и цитологических диагнозов после уда­ления опухолей и опухолевидных образований челюстнолицевой области:  **Число расхождений клинических и цитологических диагнозов\*100%/Общее число произведенных операций по удалению опухолей**  **71 Основы законодательства Российской Федерации и Кодекс РБ об охране здоровья граждан. Права медицинских работников.**  **Охрана здоровья граждан** - это совокупность мер политического, экономического, правового, социального,культурного,научного,медицинского,санитарно-гигиеническогои противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, Государство гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с Конституцией Российской Федерации.  Статья 2.Основными принципами охраны здоровья граждан являются: 1) соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; 2) приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан:  3) доступность медико-социальной помощи; 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;  Статья 3.Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан состоит из соответствующих положений Конституции Российской Федерации и Конституций республик в составе Российской Федерации, настоящих Основ и принимаемых в соответствии с ними других законодательных актов. Статья 4.Задачи законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан Задачами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан являются:  **72 Особенности и основные формы организации медицинской помощи, работающим на промышленных предприятиях.**  **МСЧ** Это комплексное лечебно-профилактическое учреждение, в котором оказывается специали\* зированная амбулаторно-полйклиничёская, а при наличии стационара и больничная медицинская помощь трудящимся предприятия и прикреплен­ному населению; проводятся профилактические осмотры, осуществляется диспансеризация работающих на предприятии и необходимые оздорови­тельные мероприятия.МСЧ бывают закрытого и открытого типа. Закрытая МСЧ предназна­чена для оказания медицинской помощи исключительно работающим на предприятии, при котором она организована. МСЧ открытого типа обеспе­чивает также помощь членам семей работающих на предприятии, она мо­жет иметь в составе отделения (участки) для обслуживания населения при­легающих микрорайонов. График работы МСЧ строится с учетом режима работы предприятия, чтобы медицинская помощь была доступна в свобод­ное от работы время.  .**В задачи МСЧ** входит оказание специализированной квалифицирован­ной и своевременной медико-санитарной помощи работникам предприятия при заболеваниях и травмах с целью снижения трудопотерь по болезни и инвалидности; планирование и осуществление совместно с администраци­ей предприятия и санэпидслужбой санитарно-гигиенических и противоэпи­демических мероприятий по оздоровлению условий труда, снижению об­щей заболеваемости, производственного травматизма и профессиональ­ных заболевании, а также осуществление контроля за состоянием здоровья работающих.  Структура МСЧ организуется в соответствии с задачами и функциями, в зависимости от численности обслуживаемого контингента, по согласова­нию с учредителем. В состав МСЧ, как правило, входят поликлиника, вра­чебные и фельдшерские здравпункты. В крупных МСЧ имеются стациона­ры. В состав МСЧ могут входить также другие подразделения: ночные са­натории-профилактории или пансионаты, отделения неотложной помощи, женские консультации, кабинеты психофизиологической разгрузки и др  **77 Переписи населения, методика их проведения. Значение переписей населения для здравоохранения. Основные результаты переписи населения в РБ.**  Перепись населения это специальная научно организованная государственная статистическая операция по учету и анализу данных о численности населения, его составе и распределении по территории. Перепись характеризуется следующими особенностями. 1. Периодичность (в большинстве стран переписи проводятся через 10 лет, в экономически развитых через 5 лет). 2. Всеобщность (охват всего населения). 3. Единство методики (наличие единой программы переписи в виде переписного листа). 4. Единовременность (численность населения учитывается на определенный момент, когда население ведет самый оседлый образ жизни). 5. Сбор сведений методом опроса при помощи переписчиков без обязательного подтверждения документами. 6. Централизованный способ обработки данных. Данные переписи населения необходимы для перспективных расчетов численности населения, для планирования развития отраслей национального хозяйства, в том числе здравоохранения, для оценки санитарного состояния населения и расчета различных показателей здоровья. В санитарно-эпидемиологической службе данные переписи применяются для оценки санитарно-эпидемического состояния района, для разработки прогнозов эпидемической ситуации и др. Переписи населения показали, что в экономически развитых странах постоянно наблюдается тенденция увеличения численности населения в среднем около 1% в год, в развивающихся странах до 2%. В большинстве стран мира преобладают женщины пожилого возраста и мужчины в возрасте до 32 лет. В России в последнее десятилетие численность населения ежегодно уменьшалась и к 1996 г. составила около 147 млн. человек. Показатель естественного прироста, (разница между уровнем рождаемости и уровнем смертности) отрицательный (6 на 1000 жителей). Отмечается постарение населения. Так, доля населения старших возрастных групп в Санкт-Петербурге составляет около 23%. Снижается доля детского населения (до 20%).  **78 Права и обязанности, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования. Страховой медицинский полис**  *Гражданин —* застрахованное физическое лицо. Граждане Российской Федерации имеют в системе медицинского страхования право на:— обязательное медицинское страхование;— выбор медицинской страховой организации;— выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договора­ми обязательного медицинского страхования;— получение медицинской помощи на всей территории Российской фе­дерации, в том числе за пределами постоянного места жительства;  — получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качест­ву условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;— предъявление иска страхователю, страховой медицинской организа­ции, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования;— возвратность части страховых взносов при добровольном медицин­ском страховании, если это определено условиями договора.Наряду с гражданами РФ такие же права в системе медицинского стра­хований имеют находящиеся на территории России лица, не имеющие гражданства, и постоянно проживающие в России иностранные граждане.  **93 Смета медицинских учреждений, принципы и этапы её составления. Порядок расходования денежных средств.**  Смета — это финансовый план расходов, необходимых для работы медицинского учреждения в следующем году. После утверждения сметы расходов каждого учреждения в банке открывается кредит для этого учреждения.Объем ежегодного расхода ЛПУ устанавливается по данным бухгалтерии, исходя из статей сметы, которая составляется по установленной форме и финансируется из госбюджета в соответствии с установленными нормами.Смета составляется по единой форме: наименование и полный адрес учреждения; название бюджета (республиканский, местный); раздел и параграф бюджетной классификации. Смета состоит из 3 частей:— показатели оперативной деятельности учреждений: мощность (число коек, число посещений), штаты;— расчеты по каждой статье расходов;— сводка расходов по статьям (18 статей).Статьи расходов указывают на целевое назначение средств (статьи 6, 7, 11 и 17 упразднены).Статья 1. Заработная плата.Статья 2. Начисления на заработную плату.Статья 3. Канцелярские и хозяйственные расходы.Статья 4. Командировки и служебные разъезды.Статья 5. Расходы учебные, на производственную практику, научно-исследовательские работы и приобретение книг для библиотек.Статья 8. Стипендии.Статья 9. Расходы на питание.Статья 10. Приобретение медикаментов и перевязочных материалов.Статья 12. Приобретение оборудования и инвентаря.Статья 13. Капитальные вложения внегосударственного плана капитальных работ.Статья 14. Приобретение мягкого инвентаря и оборудования.Статья 15. Капитальные вложения, капитальное строительство.Статья 16. Капитальный ремонт зданий и сооружений.Статья 18. Прочие расходы.В перспективе предполагается оставить лишь 3 укрупненные статьи, предусматривающие затраты на заработную плату, текущие расходы, капитальные вложения и капитальный ремонт. |  |