

Министерство здравоохранения и социального развития РФ

**ГБОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная
педиатрическая медицинская академия**

**ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
НАСЕЛЕНИЮ**

**Санкт-Петербург
2011**

Основы организации стоматологической помощи населению
(Учебно-методическое пособие для студентов стоматологического факультета). В.К.Юрьев, К.Е.Моисеева, В.А.Глущенко, В.Г.Пузырев, А.В. Кривошеев – СПб: ГПМА, 2011. – 103с.

Авторский коллектив:

Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор	В.К.Юрьев
к.м.н., доцент	К.Е.Моисеева
к.м.н., доцент	В.А.Глущенко
к.м.н., ассистент	В.Г.Пузырев
ассистент	А.В.Кривошеев

Рецензенты:

Заведующий кафедрой социальной педиатрии и организации здравоохранения ФПК и ПП Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии, Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор **Орел В.И.**,

Заведующая кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор **Микиртичан Г.Л.**

Оглавление

Введение.....	4
Тема № 1. Организация амбулаторно-поликлинической стоматологической помощи	4
1.1. Общие положения организации амбулаторно-поликлинической помощи.....	4
1.2. Организация работы стоматологической поликлиники для взрослого населения.....	6
1.3. Организация работы детской стоматологической поликлиники.....	10
Контрольные вопросы.....	13
Тема № 2. Организация стационарной стоматологической помощи населению.....	14
Контрольные вопросы.....	21
Тема № 3. Статистика учреждений стоматологического профиля.....	21
Контрольные вопросы.....	52
Тема № 4. Экспертиза временной нетрудоспособности.....	53
Контрольные вопросы.....	74
Тема № 5. Эффективность здравоохранения.....	74
Контрольные вопросы.....	86
Тема № 6. Основы финансирования здравоохранения. Оплата труда в здравоохранении.....	86
Контрольные вопросы.....	93
Тема № 7. Планирование в здравоохранении.....	94
Контрольные вопросы.....	101
Рекомендуемая литература.....	102
Бланк листка нетрудоспособности.....	103

Введение

Стоматологическая помощь относится к числу самых массовых видов медицинской помощи. Важнейшими задачами стоматологических организаций являются проведение комплекса диспансерных мероприятий по профилактике, раннему выявлению, лечению и реабилитации больных с заболеваниями полости рта, слюнных желез и челюстно-лицевой области.

К стоматологическим учреждениям, в которых больные получают общую и специализированную стоматологическую помощь, относятся:

- государственные и муниципальные стоматологические поликлиники для взрослых и детей (республиканские, краевые, окружные, областные, городские, районные);
- стоматологические кабинеты в диспансерах, женских консультациях, центрах общей врачебной (семейной) практики, в здравпунктах промышленных предприятий, в образовательных учреждениях и др.;
- стоматологические отделения и отделения челюстно-лицевой хирургии для взрослых и детей в составе многопрофильных больниц, медико-санитарных частей, ведомственных учреждений и др.;
- клинические подразделения образовательных, научно-исследовательских учреждений;
- частные стоматологические организации (поликлиники, кабинеты и др.)

Тема № 1

Организация амбулаторно-поликлинической стоматологической помощи

1.1. Общие положения организации амбулаторно-поликлинической помощи.

Амбулаторно-поликлиническая помощь получают около 80% всех больных, обращающихся в организации здравоохранения. К основным типам амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) относятся: поликлиники, в т.ч. стоматологические для взрослых и детей, диспансеры, центры общей врачебной (семейной) практики, женские консультации и др.

Основными принципами оказания амбулаторно-поликлинической помощи являются:

- участковость;
- доступность;
- профилактическая направленность;
- преемственность и этапность лечения.

Участковость. Большая часть амбулаторно-поликлинических учреждений работают по участковому принципу, т.е. за учреждениями закреплены оп-

ределенные территории, которые в свою очередь разделены на территориальные участки. Участки формируются в зависимости от численности населения. За каждым участком закреплен участковый врач (терапевт, педиатр) и участковая медицинская сестра. При формировании участков для обеспечения равных условий работы участковых врачей учитывают не только численность населения, но и протяженность участка, тип застройки, удаленность от поликлиники, транспортную доступность и другие факторы. В стоматологической практике принцип участковости применяется далеко не всегда.

Доступность. Реализация этого принципа обеспечивается широкой сетью АПУ, действующих на территории Российской Федерации амбулаторно-поликлинических учреждений, которых в настоящее время около 16 тыс. Любой житель страны не должен иметь препятствий для обращения в АПУ, как по месту жительства, так и на территории, где в настоящее время находится. Доступность амбулаторно-поликлинической помощи обеспечивается и ее бесплатностью в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Доступность населению стоматологической помощи зависит от многих факторов: организационных форм ее оказания, ценовой политики, обеспеченности населения врачами-стоматологами (зубными врачами) и др. В настоящее время стоматологическую помощь населению оказывают в централизованной, децентрализованной и выездной организационных формах.

При централизованной форме прием населения проводят непосредственно в стоматологической поликлинике или в стоматологическом отделении (кабинете) в составе другого лечебно-профилактического учреждения.

Децентрализованная форма оказания населению стоматологической помощи предусматривает создание постоянно действующих стоматологических кабинетов на здравпунктах промышленных предприятий, в образовательных учреждениях. Эта форма наиболее приемлема для организации стоматологической помощи работающему населению и учащимся. Преимущество этой формы неоспоримо, но организовывать подобные кабинеты целесообразно на предприятиях с численностью не менее 2000 работающих и образовательных учреждениях с числом учащихся не менее 1500 человек.

Выездная форма наиболее эффективна для оказания стоматологической помощи сельским жителям, детям в дошкольных учреждениях, инвалидам, одиноким и престарелым гражданам. Ее использование позволяет максимально приблизить как общую, так и специализированную стоматологическую помощь, к этим категориям граждан.

Профилактическая направленность. Принцип реализуется посредством диспансерного метода. *Диспансеризация* – приоритетное направление в деятельности медицинских учреждений, включающее комплекс мер по формированию здорового образа жизни, профилактике и ранней диагностике заболеваний, эффективному лечению больных и их динамическому наблюдению.

Диспансерный метод, прежде всего, используется в работе с определенными группами здоровых людей (дети, беременные, спортсмены, военнослужащие и др.), а также с больными, подлежащими диспансерному наблюдению. В процессе диспансеризации с целью раннего выявления заболеваний эти контингенты осматривают специалисты, в случае необходимости ставят на учет для комплексного лечения, проведения мероприятий по оздоровлению условий труда и быта, восстановлению трудоспособности и продлению периода активной жизнедеятельности.

Важным направлением профилактической работы АПУ является прививочная работа. Детскому населению профилактические прививки проводятся по соответствующему календарю прививок, взрослому населению – по желанию и показаниям.

АПУ призваны играть ведущую роль в формировании здорового образа жизни, как комплекса мер, позволяющего сохранять и укреплять здоровье населения, повысить качество жизни.

Преемственность и этапность лечения. Амбулаторно-поликлиническая помощь является первым этапом единого процесса оказания медицинской помощи: поликлиника – стационар – учреждения восстановительного лечения. Как правило, пациент вначале обращается к участковому врачу поликлиники. В случае необходимости он может быть направлен в консультативно-диагностический центр, диспансер (онкологический, противотуберкулезный, психоневрологический и др.), больничное учреждение, центр медицинской и социальной реабилитации. Между этими звеньями оказания медицинской помощи должна существовать преемственность, позволяющая исключать дублирование диагностических исследований, ведения медицинской документации, тем самым обеспечить комплексность в профилактике, диагностике, лечении и реабилитации больных. Одним из направлений в достижении этого является внедрение электронной истории болезни (электронный паспорт больного).

1.2. Организация работы стоматологической поликлиники для взрослого населения.

Основной объем стоматологической помощи населению оказывают стоматологические поликлиники, которые представляют собой лечебно-профилактические учреждения, деятельность которых направлена на профилактику стоматологических заболеваний, своевременное выявление и лечение больных с заболеваниями полости рта, слюнных желез и челюстно-лицевой области. Режим работы поликлиники устанавливают органы здравоохранения по подчиненности с учетом потребности населения и конкретных условий.

Основными *задачами* стоматологической поликлиники являются:

- проведение мероприятий по профилактике заболеваний челюстно-лицевой области среди населения и в организованных коллективах;

- организация и проведение мероприятий, направленных на раннее выявление больных с заболеваниями челюстно-лицевой области и своевременное их лечение;
- оказание квалифицированной амбулаторной стоматологической помощи населению.

Для решения этих задач стоматологическая поликлиника осуществляет:

- оказание своевременной терапевтической, хирургической, ортопедической и других видов стоматологической помощи лицам, обратившимся в поликлинику;
- оказание неотложной стоматологической помощи больным при острых заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстно-лицевой области;
- проведение медицинских осмотров на предприятиях с осуществлением санации полости рта всем нуждающимся;
- диспансерное наблюдение за больными с активно протекающим кариесом зубов, с заболеваниями пародонта и слизистой оболочки полости рта, хроническим остеомиелитом челюстей, злокачественными новообразованиями лица и полости рта, аномалиями развития и деформации челюстей и другими заболеваниями;
- экспертизу временной нетрудоспособности больных, направление на МСЭ лиц с признаками стойкой утраты трудоспособности;
- разработку территориальных целевых программ по профилактике, своевременной диагностике и лечению заболеваний полости рта, слюнных желез и челюстно-лицевой области;
- проведение санитарно-просветительной работы по профилактике заболеваний полости рта, слюнных желез и челюстей среди взрослого и детского населения.



Рис. 1. Примерная организационная структура стоматологической поликлиники для взрослых

Примерная организационная структура стоматологической поликлиники для взрослых представлена на рисунке №1. Помимо указанных на схеме подразделений, в стоматологических поликлиниках могут организовываться кабинеты анестезиологии, профилактическое отделение (для проведения плановой санации полости рта среди организованного контингента населения), смотровые кабинеты, в которых врачи-стоматологи оказывают неотложную помощь пациенту и направляют его на дополнительное обследование к врачам соответствующего специализированного отделения и др. Организационная структура стоматологической поликлиники устанавливается органом управления здравоохранением субъекта РФ с учетом региональных особенностей.

Оснащение кабинетов и отделений стоматологической поликлиники осуществляется согласно санитарно-гигиеническим требованиям к размещению, устройству, оборудованию, эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля.

Руководство стоматологической поликлиникой осуществляет главный врач, которого назначает и освобождает от должности руководитель соответствующего органа управления здравоохранением.

Должности врачей-стоматологов и врачей-стоматологов-хирургов устанавливаются в городах с населением свыше 25 тыс. человек из расчета 4 должности (суммарно) на 10 тыс. взрослого городского населения, 2,5 должности на 10 тыс. взрослого сельского населения и 2,7 должности на 10 тыс. взрослого населения других населенных пунктов субъекта РФ. Должности врачей-стоматологов-ортопедов соответственно 1,0, 0,7 и 0,8 должностей на 10 тыс. взрослого населения. На каждые 12 должностей врачей-стоматологов и врачей-стоматологов-хирургов устанавливают должность заведующего отделением (но не более 3-х должностей на поликлинику). Если в штате поликлиники имеется не менее 4-х ставок врачей-стоматологов-ортопедов, то организуется ортопедическое отделение с выделением 1 ставки заведующего. Должности медицинских сестер врачебных кабинетов устанавливают из расчета 1 должность на каждую должность врача-стоматолога-хирурга, 2 должности на каждую должность врача-стоматолога и 3 должности на каждую должность врача-стоматолога-ортопеда.

В целях улучшения качества стоматологической помощи, упорядочения системы учета деятельности врачей, ориентации их на конечный результат учет труда врачей стоматологического профиля основан как на оценке числа посещений, так и на измерении объема работы в условных единицах трудоемкости (УЕТ). Соответствующими приказами МЗиСР РФ определен перечень видов работ с их оценкой в УЕТ, являющихся экономическим эквивалентом трудозатрат. Например, наложение пломбы при поверхностном или среднем кариесе учитывают как 1 УЕТ, сложное удаление зуба как 1,5 УЕТ. В соответствии с нормативами врач-стоматолог при 6-дневной рабочей неделе должен выполнить работу эквивалентную 21 УЕТ, при 5-дневной — 25 УЕТ за рабочий день. Оценка работы стоматологов в УЕТ ведет к интенсификации их тру-

да и направлена на оказание максимальной помощи в одно посещение, сокращение непроизводительных затрат рабочего времени, связанных с повторными посещениями. 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.

Режим работы поликлиники устанавливает орган управления здравоохранением с учетом потребности населения, транспортной доступности, системы расселения и др. Как правило, работа врача-стоматолога организуется в две смены с чередованием утро-вечер через день. Для выполнения предусмотренных нормативов врач принимает 8-12 пациентов, при этом 1/3 из них должны быть первичными, т.е. поступать к врачу по направлению из регистратуры или смотрового кабинета. На первые часы работы назначают более сложных больных, например, с пульпитами, периодонтитами. Если в кабинете ведется смешанный прием, то хирургических больных назначают на утренние часы. Больных, нуждающихся в косметическом лечении (реставрации), назначают на прием в дневное время для того, чтобы врач мог определить цвет зубов при естественном освещении. При повторном назначении пациентов необходимо учитывать их возраст, состояние здоровья, режим работы.

Регистратура играет большую роль в правильной организации приема, регулировании потока пациентов посредством выдачи талонов или предварительной записи на прием. Первичные талоны выдают на прием к врачу стоматологу-терапевту, стоматологу-хирургу, стоматологу-ортопеду или специалисту узкого профиля (пародонтолог, ортодонт, гигиенист).

Кроме регулирования потока пациентов регистратура выполняет ряд других функций: оформляет и хранит «Медицинскую карту стоматологического больного» (ф. 043/у); осуществляет их подбор, доставку в кабинеты и раскладку после приема; оформляет листки нетрудоспособности; дает необходимую справочную информацию посетителям; проводит финансовые расчеты с пациентами по оплате дополнительных стоматологических услуг.

В организации приема больных в стоматологической поликлинике большая роль принадлежит *дежурному стоматологу*, который осматривает пациента, определяет вид и объем необходимой стоматологической помощи, направляет к другим специалистам. Дежурный стоматолог в экстренных случаях оказывает больным неотложную стоматологическую помощь.

Повторные посещения больным поликлиники назначает лечащий врач. При правильной организации работы поликлиники больной наблюдается одним врачом, который составляет план лечения и при необходимости направляет пациента на консультацию и лечение к другим специалистам.

Важным разделом в работе стоматологической поликлиники является профилактическая деятельность. В рамках диспансеризации с целью активной профилактики кариеса зубов и других распространенных стоматологических заболеваний поликлиники проводят медицинские осмотры и плановую сана-

цию полости рта детям в школьных и дошкольных образовательных учреждениях, студентам, рабочим, призывникам, беременным и другим контингентам населения.

1.3. Организация работы детской стоматологической поликлиники

Основной объем стоматологической помощи детскому населению оказывает детская стоматологическая поликлиника. Детская стоматологическая поликлиника – это лечебно-профилактическое учреждение, деятельность которого направлена на профилактику стоматологических заболеваний, своевременное выявление и лечение детей с болезнями челюстно-лицевой области. Детские стоматологические поликлиники как самостоятельные лечебно-профилактические учреждения организуют в городах с численностью детского населения не менее 60-70 тыс. человек. В городах с меньшей численностью детского населения стоматологическую помощь оказывают в детских отделениях (кабинетах) стоматологических поликлиник для взрослых.

Основными *задачами* детской стоматологической поликлиники являются:

- проведение мероприятий по профилактике заболеваний челюстно-лицевой области среди детского населения, в школах, и других организованных детских коллективах;
- организация и проведение мероприятий, направленных на раннее выявление детей с заболеваниями челюстно-лицевой области и своевременное их лечение;
- оказание квалифицированной амбулаторной стоматологической помощи детскому населению.

Для осуществления основных задач детская стоматологическая поликлиника *организует и проводит*:

- в плановом порядке, в соответствии с графиком диспансеризации, согласованным с директорами школ и руководителями детских коллективов, профилактические осмотры детей с одновременным осуществлением лечения выявленных больных;
- осуществление полной санации полости рта всем детям, обращающимся в поликлинику по вопросам оказания стоматологической помощи;
- оказание экстренной медицинской помощи больным детям при острых заболеваниях и травмах челюстно-лицевой области;
- диспансерное наблюдение за определенными контингентами больных стоматологического профиля;
- оказание квалифицированной стоматологической помощи с осуществлением своевременной госпитализации детей, нуждающихся в стационарном лечении;
- комплекс реабилитационного лечения патологий челюстно-лицевой области и, прежде всего, ортодонтическое лечение;
- анализ заболеваемости детей стоматологическими болезнями и разработку мероприятий по снижению и устранению причин, способствующих

щих возникновению заболеваний и их осложнений;

- санитарно-просветительную работу среди населения с привлечением медицинской общественности.

Существуют определенные требования к структуре детской стоматологической поликлиники: наличие как минимум 2-3 кабинетов врачей-ортодонтотв, кабинета врача-психолога, игровой комнаты. В том случае, если стоматологическую помощь детям оказывают в отделении, входящим в структуру стоматологической поликлиники для взрослых, обязательным условием является наличие отдельного входа для детей и как минимум двух кабинетов — хирургического и терапевтического. Организационная структура детской стоматологической поликлиники устанавливается органом управления здравоохранением субъекта РФ с учетом региональных особенностей.

Для осуществления плановых профилактических, а также лечебных мероприятий в организованных детских коллективах, детская стоматологическая поликлиника использует предоставляемые для этих целей помещения, а также стоматологические кабинеты (в школах с числом учащихся 800 и выше).

Врач-стоматолог детский проводит лечебную, диагностическую, профилактическую и организационную работу в лечебно-профилактических учреждениях, а так же в образовательных, детских дошкольных и других детских учреждениях. Он осуществляет лечебно-профилактические мероприятия, направленные на оптимальное развитие зубочелюстной системы у детей, снижение распространенности и прироста стоматологических заболеваний у детей всех возрастов.

Врач детский стоматолог *обязан*:

- осуществлять диспансерный учет прикрепленного детского населения;
- планировать профилактическую, лечебно-диагностическую работу на основании анализа стоматологической заболеваемости детей своего региона;
- обеспечить наиболее полный охват детского населения плановой санацией полости рта;
- планировать и проводить диспансеризацию детей со стоматологическими заболеваниями с учетом темпов их развития и тяжести течения;
- обеспечивать неуклонное уменьшение количества случаев декомпенсированных форм кариеса у детей, одонтогенных воспалительных процессов, удалений постоянных и временных зубов;
- оказывать неотложную стоматологическую помощь терапевтического профиля на догоспитальном этапе в амбулаторных условиях и стационаре;
- обеспечить, при наличии показаний, оказание специализированной помощи детям с привлечением детского стоматолога хирурга, анестезиолога-реаниматолога, ортодонта;
- при необходимости направлять больных детей на стационарное лечение;

- проводить анализ эффективности диспансеризации детей, лечебно-диагностической и профилактической работы;
- осуществлять преемственность с врачами детских поликлиник, медицинским персоналом и администрацией образовательных и дошкольных детских учреждений;
- проводить санитарно-просветительную работу среди населения по профилактике стоматологических заболеваний;
- участвовать в работе по повышению квалификации врачей-педиатров и среднего медицинского персонала в области стоматологии.

Одной из особенностей организации работы детских стоматологических поликлиник является широкое использование *метода плановой санации*, который предусматривает осмотр полости рта ребенка не реже 2 раз в год. Как правило, этот метод реализуется в 2 этапа: первый этап— осмотр полости рта ребенка и определение необходимых видов стоматологической помощи; второй этап— оказание стоматологической помощи в кратчайшие сроки до полной санации. В ряде случаев плановая санация предусматривает третий этап— последующее активное динамическое наблюдение за больными детьми.

Успех проведения плановой санации детей в организованных детских коллективах во многом зависит от согласованных действий руководителей детских стоматологических поликлиник и дошкольных и школьных образовательных учреждений.

Рекомендованные штатные нормативы детской стоматологической поликлиники определены Приказом Минздравсоцразвития № 289 от 14.04.2006 г. В соответствии с приказом должности *врачей-стоматологов* детских устанавливаются из расчета:

- в детских стоматологических поликлиниках, обслуживающие территории с населением менее 1 млн. человек – 0,5 должности на 1000 детей;
- в поликлиниках городов с населением свыше 1 млн. человек – 0,8 должности на 1000 детей;
- в поликлиниках сельских населенных пунктов – 0,5 должности на 1000 детей.

Должности врачей:

- ортодонтос устанавливаются из расчета 0,15 должности на 1000 детей;
- стоматологов-хирургов - из расчета 1 должность на 6 должностей врачей – стоматологов детских;
- рентгенологов - из расчета 1 должность на 15 тысяч рентгеновских снимков в год;
- физиотерапевтов - из расчета 0,1 должности на 15 тыс. детей;
- заведующего детским стоматологическим отделением любого профиля устанавливается на каждые 12 должностей врачей-стоматологов всех наименований, предусмотренных поликлинике настоящими Рекомендуемыми штатными нормативами;
- врачей для обеспечения консультативной и организационно-

методической работы по стоматологии - из расчета 0,5 должности суммарно на 100 тысяч детей;

- заместителя главного врача по медицинской части устанавливается в поликлиниках, которым положено не менее 40 врачебных должностей, включая должность главного врача.

Средний медицинский персонал. Должности:

- медицинских сестер врачебных кабинетов устанавливаются из расчета 1 должность на каждую должность врача-стоматолога детского, врача-стоматолога-хирурга и врача-ортодонта;
- должность рентгенолаборанта - из расчета 1 должность на поликлинику в смену;
- медицинских сестер по физиотерапии - из расчета 1 должность на 15 тыс. условных процедурных единиц в год;
- гигиениста стоматологического - из расчета 1 должность на 6 должностей врачей-стоматологов терапевтического и лечебно-профилактического отделений;
- медицинских статистиков - из расчета 1 должность на 20 должностей врачей-стоматологов всех наименований;
- медицинских регистраторов - из расчета 1 должность на 6 должностей врачей-стоматологов всех наименований;
- старшей медицинской сестры отделения любого профиля устанавливается соответственно должностям заведующих отделений;
- старшей медицинской сестры отделения регистратуры устанавливается в поликлиниках, которым предусмотрено не менее 8 должностей медицинских регистраторов, вместо одной из них;
- должность главной медицинской сестры устанавливается в каждой поликлинике.

Кроме того, в поликлинике должны быть предусмотрены должности зубных техников (при наличии зуботехнической лаборатории), младшего медицинского и другого персонала, обеспечивающего деятельность учреждения.

Контрольные вопросы

1. Какие основные принципы амбулаторно-поликлинической помощи Вам известны?
2. В каких организационных формах оказывается стоматологическая помощь?
3. Каковы основные задачи стоматологической поликлиники для взрослого населения?
4. Каковы штатные нормативы стоматологических поликлиник для взрослого населения?
5. Каким образом ведется учет труда врачей стоматологов?

6. Какую роль играет регистратура в работе стоматологической поликлиники?
7. Какие основные функции дежурного стоматолога Вам известны?
8. Каковы особенности организации стоматологической помощи детскому населению?
9. Какие задачи решает детская стоматологическая поликлиника?
10. Каковы штатные нормативы стоматологических поликлиник для детского населения?
11. В чем заключаются основные функции и обязанности детского стоматолога?

Тема № 2

Организация стационарной стоматологической помощи населению

Стационарная (больничная, госпитальная) медицинская помощь в настоящее время является наиболее ресурсоёмким сектором здравоохранения. В стационарных учреждениях сосредоточены основные материальные ресурсы отрасли (дорогостоящие здания, сооружения, оборудование, транспорт и др.), на содержание учреждений этого типа тратится в среднем 60-70% всех ассигнований, выделяемых на здравоохранение.

Развитие стационарной помощи в последние десятилетия шло по пути перехода от общепрофильных отделений больниц к специализированным, от больниц небольшой мощности к мощным учреждениям на 600-1000 коек. По мнению многих специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения, крупные больницы по сравнению с небольшими имеют следующие преимущества:

- больше возможностей развития специализированных, в т.ч. узкоспециализированных, видов медицинской помощи;
- более рациональное использование высококвалифицированных кадров, дорогостоящего лечебно-диагностического оборудования, медицинской техники, вспомогательных лечебно-диагностических отделений и служб.

Однако сверхмощные многопрофильные больницы на 1200 коек и более имеют и ряд недостатков, в частности, определенные сложности в управлении. Поэтому оптимальной мощностью больницы следует считать 500-800 коек.

Концентрация материальных, финансовых и трудовых ресурсов в специализированных отделениях больниц позволяет в полном объеме использовать современные медицинские технологии. В результате этого достигается наиболее высокий уровень медицинской и экономической эффективности больничной помощи.

Стационарная стоматологическая помощь чаще всего оказывается в специализированных стоматологических отделениях или отделениях челюстно-

лицевой хирургии многопрофильных больниц, в специализированных отделениях клиник ВУЗов, НИИ и т.п.

В задачи современной городской больницы для взрослых входят:

- оказание больничной квалифицированной лечебно-профилактической помощи;
- внедрение в практику здравоохранения современных методов профилактики, диагностики и лечения на основе достижений медицинской науки и техники, а также передового опыта других ЛПУ;
- развитие и совершенствование организационных форм и методов работы учреждения, повышение качества лечебно-профилактической помощи и др.

Примерная организационная структура городской больницы для взрослых представлены на рисунке 2.

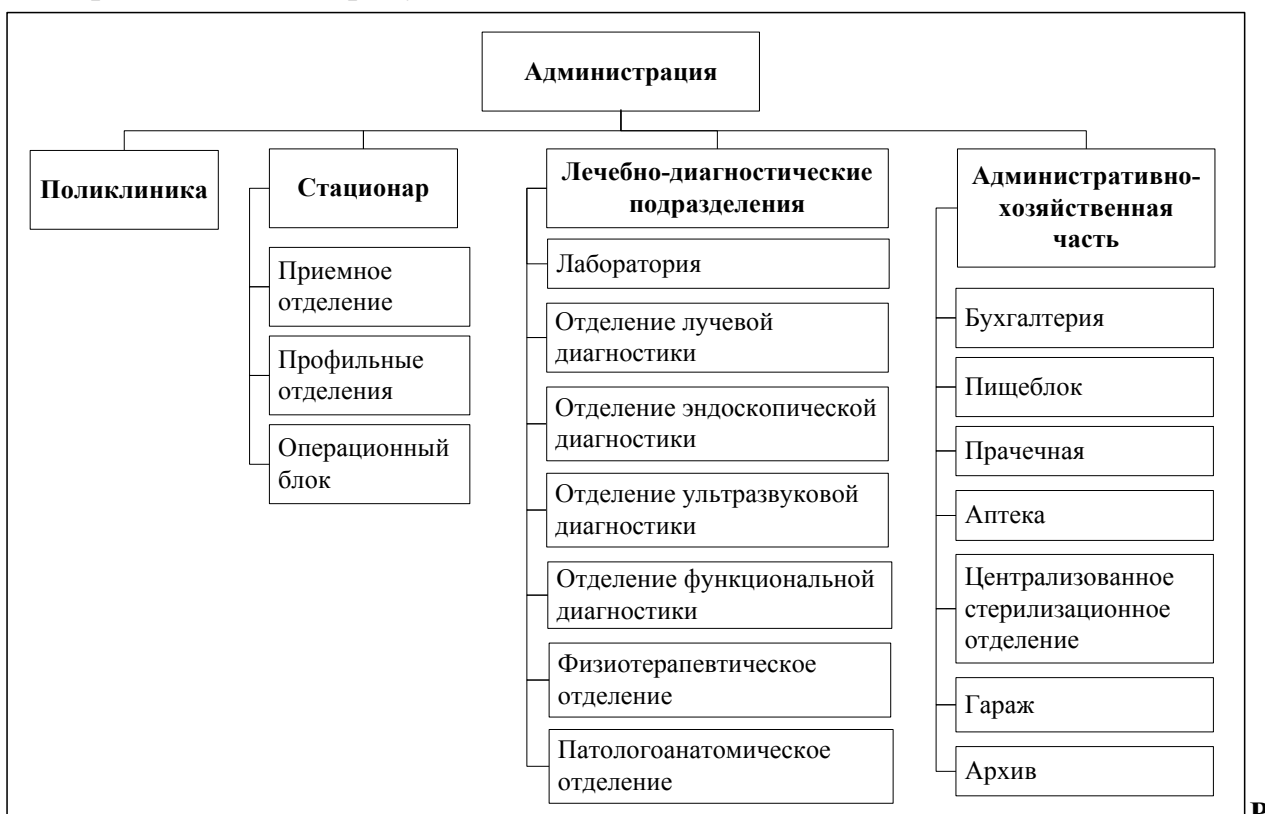


Рис. 2.Примерная организационная структура городской больницы для взрослых

Возглавляет больницу *главный врач*. Он отвечает за всю профилактическую, лечебно-диагностическую, финансово-хозяйственную деятельность, подбор и расстановку кадров.

Первым помощником главного врача является *заместитель по медицинской части (начмед)*, который непосредственно руководит профилактической и лечебно-диагностической работой больницы, контролирует соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, качество диагностики, лечения и ухода за больными. Также он анализирует качество лечебного питания, правильность расходования медикаментов и изделий медицинского назначения, организует

консультативную помощь больным. Особое место в деятельности начмеда занимает анализ случаев смерти больных в стационаре. За хозяйственную работу отвечает соответствующий *заместитель по административно-хозяйственной части* (АХЧ). В его задачи входит обеспечение противопожарной безопасности, поддержание в порядке и охрана зданий, помещений, инженерных сетей, территории больницы, обеспечение учреждения современными средствами связи, автотранспортом, горюче-смазочными материалами, продуктами лечебного питания, больничным бельем и решение других хозяйственных вопросов. В состав административно-хозяйственной части входят гараж, прачечная, пищеблок и другие подразделения.

Если больница объединена с поликлиникой, вводят должность *заместителя главного врача по поликлинике*. В крупных больницах с числом хирургических коек не менее 300 выделяют должность *заместителя главного врача по хирургии*. Кроме того, с учетом производственной необходимости могут вводиться должности заместителей главного врача по экономике, экспертизе нетрудоспособности, гражданской обороне и мобилизационной работе.

Деятельностью среднего и младшего медицинского персонала руководит *главная медицинская сестра*.

Больной при поступлении в стационар в первую очередь попадает в *приемное отделение*. Приемное отделение может быть централизованным и децентрализованным (для отдельных профильных отделений). В приемное отделение больницы пациенты попадают разными путями:

- по направлению из амбулаторно-поликлинических учреждений (плановая госпитализация);
- при доставке бригадами скорой медицинской помощи (экстренная госпитализация);
- переводом из другого стационара;
- при самостоятельном обращении в приемное отделение («самотек»);

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

В задачи *приемного отделения* входит:

- прием больных, постановка предварительного диагноза и решение вопроса о необходимости госпитализации;
- регистрация больных и учет их движения в стационаре;
- оказание при необходимости экстренной медицинской помощи;
- санитарная обработка больных;
- выполнение функций справочного центра о состоянии больных.

В больницах мощностью 500 коек и более в штате учреждения выделяют ставки врачей приемного покоя (хирург, терапевт, травматолог, рентгенолог и др.). Кроме того, врачи приемного покоя имеют возможность вызывать врачей

других специальностей, которые в это время дежурят на отделениях. В больницах меньшей мощности в приемном покое дежурят врачи отделений в соответствии с графиком. Врачи приемного отделения должны иметь возможность круглосуточно проводить в экстренном порядке экспресс-анализы, рентгенологические, эндоскопические, ультразвуковые и другие исследования.

Для оказания экстренной помощи в приемном отделении должен быть постоянный набор необходимых медикаментов и оборудования. В приемных отделениях больниц целесообразно организовывать палаты интенсивной терапии и временной изоляции больных.

Из приемного отделения больной поступает в соответствующее стационарное отделение. Профиль и мощность отделений стационара определяются с учетом потребности населения в госпитальной помощи и структуры патологии. Штаты и оснащение зависят от числа коек и профиля отделения. Оптимальной мощностью стационарного отделения больницы считают 60-70 коек. Как правило, в больничных учреждениях мощностью до 300 коек организуются отделения терапевтического, хирургического, гинекологического, педиатрического, инфекционного, неврологического, кардиологического, травматологического и других профилей. В больницах большей мощности создаются узкоспециализированные отделения: урологическое, эндокринологическое, пульмонологическое, челюстно-лицевой хирургии и др.

Возглавляет работу отделения *заведующий*. На должность заведующего отделением назначают квалифицированного врача, имеющего опыт работы по соответствующей специальности и обладающего организаторскими способностями. Назначение на должность заведующего отделением и освобождение от должности осуществляется приказом главного врача. Заведующий отделением непосредственно руководит деятельностью медицинского персонала отделения и несет полную ответственность за качество и культуру медицинской помощи больным. В соответствии с задачами, стоящими перед больницей, заведующий отделением выполняет следующие обязанности:

- организует и обеспечивает своевременное обследование и лечение больных с учетом современных достижений медицинской науки и практики;
- проводит систематический контроль за работой ординаторов отделения по вопросам диагностики, лечения и его эффективности, а также качества ведения медицинской документации;
- проводит ежедневный утренний обход больных совместно с ординаторами и средним медицинским персоналом, осмотр вновь поступивших и наиболее тяжелых больных;
- разбирает с ординаторами отделения все случаи, представляющие затруднение в диагностике и лечении, расхождения диагнозов поликлиники с больничными и больничных с патологоанатомическими, а также все случаи смерти больных в отделении;
- созывает в необходимых случаях консилиум с участием врачей-специалистов и лично принимает участие в нем;

- обеспечивает соблюдение противоэпидемиологического режима на отделении;
- систематически проводит работу по повышению квалификации врачей, среднего и младшего медицинского персонала отделения, соблюдению принципов деонтологии;
- анализирует показатели деятельности отделения и представляет отчеты руководству больницы в установленные сроки;
- контролирует соблюдение персоналом отделения правил охраны труда, пожарной безопасности и внутреннего распорядка;
- организует санитарно-просветительную работу с больными;
- несет ответственность за правильное хранение, учет и выдачу ядовитых и сильнодействующих лекарств в отделении и др.

Заведующему отделением непосредственно подчиняется *ординатор отделения*, который является лечащим врачом и выполняет следующий объем работ:

- оказывает квалифицированную помощь больным с использованием современных методов диагностики и лечения;
- ежедневно проводит обход больных совместно с палатной медицинской сестрой, участвует в обходах заведующего отделением, в необходимых случаях консультируется с врачами-специалистами;
- ведет «Медицинскую карту стационарного больного» (ф. 003/у) и другую документацию с ежедневными записями в них о состоянии больных, их лечении, питании, режиме и т.д.;
- докладывает заведующему отделением о трудностях в установлении диагноза, лечении, а также об изменениях в состоянии больных;
- руководит работой среднего и младшего медицинского персонала, непосредственно ему подчиненного, проверяет правильность и своевременность выполнения ими врачебных назначений, а в случае невыполнения докладывает об этом заведующему отделением;
- проводит санитарно-просветительную работу с больными;
- сообщает перед уходом из стационара заведующему отделением, а в его отсутствие – дежурному врачу о тяжелых больных, требующих особого врачебного наблюдения;
- несет дежурство по больнице согласно установленному графику;
- сообщает заведующему отделением о больных, подлежащих переводу или выписке из отделения, оформляет на них соответствующие медицинские документы;
- в установленные внутренним распорядком больницы дни и часы встречается с родными и близкими пациентов, находящихся под его наблюдением.

Число больных, которое ведет врач-ординатор, зависит от профиля отделения.

Врачу-ординатору отделения помогают *палатные (постовые) медицинские сестры*, которые непосредственно подчиняются старшей медицинской

сестре отделения и выполняют следующие обязанности:

- своевременно и точно выполняют назначения лечащего врача;
- организуют своевременное обследование больных в лаборатории, диагностических отделениях (кабинетах), у врачей-консультантов;
- наблюдают за состоянием больного: физиологическими отправлениями, сном, весом, пульсом, дыханием, температурой;
- немедленно информируют лечащего врача (в его отсутствие заведующего отделением или дежурного врача) о внезапном ухудшении состояния больного, оказывают ему экстренную доврачебную помощь;
- осуществляют санитарно-гигиеническое обслуживание физически ослабленных и тяжелых больных (умывание, кормление, промывание по мере надобности рта, глаз, ушей и т.д.);
- изолируют больных в агональном состоянии, вызывают врача для констатации смерти, подготавливают трупы умерших для передачи их в морг и др.

В ночное время в больнице наряду со средним медицинским персоналом дежурят врачи. Дежурства обеспечиваются либо одним врачом по всей больнице небольшой мощности, либо по крупным профильным отделениям. Например, дежурный врач для отделений терапевтического профиля, дежурный врач для отделений хирургического профиля и др. Дежурные врачи, приступая к дежурству, получают от лечащих врачей или заведующих отделениями сведения о тяжелых больных, требующих особого наблюдения. Во время дежурства они отвечают за состояние всех больных, находящихся в стационаре, оказывают экстренную помощь по вызову постовых медицинских сестер, принимают поступающих больных.

В отделениях стационара больницы устанавливают звуковую и световую сигнализацию, которой пользуется больная для вызова дежурного медицинского персонала. Однако ее следует считать вспомогательной. Наблюдение за тяжелыми больными должно проводиться активно, т.е. медицинская сестра и дежурный врач обязаны без вызова периодически их навещать.

Выделяют две системы организации ухода за больными: двухступенную и трехступенную. При двухступенной системе непосредственный уход за больным осуществляют врачи и медицинские сестры, а младший медицинский персонал лишь помогает в создании надлежащего санитарно-гигиенического режима в отделении, осуществляет уборку помещений. При трехступенной системе ухода младшие медицинские сестры принимают участие в уходе за больными. При этой системе обслуживания на должность *младшей медицинской сестры по уходу за больными* назначают лицо, окончившее специальные курсы младших медицинских сестер по уходу за больными.

В больнице строго соблюдают противоэпидемический и лечебно-охранительный режимы. Противоэпидемиологический режим должен обеспечиваться всем персоналом больницы, а контроль за ним осуществляет Центр гигиены и эпидемиологии.

Лечебно-охранительный режим – система мер, направленных на созда-

ние оптимальных условий пребывания больных в стационаре, способствующих поднятию их общего психоэмоционального тонуса. Основными элементами лечебно-охранительного режима являются:

- дизайн, рациональная планировка, размещение и оборудование палат и отделений (соответствующий интерьер отделений, изоляция операционных блоков, перевязочных, организация маломестных палат и др.);

- реализация принципа дифференцированного распределения больных по палатам с учетом состояния здоровья, пола, возраста и др.;

- устранение или максимальное уменьшение воздействия неблагоприятных факторов внешней среды (неудобные постели, плохое освещение, низкая или излишне высокая температура в палатах, дурные запахи, стоны или крики больных, шум, плохое лечебное питание и др.);

- борьба с болью и страхом боли (психологическая подготовка к операциям, применение анестезирующих средств при болезненных перевязках, разумное использование болеутоляющих средств, высокое мастерство техники инъекции и других манипуляций, отказ от бесцельных исследований и др.);

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

- организация режима дня больного (удлинение физиологического сна, сочетание покоя с допустимой физической активностью больных, общение с родственниками и близкими больного);

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

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

Выписку пациента из больницы производят при полном его выздоровлении, необходимости перевода в другие специализированные медицинские учреждения, стойком улучшении состоянии больного, когда дальнейшая госпитализация не нужна, хроническом течении заболевания, не поддающемся лечению в данном учреждении.

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

тельной медицины.

Контрольные вопросы

1. В каких учреждениях оказывается стационарная стоматологическая помощь?
2. Какие задачи выполняет городская больница для взрослых?
3. Какова примерная организационная структура городской больницы для взрослых?
4. Как организуется работа приемного отделения?
5. Каковы задачи и структура приемного отделения?
6. Какие обязанности выполняет зав.отделения?
7. Какой объём работ выполняет ординатор отделения и постовая медицинская сестра?
8. Как осуществляется работа больницы в ночное время?
9. Что такое лечебно-охранительный режим?
10. Каковы основные компоненты лечебно-охранительного режима?

Тема № 3

Статистика учреждений стоматологического профиля

Показатели деятельности стоматологических организаций можно разделить на *общие показатели, показатели деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля, показатели деятельности стационарных учреждений стоматологического профиля.*

3.1. Общие показатели

К **общим** показателям относятся:

- *показатели обеспеченности;*
- *показатели укомплектованности;*
- *показатели квалификации медицинского персонала;*

Показатели обеспеченности включают:

- обеспеченность населения стоматологической помощью;
- обеспеченность населения стоматологическими кадрами (врачами-стоматологами, зубными врачами, медицинскими сестрами);
- обеспеченность населения стоматологическими койками;

К показателям укомплектованности относятся:

- показатель укомплектованности должностей (врачами-стоматологами, зубными врачами, медицинскими сестрами);
- показатель укомплектованности должностей физическими лицами (врачей-стоматологов, зубных врачей, медицинских сестер);

- коэффициент совместительства врачей-стоматологов (зубных врачей, медицинских сестер).

Показатели квалификации медицинского персонала включают:

- показатель удельного веса врачей-стоматологов (зубных врачей, средних медицинских работников), имеющих высшую (I, II) квалификационную категорию;
- показатель удельного веса врачей-стоматологов (зубных врачей, средних медицинских работников), имеющих сертификат специалиста.

Показатель обеспеченности населения стоматологической помощью характеризует доступность и степень удовлетворения потребности населения в стоматологической помощи. Показатель может рассчитываться отдельно для детского (до 18 лет) и взрослого населения. Обычно показатель рассчитывают на 1000 населения соответствующего возраста по формуле:

$$\text{Обеспеченность населения стоматологической помощью} = \frac{\text{Число посещений стоматологов и зубных врачей}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

Значение этого показателя для населения в целом в РФ составляет примерно 920 на 1000 населения.

Показатель обеспеченности населения стоматологическими кадрами (врачами-стоматологами, зубными врачами, медицинскими сестрами) является одной из характеристик ресурсного обеспечения, которое необходимо для реализации потребности населения в стоматологической помощи. В зависимости от цели анализа обеспеченность медицинским персоналом может быть рассчитана исходя из штатных, занятых должностей или по физическим лицам. Обычно показатели обеспеченности врачами-стоматологами, зубными врачами, медицинскими сестрами рассчитывают на 10 тыс. населения по формуле:

$$\text{Обеспеченность населения врачами-стоматологами (зубными врачами, медицинскими сестрами)} = \frac{\text{Число врачей-стоматологов (зубных врачей, медицинских сестер)}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 10000$$

В последние годы в РФ обеспеченности врачами-стоматологами (физическими лицами) составляет 3,2, а зубными врачами 1,4 на 10 тыс. населения.

Показатель обеспеченности населения стоматологическими койками служит характеристикой удовлетворения потребности населения в узкоспециализированных видах стоматологической помощи. Обычно показатели обеспеченности койками рассчитывают на 10 тыс. населения по формуле:

$$\text{Обеспеченность населения стоматологическими койками} = \frac{\text{Число больничных коек стоматологического профиля}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 10\,000$$

Значение этого показателя в РФ составляет около 0,43 на 10 тыс. населения.

Показатель укомплектованности должностей врачей-стоматологов (зубных врачей, медицинских сестер) характеризующий соотношение штатных и занятых должностей медицинского персонала в процентном выражении, рассчитывают по формуле:

$$\text{Укомплектованность должностей врачей-стоматологов (зубных врачей, медицинских сестер)} = \frac{\text{Число занятых должностей врачей-стоматологов (зубных врачей, медицинских сестер)}}{\text{Число штатных должностей врачей-стоматологов (зубных врачей, медицинских сестер)}} \times 100$$

В Российской Федерации значения этого показателя для врачей всех профилей составляет около 93%, для средних медицинских работников – 95%.

Показатель можно рассчитывать по административной территории (субъекту РФ, муниципальному району, городскому округу), для конкретного учреждения, отдельно по врачам-стоматологам, зубным врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу.

Показатель укомплектованности должностей физическими лицами (врачей-стоматологов, зубных врачей, медицинских сестер) рассчитывается по формуле:

$$\text{Укомплектованность должностей врачей-стоматологов (зубных врачей, медицинских сестер) физическими лицами} = \frac{\text{Число физических лиц врачей-стоматологов (зубных врачей, медицинских сестер)}}{\text{Число штатных должностей врачей-стоматологов (зубных врачей, медицинских сестер)}} \times 100$$

Коэффициент совместительства врачей-стоматологов (зубных врачей, медицинских сестер) характеризующий число штатных должностей, занимаемых одним физическим лицом, рассчитывают по формуле:

$$\text{Коэффициент совместительства (врачей-стоматологов, зубных врачей, медицинских сестер)} = \frac{\text{Число занятых должностей (врачей-стоматологов, зубных врачей, медицинских сестер)}}{\text{Число физических лиц (врачей-стоматологов, зубных врачей, медицинских сестер)}}$$

Значение этого показателя свыше 1,0 может отрицательно сказаться на

качестве оказываемой медицинской помощи и состоянии здоровья работников.

Показатель может рассчитываться по административной территории (субъекту РФ, муниципальному району, городскому округу), для конкретного учреждения, отдельно по врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу.

Показатель удельного веса врачей-стоматологов (зубных врачей, медицинских сестер), имеющих высшую (I, II) квалификационную категорию характеризует распределение аттестованных по отдельным квалификационным категориям и косвенно определяет качество и результаты медицинской помощи. Этот показатель рассчитывают по формуле:

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

В Российской Федерации значения этого показателя для врачей всех профилей составляют соответственно 27%, 21%, 7%. Для среднего медицинского персонала – 28%, 25%, 8%.

Показатель удельного веса врачей-стоматологов (зубных врачей, медицинских сестер), имеющих сертификат специалиста характеризует уровень профессиональной подготовки медицинских работников. Показатель рассчитывают по формуле:

Удельный вес врачей-стоматологов (зубных врачей, медицинских сестер), имеющих сертификат специалиста	=	$\frac{\text{Число врачей-стоматологов (зубных врачей, медицинских сестер), имеющих сертификат специалиста}}{\text{Число физических лиц врачей-стоматологов (зубных врачей, медицинских сестер) на конец отчетного периода}} \times 100$
---	---	--

В настоящее время все медицинские работники со средним и высшим образованием должны иметь сертификаты на право заниматься медицинской деятельностью. В Российской Федерации значение этого показателя составило: для врачей 83%, для среднего медицинского персонала – 76%.

Расчет и анализ общих показателей

Решение типовой задачи

Задача. В г. П. А-ской обл. в 20.. г проживало 32358 человек. Число посещений врачей-стоматологов – 29855 посещений в год. Число врачей-стоматологов 11. Число больничных коек стоматологического профиля 2 на 10000 населения. Рассчитать и проанализировать показатели удовлетворения населения стоматологической помощью.

Пример расчёта:

1. Показатель обеспечения населения стоматологической помощью

$$\text{Обеспеченность населения стоматологической помощью} = \frac{\text{Число посещений стоматологов и зубных врачей}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

$$\begin{aligned} \text{Обеспеченность населения} \\ \text{стоматологической} \\ \text{помощью} \end{aligned} = \frac{29855}{32358} \times 1000 = 923 \text{ посещения}$$

2. Показатель обеспечения населения врачами-стоматологами

$$\text{Обеспеченность населения врачами-стоматологами (зубными врачами)} = \frac{\text{Число врачей-стоматологов (зубных врачей) лечебного профиля на взрослом (детском) приеме}}{\text{Среднегодовая численность взрослого (детского) населения}} \times 10000$$

$$\begin{aligned} \text{Обеспеченность населения} \\ \text{врачами-стоматологами} \\ \text{(зубными врачами)} \end{aligned} = \frac{11}{32358} \times 1000 = 3,4$$

3. Показатель обеспеченности населения стоматологическими койками

$$\text{Обеспеченность населения стоматологическими койками} = \frac{\text{Число больничных коек стоматологического профиля}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 10\,000$$

$$\begin{aligned} \text{Обеспеченность населения} \\ \text{стоматологическими} \\ \text{койками} \end{aligned} = \frac{2}{32358} \times 10000 = 0,61$$

Ответ: при анализе показателей было установлено, что все показатели удовлетворенности населения стоматологической помощью выше, чем в среднем по России.

Задачи для самостоятельного решения

Задача №1

В А-ском р-не А-ской обл. в 20.. г проживало 73141 человек. Число посещений стоматологов – 40463 посещения в год. Число врачей-стоматологов 13. число больничных коек стоматологического профиля 3 на 10000 населения. Рассчитать и проанализировать показатели удовлетворения населения стоматологической помощью.

Задача №2

В В-ском р-не А-ской обл. в 20.. г проживало 47605 человек. Число посещений врачей-стоматологов – 28261 посещения в год. Число врачей-

стоматологов 5. Число больничных коек стоматологического профиля 1.38 на 10000 населения. Рассчитать и проанализировать показатели удовлетворения населения стоматологической помощью.

Задача № 3

В Е-ском р-не А-ской обл. в 20.. г проживало 28048 человек. Число посещений врачей-стоматологов – 21040.5 посещений в год. Число врачей-стоматологов 5. Число больничных коек стоматологического профиля 1 на 10000 населения. Рассчитать и проанализировать показатели удовлетворения населения стоматологической помощью.

Задача № 4

В И-ском р-не А-ской обл. в 20.. г проживало 48568 человек. Число посещений врачей-стоматологов – 20916 посещений в год. Число врачей-стоматологов 7. Число больничных коек стоматологического профиля 2 на 10000 населения. Рассчитать и проанализировать показатели удовлетворения населения стоматологической помощью.

Задача № 5

В К-ском р-не А-ской обл. в 20.. г проживало 50532 человек. Число посещений врачей-стоматологов – 19796 посещений в год. Число врачей-стоматологов 5. Число больничных коек стоматологического профиля 2 на 10000 населения. Рассчитать и проанализировать показатели удовлетворения населения стоматологической помощью.

Задача № 6

В К-ском р-не А-ской обл. в 20.. г проживало 36632 человек. Число посещений врачей-стоматологов – 10607 посещений в год. Число врачей-стоматологов 3. Число больничных коек стоматологического профиля 2 на 10000 населения. Рассчитать и проанализировать показатели удовлетворения населения стоматологической помощью.

Задача № 7

В Л-ском р-не А-ской обл. в 20.. г проживало 33365 человек. Число посещений врачей-стоматологов – 23904 посещений в год. Число врачей-стоматологов 6. Число больничных коек стоматологического профиля 1 на 10000 населения. Рассчитать и проанализировать показатели удовлетворения населения стоматологической помощью.

Задача № 8

В Н-ском р-не А-ской обл. в 20.. г проживало 44917 человек. Число посещений врачей-стоматологов – 9935 посещений в год. Число врачей-стоматологов 3. Число больничных коек стоматологического профиля 2 на

10000 населения. Рассчитать и проанализировать показатели удовлетворения населения стоматологической помощью.

Задача № 9

В П-ском р-не А-ской обл. в 20.. г проживало 41588 человек. Число посещений врачей-стоматологов – 12550 посещений в год. Число врачей-стоматологов 4. Число больничных коек стоматологического профиля 1 на 10000 населения. Рассчитать и проанализировать показатели удовлетворения населения стоматологической помощью.

Задача № 10

В Х-ском р-не А-ской обл. в 20.. г проживало 40788 человек. Число посещений врачей-стоматологов – 15239 посещений в год. Число врачей-стоматологов - 5. Число больничных коек стоматологического профиля 2 на 10000 населения. Рассчитать и проанализировать показатели удовлетворения населения стоматологической помощью.

3.2. Показатели деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений

Основными формами первичной учетной медицинской документации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологической службы являются:

- Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета, ф. 037/у-88.
- Сводная ведомость учета работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета, ф. 039-2/у-88.
- Медицинская карта стоматологического больного, ф. 043/у и др.

Специальных отчетных форм по стоматологии нет, данные входят в виде различных таблиц в ф. 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении».

Особенностью статистики стоматологической помощи в АПУ является ее учет, как в посещениях, так и в условных единицах трудоемкости (УЕТ).

К показателям деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля относятся:

- *показатели нагрузка персонала;*
- *показатели качества стоматологической помощи;*
- *показатели профилактической работы.*

Показатели нагрузки персонала. Нагрузку персонала стоматологических организаций оценивают следующими показателями:

- показатель выполнения плана посещений;
- показатель среднего числа посещений в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача);

- показатель среднего числа санаций в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача);
- показатель среднего числа вылеченных зубов в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача);
- показатель среднего числа пломб в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача);
- показатель среднего числа удаленных зубов в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача).

Показатель выполнения плана посещений используют для оценки степени выполнения государственного заказа по посещениям за отчетный год. Показатель рассчитывают в % отдельно для каждого учреждения по формуле:

Выполнение плана посещений	=	$\frac{\text{Число посещений по плану}}{\text{Фактическое число посещений}} \times 100$
-----------------------------------	---	---

Показатель должен составлять 100%. Показатель менее 100% указывает на недогрузку в работе учреждения, более 100% говорит о работе с перегрузкой.

Показатель среднего числа посещений в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача) используют для оперативного ежедневного анализа нагрузки врачей-стоматологов (зубных врачей). Рассчитывают отдельно для детского и взрослого населения, для врачей различных специальностей (стоматолога-терапевта, хирурга, ортопеда и т.д.) по формуле:

Среднее число посещений в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача)	=	$\frac{\text{Число посещений врача-стоматолога (зубного врача) за отчетный период}}{\text{Число рабочих дней за отчетный период}}$
--	---	--

Рекомендуемое значение этого показателя составляет для детского населения 10, для взрослого – 16 посещений в день у стоматолога-терапевта, 25 у стоматолога-хирурга, 18 на недифференцированном приеме.

Показатель среднего числа санаций в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача) является характеристикой полного оздоровления полости рта врачами-стоматологами или зубными врачами. Рассчитывают по формуле:

Среднее число санаций в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача)	=	$\frac{\text{Число санаций полости рта за отчетный период (за месяц, за год)}}{\text{Число рабочих дней за отчетный период (за месяц, за год)}}$
--	---	--

Рекомендуемое значение этого показателя 2-3 санации в день.

Показатель среднего числа вылеченных зубов в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача) характеризует нагрузку на смешанном и терапевтическом стоматологическом приеме. Рассчитывают по формуле:

$$\text{Среднее число вылеченных зубов в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача)} = \frac{\text{Число вылеченных зубов за отчетный период}}{\text{Число рабочих дней за отчетный период}}$$

Рекомендуемое значение этого показателя 7-8 вылеченных зубов в день.

Показатель среднего числа пломб в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача) характеризует нагрузку на смешанном и терапевтическом стоматологическом приеме. Рассчитывают по формуле:

$$\text{Среднее число пломб в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача)} = \frac{\text{Число поставленных пломб за отчетный период (месяц, год)}}{\text{Число рабочих дней за отчетный период (месяц, год)}}$$

При обслуживании взрослого населения среднее число пломб в один рабочий день врача-стоматолога по нормативу составляет 8.

Показатель среднего числа удаленных зубов в день на 1 врача-стоматолога является характеристикой нагрузки на смешанном и хирургическом стоматологическом приеме. Рассчитывают по формуле:

$$\text{Среднее число удаленных зубов в день на 1 врача-стоматолога} = \frac{\text{Число удаленных зубов (временного и постоянного прикуса) за отчетный период}}{\text{Число рабочих дней за отчетный период}}$$

Рекомендуемое значение этого показателя 2-3 удаленных зуба в день на смешанном приеме.

Показатели качества стоматологической помощи являются главным результатом деятельности стоматологических организаций. Наибольшую значимость среди них имеют следующие:

- показатель соотношения числа вылеченных зубов к удаленным;
- показатель удельного веса санированных больных от принятых первичных больных;
- показатель удельного веса осложненного кариеса;
- показатель соотношения не осложненного кариеса к осложненному;
- показатель удельного веса осложненного кариеса, вылеченного за одно посещение;
- показатель удельного веса осложнений после удаления зубов;

- показатель частоты случаев удаления постоянных зубов у детей.

Показатель соотношения числа вылеченных зубов к удаленным характеризует уровень санитарной культуры населения, внедрения современных медицинских технологий. Показатель рассчитывается для учреждения в целом, может рассчитываться отдельно для врачей, ведущих смешанный прием, для детского и взрослого населения по формуле:

$$\frac{\text{Отношение числа вылеченных зубов к удаленным}}{\text{удаленным}} = \frac{\text{Число вылеченных зубов}}{\text{Общее число удаленных зубов} - \text{число удаленных по смене прикуса}}$$

Рекомендуемое значение этого показателя для детского населения 800:1 (для постоянных зубов), взрослого населения – 3:1.

Показатель удельного веса санированных больных от принятых первичных больных характеризует уровень санитарной культуры населения, степень запущенности заболеваний полости рта, уровень внедрения современных медицинских технологий. Показатель рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Удельный вес санированных больных от принятых первичных больных}}{\text{от принятых первичных больных}} = \frac{\text{Число санированных больных}}{\text{Число принятых первичных больных}} \times 100$$

Рекомендуемое значение этого показателя 100%.

Показатель удельного веса осложненного кариеса характеризует уровень санитарной культуры населения, доступность стоматологической помощи, квалификацию специалистов и обеспеченность стоматологических организаций необходимыми материальными ресурсами. Показатель рассчитывается для учреждения в целом, терапевтических отделений в % по формуле:

$$\frac{\text{Удельный вес осложненного кариеса}}{\text{осложненного кариеса}} = \frac{\text{Число вылеченных зубов по поводу осложненного кариеса}}{\text{Общее число вылеченных зубов}} \times 100$$

Значение этого показателя не должно превышать 15%.

Показатель соотношения не осложненного кариеса к осложненному. Как и предыдущий показатель, характеризует уровень санитарной культуры населения, доступность стоматологической помощи, квалификацию специалистов и обеспеченность стоматологических организаций необходимыми материальными ресурсами. Показатель рассчитывается по формуле:

Отношение не осложненного кариеса к осложненному	=	Число вылеченных зубов по поводу не осложненного кариеса	
		Число вылеченных зубов по поводу осложненного кариеса	

Значение этого показателя должно составлять 6:1

Показатель удельного веса осложненного кариеса, вылеченного за одно посещение, характеризует степень тяжести заболевания, его запущенность, уровень профессиональной подготовки врачей-стоматологов (зубных врачей), обеспеченность стоматологических организаций необходимыми лекарственными средствами и расходными материалами. Показатель рассчитывают в % по формуле:

Удельный вес осложненного кариеса, вылеченного за одно посещение	Общее число вылеченных зубов по поводу осложненного кариеса	× 100
	Число вылеченных за одно посещение зубов по поводу осложненного кариеса	

Показатель удельного веса осложнений после удаления зубов характеризует уровень профессиональной подготовки врачей-стоматологов (зубных врачей), обеспеченность стоматологических организаций необходимыми лекарственными средствами и расходными материалами. Показатель рассчитывают в % по формуле:

Удельный вес осложнений после удаления зубов	Число осложнений после удаления зубов	× 100
	Общее число удаленных зубов	

Допустимое максимальное значение этого показателя 1,0%.

Показатель частоты случаев удаления постоянных зубов у детей характеризует качество организации профилактической работы, полноты и своевременности санации полости рта у детского населения. Показатель рассчитывают в ‰ по формуле:

Частота случаев удаления постоянных зубов у детей	Число удаленных постоянных зубов	× 1000
	Общее число санированных детей	

Допустимое максимальное значение этого показателя 1,5 на 1000 санированных детей.

К наиболее значимым *показателям профилактической работы* относятся:

- показатель полноты охвата профилактическими осмотрами;
- удельный вес санированных лиц;
- индекс Колегова.

Показатель полноты охвата профилактическими осмотрами. Показатель рассчитывают в % по формуле:

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

Оптимальное значение показателя должно приближаться к 100%.

Показатель удельного веса санированных лиц характеризует полноту санации больных с заболеваниями полости рта, выявленных при медицинских осмотрах. Показатель рассчитывают в % по формуле:

$$\text{Удельный вес санированных лиц} = \frac{\text{Число санированных из числа осмотренных}}{\text{Число нуждающихся в санации из числа осмотренных}} \times 100$$

Рекомендуемое значение этого показателя 100%.

Индекс Колегова характеризует уровень работы по профилактике и лечению заболеваний полости рта у детей в организованных коллективах. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Индекс Колегова} = \frac{\text{Число санированных} + \text{Число не нуждающихся в санации (здоровых, ранее санированных)}}{\text{Общее число детей в организованном коллективе (по списку)}}$$

Рекомендуемое значение этого показателя 1,0.

Расчет и анализ показателей нагрузки персонала

Решение типовой задачи

Задача. В Ч-ском р-не А-ской обл. проведен анализ годовой работы врачей АПУ стоматологического профиля за 20.. г. Число посещений врачей-стоматологов - 8416 посещений в год. Число санаций полости рта – 3088 в год. Число вылеченных зубов – 4382 за год. Число удаленных зубов (временного и постоянного прикуса) – 996 в год. Число рабочих дней в году – 249. Число врачей-стоматологов – 2. Рассчитайте и проанализируйте показатели нагрузки персонала стоматологической поликлиники.

Решение:

1.

$$\text{Среднее число посещений в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача)} = \frac{\text{Число посещений врача-стоматолога (зубного врача) за отчетный период}}{\text{Число рабочих дней за отчетный период}}$$

Среднее число посещений в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача) $= \frac{8416}{249} : 2$ врача – стоматолога = 16,9 посещений

Рекомендуемое значение этого показателя для взрослого населения 16, т.е. показатель повышен.

2.

$$\text{Среднее число санаций в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача)} = \frac{\text{Число санаций полости рта за отчетный период}}{\text{Число рабочих дней за отчетный период}}$$

Среднее число санаций в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача) $= \frac{3088}{249} : 2$ врача – стоматолога = 6,2

Рекомендуемое значение этого показателя по РФ 2-3 санации в день, т.е. показатель повышен.

3.

$$\text{Среднее число вылеченных зубов в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача)} = \frac{\text{Число вылеченных зубов за отчетный период}}{\text{Число рабочих дней за отчетный период}}$$

Среднее число вылеченных зубов в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача) $= \frac{4382}{249} : 2$ врача – стоматолога = 8,8

Рекомендуемое значение этого показателя по РФ 7-8 зубов в день, т.е. показатель повышен.

4.

$$\text{Среднее число удаленных зубов в день на 1 врача-стоматолога} = \frac{\text{Число удаленных зубов (временного и постоянного прикуса) за отчетный период}}{\text{Число рабочих дней за отчетный период}}$$

Среднее число удаленных зубов в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача) $= \frac{996}{249} : 2$ врача-стоматолога = 4

Рекомендуемое значение этого показателя по РФ 2-3 зуба в день, т.е. показатель повышен.

Ответ: показатели нагрузки персонала выше рекомендуемых значений по России.

Задачи для самостоятельного решения

Задача № 1

В А-ском р-не А-ской области проведен анализ годовой работы врачей АПУ стоматологического профиля за 20.. г. Число посещений врачей-стоматологов – 30179 посещений в год. Число санаций полости рта – 8665 в год. Число вылеченных зубов – 15239 за год. Число удаленных зубов (временного и постоянного прикуса) – 6574 в год. Число рабочих дней в году – 249. Число врачей-стоматологов – 12. Рассчитайте и проанализируйте показатели нагрузки персонала стоматологической поликлиники.

Задача № 2

В В-ском р-не А-ской области проведен анализ годовой работы врачей АПУ стоматологического профиля за 20.. г. Число посещений врачей-стоматологов – 28262 посещений в год. Число санаций полости рта – 36113 в год. Число вылеченных зубов – 11952 за год. Число удаленных зубов (временного и постоянного прикуса) – 4933 в год. Число рабочих дней в году – 249. Число врачей-стоматологов – 5. Рассчитайте и проанализируйте показатели нагрузки персонала стоматологической поликлиники.

Задача № 3

В Е-ском р-не А-ской области проведен анализ годовой работы врачей АПУ стоматологического профиля за 20.. г. Число посещений врачей-стоматологов – 21041 посещений в год. Число санаций полости рта – 4233 в год. Число вылеченных зубов – 14816 за год. Число удаленных зубов (временного и постоянного прикуса) – 4233 в год. Число рабочих дней в году – 249. Число врачей-стоматологов – 5. Рассчитайте и проанализируйте показатели нагрузки персонала стоматологической поликлиники.

Задача № 4

В И-ском р-не А-ской области проведен анализ годовой работы врачей АПУ стоматологического профиля за 20.. г. Число посещений врачей-стоматологов – 20916 посещений в год. Число санаций полости рта – 4532 в год. Число вылеченных зубов – 15164 за год. Число удаленных зубов (временного и постоянного прикуса) – 4460 в год. Число рабочих дней в году – 249. Число врачей-стоматологов – 7. Рассчитайте и проанализируйте показатели нагрузки персонала стоматологической поликлиники.

Задача № 5

В К-ском р-не А-ской области проведен анализ годовой работы врачей АПУ стоматологического профиля за 20.. г. Число посещений врачей-стоматологов – 19796 посещений в год. Число санаций полости рта – 4731 в год. Число вылеченных зубов – 11579 за год. Число удаленных зубов (времен-

ного и постоянного прикуса) – 3355 в год. Число рабочих дней в году – 249. Число врачей-стоматологов – 5. Рассчитайте и проанализируйте показатели нагрузки персонала стоматологической поликлиники.

Задача № 6

В К-ском р-не А-ской области проведен анализ годовой работы врачей АПУ стоматологического профиля за 20.. г. Число посещений врачей-стоматологов – 10607 посещений в год. Число санаций полости рта – 2166 в год. Число вылеченных зубов – 3959 за год. Число удаленных зубов (временного и постоянного прикуса) – 1643 в год. Число рабочих дней в году – 249. Число врачей-стоматологов – 3. Рассчитайте и проанализируйте показатели нагрузки персонала стоматологической поликлиники.

Задача № 7

В Л-ском р-не А-ской области проведен анализ годовой работы врачей АПУ стоматологического профиля за 20.. г. Число посещений врачей-стоматологов – 25249 посещений в год. Число санаций полости рта – 4482 в год. Число вылеченных зубов – 12848 за год. Число удаленных зубов (временного и постоянного прикуса) – 5378 в год. Число рабочих дней в году – 249. Число врачей-стоматологов – 6. Рассчитайте и проанализируйте показатели нагрузки персонала стоматологической поликлиники.

Задача № 8

В Н-ском р-не А-ской области проведен анализ годовой работы врачей АПУ стоматологического профиля за 20.. г. Число посещений врачей-стоматологов – 9935 посещений в год. Число санаций полости рта – 1569 в год. Число вылеченных зубов – 4856 за год. Число удаленных зубов (временного и постоянного прикуса) – 2241 в год. Число рабочих дней в году – 249. Число врачей-стоматологов – 3. Рассчитайте и проанализируйте показатели нагрузки персонала стоматологической поликлиники.

Задача № 9

В П-ском р-не А-ской области проведен анализ годовой работы врачей АПУ стоматологического профиля за 20.. г. Число посещений врачей-стоматологов – 12550 посещений в год. Число санаций полости рта – 1294 в год. Число вылеченных зубов – 7570 за год. Число удаленных зубов (временного и постоянного прикуса) – 1594 в год. Число рабочих дней в году – 249. Число врачей-стоматологов – 4. Рассчитайте и проанализируйте показатели нагрузки персонала стоматологической поликлиники.

Задача № 10

В Х-ском р-не А-ской области проведен анализ годовой работы врачей АПУ стоматологического профиля за 20.. г. Число посещений врачей-

стоматологов – 15239 посещений в год. Число санаций полости рта – 2764 в год. Число вылеченных зубов – 7694 за год. Число удаленных зубов (временного и постоянного прикуса) – 2390 в год. Число рабочих дней в году – 249. Число врачей-стоматологов – 3. Рассчитайте и проанализируйте показатели нагрузки персонала стоматологической поликлиники.

Расчет и анализ показателей качества стоматологической помощи Решение типовой задачи

Задача. Рассчитайте и проанализируйте показатели качества стоматологической помощи в г. П, если известно, что за год: 1) число вылеченных зубов – 14517, 2) общее число удаленных зубов – 5807, 3) число зубов, удаленных при смене прикуса – 108, 4) число принятых первичных больных – 12270, 5) число санированных больных – 9860, 6) число вылеченных зубов по поводу осложненного кариеса – 6793, 7) число зубов, вылеченных по поводу неосложненного кариеса – 1887, 8) число вылеченных за 1 сеанс случаев осложненного кариеса – 204, 9) число осложнений после удаления – 46.

Решение:

1.

$\frac{\text{Отношение числа вылеченных зубов к удаленным}}{\text{удаленным}} = \frac{\text{Число вылеченных зубов}}{\text{Общее число удаленных зубов} - \text{число удаленных по смене прикуса}}$

Отношение числа
вылеченных зубов к
удаленным

$$= \frac{14517}{5807 - 108} = \frac{14517}{5799} = \frac{2,5}{1}$$

Рекомендуемое значение этого показателя 3:1, соответственно, показатель снижен.

2.

$\frac{\text{Доля санированных лиц}}{\text{лиц}} = \frac{\text{Число санаций полости рта}}{\text{Общее число лиц, первично обратившихся за стоматологической помощью}} \times 100$
--

Доля
санированных
лиц

$$= \frac{9860}{12271} \times 100 = 80\%$$

3.

$\frac{\text{Удельный вес осложненного кариеса}}{\text{кариеса}} = \frac{\text{Число вылеченных зубов по поводу пульпита, периодонтита}}{\text{Общее число вылеченных зубов}} \times 100$

Удельный вес
осложненного
кариеса

$$= \frac{1887}{14517} \times 100 = 13\%$$

Значение этого показателя не должно превышать 15%, т.о. это свидетельствует о достаточном уровне санитарной культуры, доступности и обеспеченности стоматологической помощью и материальными ресурсами.

4.

*Отношение осложненного кариеса к неосложненному	$= \frac{\text{Число вылеченных зубов по поводу осложненного кариеса}}{\text{Число вылеченных по поводу неосложненного кариеса}}$
---	---

Отношение
осложненного
кариеса к
неосложненному

$$= \frac{6793}{1887} = \frac{3}{1}$$

Значение не должно превышать 6:1, т.е. норма.

5.

Удельный вес осложненного кариеса	$= \frac{\text{Число вылеченных зубов по поводу пульпита, периодонтита}}{\text{Общее число вылеченных зубов}} \times 100$
--	---

Удельный вес
осложненного
кариеса

$$= \frac{204}{1887} \times 100 = 10,8\%$$

6.

Удельный вес осложнений после удаления зубов	$= \frac{\text{Число осложнений после удаления зубов}}{\text{Общее число удаленных зубов}} \times 100$
---	--

Удельный вес
осложнений после
удаления зубов

$$= \frac{46}{5807} \times 100 = 0,8\%$$

Допустимое максимальное значение этого показателя 1,0%, следовательно, уровень профессиональной подготовки врачей-стоматологов, обеспеченность лекарственными средствами и расходными материалами достаточный.

Ответ: показатели качества стоматологической поликлиники соответствуют рекомендуем, что является главным результатом деятельности стоматологических организаций.

Задачи для самостоятельного решения

Задача № 1

При анализе годовой отчетности стало известно, что в А-ском р-не А-ской обл. за год: 1) число вылеченных зубов – 15239, 2) общее число удаленных зубов -6574, 3) число зубов, удаленных при смене прикуса – 71, 4) число приня-

тых первичных больных – 10076, 5) число санированных больных – 8665, 6) число вылеченных зубов по поводу осложненного кариеса – 1844, 7) число зубов, вылеченных по поводу неосложненного кариеса – 4241, 8) число вылеченных за 1 сеанс случаев осложненного кариеса – 784, 9) число осложнений после удаления – 40. Рассчитайте и проанализируйте показатели качества стоматологической помощи.

Задача №2

При анализе годовой отчетности стало известно, что в В-ском р-не А-ской обл. за год: 1) число вылеченных зубов – 111952, 2) общее число удаленных зубов – 4233, 3) число зубов, удаленных при смене прикуса – 10, 4) число принятых первичных больных – 3990, 5) число санированных больных – 3611, 6) число вылеченных зубов по поводу осложненного кариеса – 1207, 7) число зубов, вылеченных по поводу неосложненного кариеса – 4466, 8) число вылеченных за 1 сеанс случаев осложненного кариеса – 1407, 9) число осложнений после удаления – 21. Рассчитайте и проанализируйте показатели качества стоматологической помощи.

Задача № 3

При анализе годовой отчетности стало известно, что в Е-ском р-не А-ской обл. за год: 1) число вылеченных зубов – 14816, 2) общее число удаленных зубов – 4233, 3) число зубов, удаленных при смене прикуса – 28, 4) число принятых первичных больных – 5,2, 5) число санированных больных – 4233, 6) число вылеченных зубов по поводу осложненного кариеса – 1911, 7) число зубов, вылеченных по поводу неосложненного кариеса – 15095, 8) число вылеченных за 1 сеанс случаев осложненного кариеса – 283, 9) число осложнений после удаления – 30. Рассчитайте и проанализируйте показатели качества стоматологической помощи.

Задача № 4

При анализе годовой отчетности стало известно, что в И-ском р-не А-ской обл. за год: 1) число вылеченных зубов – 15164, 2) общее число удаленных зубов – 4460, 3) число зубов, удаленных при смене прикуса – 40, 4) число принятых первичных больных – 4980, 5) число санированных больных – 4534, 6) число вылеченных зубов по поводу осложненного кариеса – 1365, 7) число зубов, вылеченных по поводу неосложненного кариеса – 3959, 8) число вылеченных за 1 сеанс случаев осложненного кариеса – 359, 9) число осложнений после удаления – 22. Рассчитайте и проанализируйте показатели качества стоматологической помощи.

Задача № 5

При анализе годовой отчетности стало известно, что в К-ском р-не А-ской обл. за год: 1) число вылеченных зубов – 19796, 2) общее число удаленных зубов – 3355, 3) число зубов, удаленных при смене прикуса – 16, 4) число принятых первичных больных – 5044, 5) число санированных больных – 4731, 6) число вылеченных зубов по поводу осложненного кариеса – 1999, 7) число зу-

бов, вылеченных по поводу неосложненного кариеса – 10795, 8) число вылеченных за 1 сеанс случаев осложненного кариеса – 886, 9) число осложнений после удаления – 30. Рассчитайте и проанализируйте показатели качества стоматологической помощи.

Задача № 6

При анализе годовой отчетности стало известно, что в К-ском р-не А-ской обл. за год: 1) число вылеченных зубов – 5959, 2) общее число удаленных зубов -1643, 3) число зубов, удаленных при смене прикуса – 2, 4) число принятых первичных больных – 2249, 5) число санированных больных – 2166, 6) число вылеченных зубов по поводу осложненного кариеса – 471, 7) число зубов, вылеченных по поводу неосложненного кариеса – 2542, 8) число вылеченных за 1 сеанс случаев осложненного кариеса – 105, 9) число осложнений после удаления – 14. Рассчитайте и проанализируйте показатели качества стоматологической помощи.

Задача №7

При анализе годовой отчетности стало известно, что в Л-ском р-не А-ской обл. за год: 1) число вылеченных зубов – 12848, 2) общее число удаленных зубов -5378, 3) число зубов, удаленных при смене прикуса – 18, 4) число принятых первичных больных – 4866, 5) число санированных больных – 4482, 6) число вылеченных зубов по поводу осложненного кариеса – 1542, 7) число зубов, вылеченных по поводу неосложненного кариеса – 4934, 8) число вылеченных за 1 сеанс случаев осложненного кариеса – 125, 9) число осложнений после удаления – 32. Рассчитайте и проанализируйте показатели качества стоматологической помощи.

Задача № 8

При анализе годовой отчетности стало известно, что в Н-ском р-не А-ской обл. за год: 1) число вылеченных зубов – 4856, 2) общее число удаленных зубов -2241, 3) число зубов, удаленных при смене прикуса – 6, 4) число принятых первичных больных – 1779, 5) число санированных больных – 1569, 6) число вылеченных зубов по поводу осложненного кариеса – 544, 7) число зубов, вылеченных по поводу неосложненного кариеса – 2448, 8) число вылеченных за 1 сеанс случаев осложненного кариеса – 208, 9) число осложнений после удаления – 9. Рассчитайте и проанализируйте показатели качества стоматологической помощи.

Задача № 9

При анализе годовой отчетности стало известно, что в П-ском р-не А-ской обл. за год: 1) число вылеченных зубов – 7570, 2) общее число удаленных зубов -1594, 3) число зубов, удаленных при смене прикуса – 7, 4) число принятых первичных больных – 1377, 5) число санированных больных – 1294, 6) число вылеченных зубов по поводу осложненного кариеса – 492, 7) число зубов, вылеченных по поводу неосложненного кариеса – 2116, 8) число вылеченных за 1 сеанс случаев осложненного кариеса – 68, 9) число осложнений после удаления – 13. Рассчитайте и проанализируйте показатели качества сто-

матологической помощи.

Задача № 10

При анализе годовой отчетности стало известно, что в X-ском р-не А-ской обл. за год: 1) число вылеченных зубов – 7694, 2) общее число удаленных зубов -2390, 3) число зубов, удаленных при смене прикуса – 4, 4) число принятых первичных больных – 2864, 5) число санированных больных – 2764, 6) число вылеченных зубов по поводу осложненного кариеса – 669, 7) число зубов, вылеченных по поводу неосложненного кариеса – 2609, 8) число вылеченных за 1 сеанс случаев осложненного кариеса – 86, 9) число осложнений после удаления – 16. Рассчитайте и проанализируйте показатели качества стоматологической помощи.

Расчет и анализ показателей диспансеризации больных стоматологического профиля

Решение типовой задачи

Задача. Оцените показатели профилактической работы со школьниками в стоматологическом кабинете при ЦРБ г. N-ска. Всего на участке школьников-411, осмотрено-398, нуждалось в санации- 258, санировано- 246.

Решение:

1.

Полнота охвата населения профилактическими осмотрами	=	$\frac{\text{Число лиц, осмотренных профилактически}}{\text{Число лиц, подлежащих профилактическим осмотрам}}$	$\times 100\%$
---	---	--	----------------

Полнота охвата населения профилактическими осмотрами

$$= \frac{398}{411} = 100 = 97\%$$

Рекомендуемое значение 95-100%, т. о. значение показателя удовлетворительное.

2.

Удельный вес санированных	=	$\frac{\text{Число санированных из числа осмотренных}}{\text{Число нуждающихся в санации}}$	$\times 100$
----------------------------------	---	---	--------------

Удельный вес санированных

$$= \frac{246}{258} \times 100 = 95\%$$

Рекомендуемое значение 100%, т. о. значение показателя несколько снижено.

Ответ: профилактическая работа на участке ведется в должном объеме.

Задачи для самостоятельного решения

Задача № 1

Всего на участке школьников- 13869, осмотрено-9825, нуждалось в сана-

ции- 5556, санировано- 4492. Оцените показатели профилактической работы со школьниками в стоматологическом кабинете при ЦРБ г.В.

Задача № 2

Всего на участке школьников- 10703, осмотрено-9222, нуждалось в санации- 5189, санировано- 4156. Оцените показатели профилактической работы со школьниками в стоматологическом кабинете при ЦРБ г. N.

Задача № 3

Всего на участке школьников- 186, осмотрено-154, нуждалось в санации- 56, санировано- 44. Оцените показатели профилактической работы со школьниками в стоматологическом кабинете при ЦРБ г. С.

Задача № 4

Всего на участке школьников- 13869, осмотрено-9825, нуждалось в санации- 5556, санировано- 4492. Оцените показатели профилактической работы со школьниками в стоматологическом кабинете при ЦРБ г. М.

Задача № 5

Всего на участке школьников- 5068, осмотрено-3503, нуждалось в санации- 1373, санировано- 1090. Оцените показатели профилактической работы со школьниками в стоматологическом кабинете О-ского р-на г. Б.

Задача № 6

Всего подлежало медицинскому осмотру- 8801, осмотрено-9825, нуждалось в санации- 4183, санировано- 3402. Оцените показатели профилактической работы стоматологической поликлиники №2 В-ского р-на г.С.

Задача № 7

Всего на участке школьников- 876, осмотрено-861, нуждалось в санации- 630, санировано- 570. Оцените показатели профилактической работы со школьниками в стоматологическом кабинете при гимназии №75 г. К.

Задача № 8

В течение 20..г. подлежало медицинскому осмотру - 12470, осмотрено- 11002, нуждалось в санации- 7500, санировано- 6732. Оцените показатели профилактической работы городской стоматологической поликлиники №3.

Задача № 9

Известно, что общее число детей, посещающих ДДУ - 103 человека. Осмотрено-91, нуждалось в санации- 35, санировано- 30. Оцените показатели профилактической работы стоматологической службы в ДДУ.

Расчет и анализ показателей укомплектованности и квалификации

Решение типовой задачи.

Задача. В стоматологическом центре К-ского р-на г. Р.... число штатных должностей врачей-стоматологов 29, занято – 27 должностей, число физических лиц врачей-стоматологов – 27, имеют сертификаты- 26 человек, высшая квалификационная категория у 6 врачей-стоматологов, I категория-7 врачей, II категория- 3 врача. Рассчитайте и проанализируйте показатели укомплектованности и квалификации врачей-стоматологов в стоматологическом центре.

Решение:

1.

Укомплектованность должностей врачей - стоматологов	=	$\frac{\text{Число физических лиц врачей - стоматологов}}{\text{Число штатных должностей врачей - стоматологов}}$	× 100%
--	---	---	--------

Укомплектованность должностей врачей – стоматологов = $\frac{27}{29} \times 100 = 93,1\%$

2.

Коэффициент совместительства	=	$\frac{\text{Число занятых должностей}}{\text{Число физических лиц}}$
-------------------------------------	---	---

Коэффициент совместительства = $\frac{27}{27} = 1$

3.

Удельный вес врачей-стоматологов, имеющих высшую(I-II) квалификационную категорию	=	$\frac{\text{Число врачей с высшей(I-II) квалификационной категорией}}{\text{Всего физических лиц врачей на конец отчетного года}}$	× 100%
--	---	---	--------

Удельный вес врачей-стоматологов, имеющих высшую квалификационную категорию = $\frac{6}{27} \times 100 = 22,2\%$

По России значение показателя 27%, т.е. снижен.

Удельный вес врачей-стоматологов, имеющих I квалификационную категорию = $\frac{7}{27} \times 100 = 25,9\%$

По России значение показателя 21%, т.е. повышен.

Удельный вес врачей-стоматологов, имеющих II квалификационную категорию = $\frac{3}{27} \times 100 = 11,1\%$

По России значение показателя 7%, т.е. повышен.

4.

Удельный вес врачей - стоматологов, имеющих сертификаты	=	$\frac{\text{Число врачей - стоматологов, имеющих сертификат}}{\text{Всего физических лиц врачей - стоматологов}} \times 100\%$
--	---	---

Удельный вес
врачей - стоматологов,
имеющих сертификаты

$$= \frac{26}{27} \times 100 = 96,3\%$$

По России значение показателя 83%, т.е. повышен.

Ответ: показатели укомплектованности и квалификации в стоматологическом центре принципиально не отличаются от таковых по России.

Задачи для самостоятельного решения

Задача № 1

В штате городской стоматологической поликлиники № 1 число штатных должностей врачей-стоматологов – 47, число занятых должностей – 42, число физических лиц врачей – стоматологов – 42, имеют сертификаты – 41, высшее квалификационная категория – 10, I категория – 11, II категория – 4.

Рассчитайте и проанализируйте показатели укомплектованности и квалификации врачей-стоматологов в стоматологической поликлинике.

Задача № 2

В штате городской стоматологической поликлиники № 2 число штатных должностей мед.сестры – 39, число занятых должностей – 37, число физических лиц – 37, имеют сертификаты – 32, высшее квалификационная категория – 2, I категория – 11, II категория – 6.

Рассчитайте и проанализируйте показатели укомплектованности и квалификации врачей-стоматологов в стоматологической поликлинике.

Задача № 3

В штате городской стоматологической поликлиники № 6 число штатных должностей зубных врачей – 14, число занятых должностей – 12, число физических лиц – 12, имеют сертификаты – 11, высшее квалификационная категория – 3, I категория – 4, II категория – 3.

Рассчитайте и проанализируйте показатели укомплектованности и квалификации врачей-стоматологов в стоматологической поликлинике.

Задача № 4

В штате городской стоматологической поликлиники № 69 число штатных должностей врачей – стоматологов – 55, число занятых должностей – 45, число

физических лиц врачей-стоматологов – 45, имеют сертификаты – 44, высшее квалификационная категория – 6, I категория – 17, II категория – 2.

Рассчитайте и проанализируйте показатели укомплектованности и квалификации врачей-стоматологов в стоматологической поликлинике.

Задача № 5

В штате городской стоматологической поликлиники № 22 число штатных должностей врачей-стоматологов – 37, число занятых должностей – 30, число физических лиц врачей – стоматологов – 30, имеют сертификаты – 30, высшее квалификационная категория – 5, I категория – 14, II категория – 1.

Рассчитайте и проанализируйте показатели укомплектованности и квалификации врачей-стоматологов в стоматологической поликлинике.

Задача № 6

В штате городской стоматологической поликлиники № 55 число штатных должностей медицинской сестры – 43, число занятых должностей – 36, число физических лиц – 36, имеют сертификаты – 34, высшее квалификационная категория – 12, I категория – 10, II категория – 3.

Рассчитайте и проанализируйте показатели укомплектованности и квалификации врачей-стоматологов в стоматологической поликлинике.

Задача № 7

В штате городской стоматологической поликлиники № 96 число штатных должностей зубных врачей – 12, число занятых должностей – 11, число физических лиц – 11, имеют сертификаты – 11, высшее квалификационная категория – 1, I категория – 2, II категория – 5.

Рассчитайте и проанализируйте показатели укомплектованности и квалификации врачей-стоматологов в стоматологической поликлинике.

Задача № 8

В штате городской стоматологической поликлиники № 12 число штатных должностей врачей-стоматологов – 29, число занятых должностей – 27, число физических лиц врачей – стоматологов – 27, имеют сертификаты – 25, высшее квалификационная категория – 6, I категория – 7, II категория – 3.

Рассчитайте и проанализируйте показатели укомплектованности и квалификации врачей-стоматологов в стоматологической поликлинике.

Задача № 9

В штате городской стоматологической поликлиники № 5 число штатных должностей мед.сестры – 28, число занятых должностей – 25, число физических лиц – 25, имеют сертификаты – 24, высшее квалификационная категория – 4, I категория – 11, II категория – 3.

Рассчитайте и проанализируйте показатели укомплектованности и квали-

фикации врачей-стоматологов в стоматологической поликлинике.

Задача № 10

В штате городской стоматологической поликлиники № 32 число штатных должностей врачей-стоматологов – 38, число занятых должностей – 37, число физических лиц врачей-стоматологов – 35, имеют сертификаты – 35, высшее квалификационная категория – 3, I категория – 10, II категория – 3.

Рассчитайте и проанализируйте показатели укомплектованности и квалификации врачей-стоматологов в стоматологической поликлинике.

3.3. Показатели деятельности стационарных учреждений

Основными формами первичной учетной медицинской документации **больничных учреждений** стоматологического профиля являются:

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

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

- *показатели использования коечного фонда;*
- *показатели качества стационарной помощи.*

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

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

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

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

Рекомендуемые значения этого показателя для хирургических стационаров, куда обычно входят и отделения челюстно-лицевой хирургии, составляет 330-340 дней.

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

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

Рекомендуемые значения этого показателя для хирургических стационаров составляет в среднем 9,9 дней.

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

$$\text{Оборот койки} = \frac{\text{Среднее число дней занятости койки в году (функция больничной койки)}}{\text{Средняя длительность пребывания больного на койке}}$$

либо по формуле:

$$\text{Оборот койки} = \frac{\text{Число использованных больных (1/2 от числа поступивших + выписанных + умерших)}}{\text{Среднегодовое число коек}}$$

Среднее время простоя койки (простой койки на один оборот) показывает среднее число дней простоя койки от момента выписки предыдущего больного до момента поступления следующего больного, например:

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

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

К группе показателей, характеризующих качество стационарной помощи, относятся:

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

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

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

В среднем по Российской Федерации значение этого показателя колеблется в пределах 0,5-1,5%.

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

- больничная летальность;
- досуточная летальность;
- послеоперационная летальность.

Показатель больничной летальности рассчитывается по отдельным нозологическим формам и возрастно-половым группам больных по формуле:

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

Для углубленного анализа качества стационарной медицинской помощи на отдельных этапах ее оказания рассчитывают специальные показатели летальности:

Досуточная летальность	=	$\frac{\text{Число умерших в первые 24 часа пребывания в стационаре}}{\text{Общее число поступивших больных в стационар}} \times 100$
Послеоперационная летальность	=	$\frac{\text{Число умерших после оперативных вмешательств}}{\text{Общее число прооперированных больных}} \times 100$

Расчет и анализ показателей деятельности стационарных учреждений Решение типовой задачи

Задача. В челюстно-лицевое отделение городской больницы в течение года поступило 906 больных, было выписано 860 больных, сделано операций всего 382, в том числе экстренных 297, умерло всего 32 больных, после операции 17, в том числе после экстренных операций 15 больных. Больные провели в отделении 9401 койко-день. Среднее фактическое число дней занятости койки в году составило 626 дней, плановое 330 дней. Число коек в отделении - 20.

Рассчитайте показатели использования коечного фонда отделения, общей летальности, послеоперационной летальности и летальности после экстренных операций. Оцените показатели.

1. Показатели использованного коечного фонда:

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

Среднее число дней
занятости койки в
году (функция
больничной койки)

$$= \frac{9401}{20} = 626 \text{ дней}$$

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

Средняя длительность
пребывания больного
на койке

$$= \frac{9401}{\frac{1}{2}(906+860+32)} = \frac{9401}{899} = 10,14 \text{ дней}$$

$$\text{Оборот койки} = \frac{\text{Среднее число дней занятости койки в году (функция больничной койки, работа койки)}}{\text{Средняя длительность пребывания на койке}}$$

$$\text{Оборот койки (план)} = \frac{330}{10,14} = 32,5$$

$$\text{Оборот койки (факт)} = \frac{626}{10,14} = 61,7$$

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

$$\text{Среднее время простоя койки (план)} = \frac{365-330}{32,5} = 1,1$$

$$\text{Среднее время простоя койки (факт)} = \frac{365-626}{61,7} = -5$$

2. Показатели качества стационарной помощи

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

$$\text{Больничная летальность} = \frac{32}{860+32} \times 100 = 3,6\%$$

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

$$\text{Послеоперационная летальность} = \frac{17}{906} \times 100 = 1,9\%$$

$$\text{Летальность после экстренных операций} = \frac{15}{906} \times 100 = 1,7\%$$

Ответ:

1) Отделение работает со значительной перегрузкой, т. к. среднее число занятости койки в году для отделения 330-340 дней, а здесь фактически 629 дней. Средняя длительность пребывания больного на койке для челюстно-

лицевого отделения 9,9 дней, а здесь 10,14 дней. Простоя коек нет, т.к. значение показателя -5.

2) Показатель больничной летальности выше, чем средне российский (1,4 %) в 2,6 раз. Показатель послеоперационной летальности в России (0.2-1.13%), здесь он превышен почти в 2 раза.

Задачи для самостоятельного решения

Задача №1

В челюстно-лицевое отделение городской больницы в течение года поступило 901 больных, было выписано 880 больных, сделано операций всего 354, в том числе экстренных 281, умерло всего 26 больных, после операции 15, в том числе после экстренных операций 13 больных. Больные провели в отделении 9321 койко-день. Среднее фактическое число дней занятости койки в году составило 466 дней, плановое 330 дней. Число коек в отделении- 20.

Рассчитайте показатели использования коечного фонда отделения, общей летальности, послеоперационной летальности и летальности после экстренных операций. Оцените показатели.

Задача №2

В челюстно-лицевое отделение городской больницы в течение года поступило 923 больных, было выписано 872 больных, сделано операций всего 392, в том числе экстренных 299, умерло всего 34 больных, после операции 20, в том числе после экстренных операций 18 больных. Больные провели в отделении 9511 койко-день. Среднее фактическое число дней занятости койки в году составило 380 дней, плановое 330 дней. Число коек в отделении- 25.

Рассчитайте показатели использования коечного фонда отделения, общей летальности, послеоперационной летальности и летальности после экстренных операций. Оцените показатели.

Задача №3

В челюстно-лицевое отделение городской больницы в течение года поступило 679 больных, было выписано 595 больных, сделано операций всего 332, в том числе экстренных 261, умерло всего 15 больных, после операции 14, в том числе после экстренных операций 12 больных. Больные провели в отделении 7400 койко-день. Среднее фактическое число дней занятости койки в году составило 370 дней, плановое 340 дней. Число коек в отделении- 20.

Рассчитайте показатели использования коечного фонда отделения, общей летальности, послеоперационной летальности и летальности после экстренных операций. Оцените показатели.

Задача №4

В челюстно-лицевое отделение городской больницы в течение года поступило 735 больных, было выписано 684 больных, сделано операций всего 377, в том числе экстренных 250, умерло всего 11 больных, после операции 9, в том числе после экстренных операций 7 больных. Больные провели в отде-

лении 5250 койко-день. Среднее фактическое число дней занятости койки в году составило 350 дней, плановое 340 дней. Число коек в отделении- 15.

Рассчитайте показатели использования коечного фонда отделения, общей летальности, послеоперационной летальности и летальности после экстренных операций. Оцените показатели.

Задача №5

В челюстно-лицевое отделение городской больницы в течение года поступило 916 больных, было выписано 878 больных, сделано операций всего 395, в том числе экстренных 299, умерло всего 30 больных, после операции 18, в том числе после экстренных операций 13 больных. Больные провели в отделении 10650 койко-день. Среднее фактическое число дней занятости койки в году составило 355 дней, плановое 330 дней. Число коек в отделении- 30.

Рассчитайте показатели использования коечного фонда отделения, общей летальности, послеоперационной летальности и летальности после экстренных операций. Оцените показатели.

Задача №6

В челюстно-лицевое отделение городской больницы в течение года поступило 816 больных, было выписано 709 больных, сделано операций всего 341, в том числе экстренных 230, умерло всего 23 больных, после операции 13, в том числе после экстренных операций 7 больных. Больные провели в отделении 12525 койко-день. Среднее фактическое число дней занятости койки в году составило 501 дней, плановое 330 дней. Число коек в отделении- 25.

Рассчитайте показатели использования коечного фонда отделения, общей летальности, послеоперационной летальности и летальности после экстренных операций. Оцените показатели.

Задача №7

В челюстно-лицевое отделение городской больницы в течение года поступило 701 больных, было выписано 603 больных, сделано операций всего 289, в том числе экстренных 214, умерло всего 10 больных, после операции 6, в том числе после экстренных операций 4 больных. Больные провели в отделении 7840 койко-день. Среднее фактическое число дней занятости койки в году составило 392 дней, плановое 340 дней. Число коек в отделении- 20.

Рассчитайте показатели использования коечного фонда отделения, общей летальности, послеоперационной летальности и летальности после экстренных операций. Оцените показатели.

Задача №8

В челюстно-лицевое отделение городской больницы в течение года поступило 878 больных, было выписано 854 больных, сделано операций всего 375, в том числе экстренных 314, умерло всего 20 больных, после операции 13, в том числе после экстренных операций 11 больных. Больные провели в отделении 7520 койко-день. Среднее фактическое число дней занятости койки в году составило 376 дней, плановое 340 дней. Число коек в отделении- 20.

Рассчитайте показатели использования коечного фонда отделения, общей

летальности, послеоперационной летальности и летальности после экстренных операций. Оцените показатели.

Задача №9

В челюстно-лицевое отделение городской больницы в течение года поступило 813 больных, было выписано 801 больных, сделано операций всего 325, в том числе экстренных 298, умерло всего 15 больных, после операции 7, в том числе после экстренных операций 4 больных. Больные провели в отделении 6960 койко-день. Среднее фактическое число дней занятости койки в году составило 348 дней, плановое 330 дней. Число коек в отделении- 20.

Рассчитайте показатели использования коечного фонда отделения, общей летальности, послеоперационной летальности и летальности после экстренных операций. Оцените показатели.

Задача №10

В челюстно-лицевое отделение городской больницы в течение года поступило 945 больных, было выписано 902 больных, сделано операций всего 411, в том числе экстренных 251, умерло всего 20 больных, после операции 12, в том числе после экстренных операций 2 больных. Больные провели в отделении 9550 койко-день. Среднее фактическое число дней занятости койки в году составило 382 дней, плановое 330 дней. Число коек в отделении- 25.

Рассчитайте показатели использования коечного фонда отделения, общей летальности, послеоперационной летальности и летальности после экстренных операций. Оцените показатели.

Контрольные вопросы

1. Что относится к общим показателям деятельности учреждений стоматологического профиля?
2. Какие показатели обеспеченности населения стоматологической помощью Вам известны?
3. Какие показатели относятся к показателям укомплектованности стоматологической службы?
4. Какие показатели квалификации медицинского персонала стоматологического профиля Вам известны?
5. Какие основные формы первичной медицинской документации используются в деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля?
6. Какие показатели деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля Вам известны?
7. Какие показатели позволяют оценить нагрузку персонала стоматологических амбулаторно-поликлинических учреждений?
8. Какие показатели позволяют оценить качество стоматологической помощи в деятельности стоматологических учреждений?

9. Какие основные формы первичной медицинской документации используются в деятельности больничных учреждений стоматологического профиля?
10. Какие показатели медицинской деятельности стационара Вам известны?
11. Какие показатели использования коечного фонда характеризуют эффективность работы больничных коек?
12. Какие показатели характеризуют качество стационарной помощи?

Тема № 4

Экспертиза временной нетрудоспособности

4.1. Предмет и задачи экспертизы временной нетрудоспособности

Врачебная экспертиза нетрудоспособности является самостоятельной сферой знаний и практической деятельности, тесно соприкасающейся с клиническими дисциплинами, системой социального страхования и социального обеспечения. Своевременное освобождение заболевших от работы является одним из действенных профилактических мероприятий по предупреждению осложнений заболеваний, их хронизации. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) отражает заболеваемость работающего населения, поэтому кроме медико-социального она имеет и большое социально-экономическое значение.

Экспертиза – это изучение специалистом или группой специалистов вопроса, требующего для своего решения специальных знаний в какой-либо области науки, техники, искусства и т.д., с вынесением определенного суждения (заключения). Одним из видов экспертизы является экспертиза нетрудоспособности. **Экспертиза нетрудоспособности** – это определение на основании медицинских и социальных критериев возможности данного человека выполнять свои профессиональные обязанности. Естественно возникает вопрос, а что же такое трудоспособность и каковы ее медицинские и социальные критерии?

Под **трудоспособностью** принято понимать такое состояние организма, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяет выполнять работу определенного объема и качества. Врач на основании данных всестороннего медицинского освидетельствования должен установить наличие или отсутствие заболевания у конкретного человека.

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

Однако не всегда больной человек является нетрудоспособным. Напри-

мер, два человека страдают одним и тем же заболеванием – панарицием. Один из них учитель, другой – повар. Учитель с панарицием может исполнять свои обязанности, то есть является трудоспособным, а повар – нет, то есть является нетрудоспособным. Кроме того, причиной нетрудоспособности не всегда является заболевание самого пациента. Например, тот же повар сам может быть здоровым, однако его жена заболела гепатитом, вследствие чего повар не может заниматься приготовлением пищи, то есть выполнять свои профессиональные обязанности, так как у него есть контакт по гепатиту. Следовательно, болезнь и нетрудоспособность не являются понятиями идентичными. При наличии болезни человек может быть трудоспособным, если заболевание не препятствует выполнению профессионального труда, и нетрудоспособным – если выполнение работы затруднено или невозможно. Поэтому врач, исходя из степени выраженности функциональных нарушений, характера и течения патологического процесса, выполняемой пациентом работы, условий его труда, решает вопрос о социальном критерии трудоспособности и о выдаче листка нетрудоспособности.

Социальный критерий трудоспособности определяет трудовой прогноз при конкретном заболевании, конкретной должности пациента и условиях его труда. Социальные критерии отражают все, что связано с профессиональной деятельностью больного: характеристику преобладающего напряжения (физического или нервно-психического), организацию, периодичность и ритм работы, нагрузку на отдельные органы и системы, наличие неблагоприятных условий труда и профессиональных вредностей. Медицинский и социальный критерии должны быть всегда четко определены и отражены в медицинской документации.

Следовательно, под **нетрудоспособностью** следует понимать состояние, обусловленное болезнью, травмой, ее последствиями или другими причинами, когда выполнение профессионального труда полностью или частично, в течение ограниченного времени или постоянно невозможно. Нетрудоспособность может быть временной и стойкой.

Если изменения в состоянии здоровья пациента носят временный, обратимый характер, если в ближайшее время ожидается выздоровление или значительное улучшение, а также восстановление трудоспособности, то такой вид нетрудоспособности считается временным. **Временная нетрудоспособность (ВН)** – это 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 любого труда на определенный срок, сопровождающаяся необходимостью создания специального режима и проведения лечения. **Частичная нетрудоспособность** – временная нетрудоспособность в отношении своей обычной

профессиональной работы при сохранении способности выполнять другую работу с иным облегченным режимом или уменьшенным объемом.

Таким образом, **экспертиза временной нетрудоспособности** – это вид медицинской деятельности, основной целью которой является оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, возможности осуществления профессиональной деятельности, а также определение степени и сроков временной утраты трудоспособности.

Установление факта временной нетрудоспособности имеет важное юридическое и экономическое значение, т.к. оно гарантирует гражданину освобождение от работы и получение пособия за счёт средств обязательного государственного социального страхования.

Экспертиза временной нетрудоспособности производится в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. Различают следующие **уровни проведения** экспертизы временной нетрудоспособности:

первый – лечащий врач;

второй – врачебная комиссия ЛПУ;

третий – врачебная комиссия органа управления здравоохранением территории, входящей в субъект Федерации;

четвёртый – врачебная комиссия органа управления здравоохранением субъекта РФ;

пятый – главный специалист по экспертизе временной нетрудоспособности МЗ и СР РФ.

Организация и порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности строятся, исходя из функций каждого из перечисленных уровней.

Контроль за соблюдением инструкции об экспертизе временной нетрудоспособности в государственных, муниципальных и частных лечебно-профилактических учреждениях, а также частнопрактикующими врачами осуществляется органом управления здравоохранением соответствующего уровня, профессиональной медицинской ассоциацией, исполнительным органом Фонда социального страхования РФ. В осуществлении контроля могут участвовать комиссии по аккредитации и лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности и подразделения территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

4.2. Порядок выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность

Порядок выдачи листков нетрудоспособности определен Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 29 июня 2011 г. № 624н "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности" .

В соответствии с действующим приказом листок нетрудоспособности выдается застрахованным лицам, являющимся гражданами Российской Федерации, а также постоянно или временно проживающим на территории Россий-

ской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства (далее - граждане):

- лицам, работающим по трудовым договорам;
- государственным гражданским служащим, муниципальным служащим;
- лицам, замещающим государственные должности Российской Федерации, государственные должности субъекта Российской Федерации, а также муниципальные должности, замещаемые на постоянной основе;
- членам производственного кооператива, принимающим личное трудовое участие в его деятельности;
- священнослужителям;
- адвокатам, индивидуальным предпринимателям, членам крестьянских (фермерских) хозяйств, физическим лицам, не признаваемым индивидуальными предпринимателями (нотариусы, занимающиеся частной практикой, иные лица, занимающиеся в установленном законодательством Российской Федерации порядке частной практикой), членам семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, добровольно вступившим в правоотношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и уплачивающим за себя страховые взносы в Фонд социального страхования Российской Федерации;
- иным категориям лиц, которые подлежат обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в соответствии с федеральными законами при условии уплаты ими или за них страховых взносов в Фонд социального страхования Российской Федерации;
- лицам, у которых заболевание или травма наступили в течение 30 календарных дней со дня прекращения работы по трудовому договору, осуществления служебной или иной деятельности либо в период со дня заключения трудового договора до дня его аннулирования³.

Листок нетрудоспособности также выдается:

- женщинам, уволенным в связи с ликвидацией организаций, в связи с прекращением деятельности в качестве индивидуального предпринимателя, прекращением полномочий нотариусом, занимающимся частной практикой, прекращением статуса адвоката, у которых беременность наступила в течение 12 месяцев до признания их в установленном порядке безработными;
- гражданам, признанным безработными и состоящим на учете в государственных учреждениях службы занятости населения, в случае заболевания, травмы, отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей трудоспособности, на время протезирования в условиях стационара, беременности и родов, при усыновлении ребенка;

- застрахованным лицам из числа иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих на территории Российской Федерации, утратившим трудоспособность вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания.

Выдача листков нетрудоспособности осуществляется лицами, имеющими в соответствии с законодательством Российской Федерации о лицензировании лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности.

Листок нетрудоспособности *выдают* медицинские работники указанных лиц, в том числе:

- лечащие врачи медицинских организаций;
- фельдшеры и зубные врачи медицинских организаций (далее - фельдшеры и зубные врачи), иные работники со средним медицинским образованием в отдельных случаях - по решению органа исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения;
- лечащие врачи клиник научно-исследовательских учреждений (институтов), в том числе клиник научно-исследовательских учреждений (институтов) протезирования или протезостроения - по согласованию с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Не выдают листки нетрудоспособности медицинские работники:

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

Выдача листков нетрудоспособности осуществляется при предъявлении документа, удостоверяющего личность. В случае если гражданин на момент наступления временной нетрудоспособности, отпуска по беременности и родам занят у нескольких работодателей и в два предшествующие календарные года до выдачи листка нетрудоспособности был занят у тех же работодателей, выдается несколько листков нетрудоспособности по каждому месту работы.

Выдача и продление листка нетрудоспособности осуществляется медицинским работником после осмотра гражданина и записи данных о состоянии его здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения от работы. Бланки листков нетрудоспособности регистрируются в первичной медицинской документации с указанием их номера, дат выдачи и продления, выписки гражданина на работу, сведений о направлении гражданина в другую медицинскую организацию.

Листок нетрудоспособности выдается и закрывается, как правило, в одной медицинской организации. При направлении гражданина на лечение в другую медицинскую организацию новый листок нетрудоспособности (продолжение) выдается медицинской организацией, в которую направлен гражданин (за исключением отдельных случаев).

При амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности, медицинский работник единолично выдает листок нетрудоспособности одновременно на срок до 10 календарных дней (до следующего осмотра гражданина медицинским работником) и единолично продлевает его на срок до 30 календарных дней. При сроках временной нетрудоспособности, превышающих 30 календарных дней, листок нетрудоспособности выдается по решению врачебной комиссии.

Фельдшер или зубной врач единолично выдает листок нетрудоспособности одновременно на срок до 5 календарных дней и продлевает его на срок до 10 календарных дней, а в исключительных случаях, после консультации с врачебной комиссией медицинской организации (по подчиненности) - до 30 календарных дней (с обязательной записью о проведенной консультации в первичной медицинской документации).

При сроке временной нетрудоспособности, превышающем 30 календарных дней, решение вопроса дальнейшего лечения и выдачи листка нетрудоспособности осуществляется врачебной комиссией.

Врачи, имеющие лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности, при сроке временной нетрудоспособности, превышающем 30 календарных дней, направляют гражданина на врачебную комиссию в медицинскую организацию по месту его прикрепления или регистрации по месту жительства (по месту пребывания, временного проживания) для продления листка нетрудоспособности.

По решению врачебной комиссии при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть выдан в установленном порядке до дня восстановления трудоспособности, но на срок не более 10 месяцев, а в отдельных случаях (травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез) - на срок не более 12 месяцев, с периодичностью продления по решению врачебной комиссии не реже чем через 30 календарных дней.

При заболеваниях, профессиональных заболеваниях (травмах, в том числе полученных вследствие несчастного случая на производстве), когда лечение осуществляется в амбулаторно-поликлинических условиях, листок нетрудоспособности выдается в день установления временной нетрудоспособности на весь период временной нетрудоспособности, включая нерабочие праздничные и выходные дни.

Не допускается выдача листка нетрудоспособности за прошедшие дни, когда гражданин не был освидетельствован медицинским работником. Выдача

листка нетрудоспособности за прошедшее время может осуществляться в исключительных случаях по решению врачебной комиссии при обращении гражданина в медицинскую организацию или посещении его медицинским работником на дому.

Гражданам, обратившимся за медицинской помощью после окончания рабочего времени (смены), по их желанию, дата освобождения от работы в листке нетрудоспособности может быть указана со следующего календарного дня.

Гражданину, направленному в медицинскую организацию из здравпункта и признанному нетрудоспособным, листок нетрудоспособности выдается с момента обращения в здравпункт при наличии медицинских документов, подтверждающих его нетрудоспособность.

Гражданам, нуждающимся в лечении в специализированной медицинской организации, листок нетрудоспособности выдается непосредственно в специализированной медицинской организации. В исключительных случаях листок нетрудоспособности выдается медицинским работником при направлении гражданина в специализированную медицинскую организацию соответствующего профиля для продолжения лечения.

Гражданину, являющемуся временно нетрудоспособным, направленному на консультацию (обследование, лечение) в медицинскую организацию, находящуюся за пределами административного района, по решению врачебной комиссии, направившей его, выдается листок нетрудоспособности на число дней, необходимых для проезда к месту нахождения соответствующей медицинской организации.

При выписке гражданина после стационарного лечения листок нетрудоспособности выдается за весь период стационарного лечения. При продолжении временной нетрудоспособности листок нетрудоспособности может быть продлен до 10 календарных дней.

В отдельных случаях (сложные урологические, гинекологические, проктологические и другие исследования, манипуляции, процедуры) при амбулаторном лечении по прерывистому методу листок нетрудоспособности может быть выдан по решению врачебной комиссии на дни проведения соответствующего исследования (манипуляции, процедуры). В этих случаях в листке нетрудоспособности указываются дни проведения исследований (манипуляций, процедур) и освобождение от работы производится на дни проведения исследований (манипуляций, процедур).

При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения заработной платы, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет листок нетрудоспособности выдается со дня окончания указанных отпусков в случае продолжающейся временной нетрудоспособности.

При временной нетрудоспособности лиц, находящихся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет, работающих на условиях не-

полного рабочего времени или на дому, листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях.

При временной нетрудоспособности в связи с заболеванием (профессиональным заболеванием, травмой, в том числе полученной вследствие несчастного случая на производстве, отравлением) гражданина, наступившим в период ежегодного оплачиваемого отпуска, листок нетрудоспособности выдается в соответствии с настоящим Порядком, в том числе в период долечивания в санаторно-курортном учреждении.

Гражданам, направленным медицинскими организациями и органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации на лечение в клиники научно-исследовательских учреждений (институтов) курортологии, физиотерапии и реабилитации, санаторно-курортные учреждения, в том числе специализированные (противотуберкулезные) санаторно-курортные учреждения, листок нетрудоспособности выдается медицинским работником на основании решения врачебной комиссии на время лечения и проезда к месту лечения и обратно. При соответствующих медицинских показаниях листок нетрудоспособности продлевается лечащим врачом указанных клиник, санаторно-курортных учреждений.

Закрытие листка нетрудоспособности производится медицинской организацией, направившей гражданина на лечение.

Листок нетрудоспособности *не выдается* гражданам:

- обратившимся за медицинской помощью в медицинскую организацию, если у них не выявлено признаков временной нетрудоспособности;
- проходящим медицинское освидетельствование, медицинское обследование или лечение по направлению военных комиссариатов;
- находящимся под стражей или административным арестом;
- проходящим периодические медицинские осмотры (обследования), в том числе в центрах профпатологии;
- с хроническими заболеваниями вне обострения (ухудшения), проходящим обследование, принимающим различные процедуры и манипуляции в амбулаторно-поликлинических условиях;
- учащимся образовательных учреждений начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования и учреждений послевузовского профессионального образования.

В указанных случаях по просьбе гражданина выдается выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного.

В случае заболевания (травмы, отравления) учащихся образовательных учреждений начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования и учреждений послевузовского профессионального образования в период проведения оплачиваемых работ при прохождении производственной практики, а также в случае выполнения ими работы по трудовому договору листок нетрудоспособности выдается в соответствии с настоящим Порядком.

На медико-социальную экспертизу (далее - МСЭ) направляются граждане, имеющие стойкие ограничения жизнедеятельности и трудоспособности, нуждающиеся в социальной защите, по заключению врачебной комиссии при:

- очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее 4 месяцев от даты ее начала;
- благоприятном клиническом и трудовом прогнозе при временной нетрудоспособности, продолжающейся свыше 10 месяцев (в отдельных случаях: состояния после травм и реконструктивных операций, при лечении туберкулеза - свыше 12 месяцев);
- необходимости изменения программы профессиональной реабилитации работающим инвалидам в случае ухудшения клинического и трудового прогноза независимо от группы инвалидности и сроков временной нетрудоспособности.

При установлении инвалидности срок временной нетрудоспособности завершается датой, непосредственно предшествующей дню регистрации документов в учреждении МСЭ. Временно нетрудоспособным лицам, которым не установлена инвалидность, листок нетрудоспособности может быть выдан по решению врачебной комиссии до восстановления трудоспособности с периодичностью продления листка нетрудоспособности по решению врачебной комиссии не реже чем через 30 дней или до повторного направления на МСЭ.

При отказе гражданина от направления на МСЭ или несвоевременной его явке на МСЭ по неуважительной причине листок нетрудоспособности не продлевается со дня отказа от направления на МСЭ или регистрации документов в учреждении МСЭ; сведения об этом указываются в листке нетрудоспособности и в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного.

При направлении больных на долечивание в специализированные санаторно-курортные учреждения, расположенные на территории Российской Федерации, непосредственно после стационарного лечения листок нетрудоспособности продлевается медицинским работником по решению врачебной комиссии специализированного санаторно-курортного учреждения на весь период долечивания, но не более чем на 24 календарных дня. Закрытие листка нетрудоспособности производится организацией, направившей гражданина на долечивание в специализированное санаторно-курортное учреждение.

При направлении лиц, пострадавших в связи с тяжелым несчастным случаем на производстве, на санаторно-курортное лечение в период временной нетрудоспособности (до направления на МСЭ) листок нетрудоспособности выдается на весь период лечения и проезда в соответствии с настоящим Порядком. Закрытие листка нетрудоспособности производится организацией, направившей гражданина, пострадавшего в связи с тяжелым несчастным случаем на производстве, на санаторно-курортное лечение.

Листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи выдается медицинским работником одному из членов семьи (опекуну, попечителю,

иному родственнику), фактически осуществляющему уход.

Листок нетрудоспособности выдается по уходу за больным членом семьи:

- ребенком в возрасте до 7 лет: при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении - на весь период острого заболевания или обострения хронического заболевания;
- ребенком в возрасте от 7 до 15 лет: при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении - на срок до 15 дней по каждому случаю заболевания, если по заключению врачебной комиссии не требуется большего срока;
- ребенком-инвалидом в возрасте до 15 лет: при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении - на весь период острого заболевания или обострения хронического заболевания;
- детьми в возрасте до 15 лет, инфицированными вирусом иммунодефицита человека, - на весь период совместного пребывания с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении;
- детьми в возрасте до 15 лет: при их болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, злокачественными новообразованиями, включая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственной им тканей - на весь период амбулаторного лечения или совместного пребывания одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении;
- детьми в возрасте до 15 лет, проживающими в зоне отселения и зоне проживания с правом на отселение, эвакуированными и переселенными из зон отчуждения, отселения, проживания с правом на отселение, включая тех, которые на день эвакуации находились в состоянии внутриутробного развития, а также за детьми первого и последующих поколений граждан, родившимися после радиоактивного облучения одного из родителей - на все время болезни;
- детьми в возрасте до 15 лет, страдающими заболеваниями вследствие радиационного воздействия на родителей - на все время болезни;
- старше 15 лет: при амбулаторном лечении - на срок до 3 дней, по решению врачебной комиссии - до 7 дней по каждому случаю заболевания.

При необходимости листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком может выдаваться попеременно разным членам семьи в пределах установленных сроков.

При заболевании двух детей одновременно выдается один листок нетру-

доспособности по уходу за ними. При одновременном заболевании более двух детей выдается второй листок нетрудоспособности.

При заболевании второго (третьего) ребенка в период болезни первого ребенка листок нетрудоспособности, выданный по уходу за первым ребенком, продлевается до выздоровления всех детей без зачета дней, совпавших с днями освобождения от работы по уходу за первым ребенком. При этом в листке нетрудоспособности указываются даты начала и окончания заболевания, имена, возраст всех детей.

Листок нетрудоспособности *не выдается* по уходу:

- за больным членом семьи старше 15 лет при стационарном лечении; за хроническими больными в период ремиссии;
- в период ежегодного оплачиваемого отпуска и отпуска без сохранения заработной платы;
- в период отпуска по беременности и родам;
- в период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет.

При заболевании ребенка в период, когда мать (иной член семьи, фактически осуществляющий уход за ребенком) не нуждается в освобождении от работы (ежегодные оплачиваемые отпуска, отпуск по беременности и родам, отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет, отпуск без сохранения заработной платы), листок нетрудоспособности по уходу за ребенком (в случае, когда он продолжает нуждаться в уходе) выдается со дня, когда мать (иной член семьи, фактически осуществляющий уход за ребенком) должна приступить к работе.

Гражданам, направленным медицинской организацией на протезирование в стационарное специализированное учреждение, листок нетрудоспособности выдается этой медицинской организацией на время проезда к месту протезирования. Выданный листок нетрудоспособности продлевается медицинским работником стационарного специализированного учреждения на весь период протезирования и время проезда к месту регистрации по месту жительства (по месту пребывания, временного проживания).

Записи в листке нетрудоспособности выполняются на русском языке печатными заглавными буквами чернилами черного цвета либо с применением печатающих устройств. Допускается использование гелевой, капиллярной или перьевой ручки. Не допускается использование шариковой ручки. Записи в листке нетрудоспособности не должны заходить за пределы границ ячеек, предусмотренных для внесения соответствующих записей, а также не должны соприкасаться с границами ячеек.

Все записи в специально отведенных ячейках проставляются, начиная с первой ячейки.

Печати медицинской организации, учреждения медико-социальной экспертизы могут выступать за пределы специально отведенного места, но не должны попадать на ячейки информационного поля бланка листка нетрудо-

способности.

Оттиск печати медицинской организации должен соответствовать названию, указанному в уставе медицинской организации. При оформлении листов нетрудоспособности в некоторых медицинских организациях (психиатрических, наркологических организациях, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями и др.) могут быть использованы специальные печати или штампы без указания профиля организации.

При наличии ошибок в заполнении листка нетрудоспособности он считается испорченным и взамен него выдается новый листок нетрудоспособности.

При заполнении корешка бланка листка нетрудоспособности:

- в строке "первичный _" делается соответствующая отметка "V" в случае, если листок нетрудоспособности является первичным;
- в строке "дубликат _" проставляется отметка "V" в случае, когда в связи с утерей листка нетрудоспособности, застрахованному лицу лечащим врачом и председателем врачебной комиссии оформляется дубликат листка нетрудоспособности;
- в строке "продолжение листка № _____" указывается номер предыдущего листка нетрудоспособности в случае, если оформляемый листок нетрудоспособности является продолжением ранее выданного листка;
- в строке "Дата выдачи __-__-____" указывается число, месяц, год выдачи листка нетрудоспособности;
- в строке "ФИО" в соответствующих ячейках указывается фамилия, имя и отчество (отчество указывается при его наличии) временно нетрудоспособного гражданина в соответствии с документом, удостоверяющим личность;
- в строке "(фамилия, инициалы врача)" указывается фамилия медицинского работника, выдавшего листок нетрудоспособности и его инициалы (с пробелом в одну ячейку);
- в строке "№ истории болезни _____" проставляется номер медицинской карты амбулаторного или стационарного больного;
- в строке "место работы - наименование организации" указывается полное или сокращенное наименование организации, либо фамилия и инициалы работодателя - физического лица (с интервалом в одну ячейку);
- в строке "Основное _" делается отметка "V" в случае, если листок нетрудоспособности выдан для представления по основному месту работы;
- в строке "По совместительству _ № _____" делается отметка "V" в случае, если листок нетрудоспособности выдан для представления по месту работы по внешнему совместительству и указывается номер листка нетрудоспособности, выданного для представления по основному месту работы;
- в поле "расписка получателя" ставится подпись гражданина, получившего листок нетрудоспособности.

При заполнении раздела "ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ" листка нетрудоспособности:

- строки "первичный _", "дубликат _", "продолжение листка № _____" заполняются в соответствии с абзацами вторым - четвертым настоящего Порядка;
- в строке "(наименование медицинской организации)" указывается полное или сокращенное наименование лица, имеющего лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности, которым оказывалась медицинская помощь и выдавался листок нетрудоспособности;
- в строке "(адрес медицинской организации)" указывается адрес оказания медицинских услуг лицом, имеющим лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности (название городского или сельского поселения, улицы, номера дома, корпуса, квартиры (офиса), соответствующий адресу фактической выдачи листков нетрудоспособности и осуществления медицинской деятельности согласно лицензии на медицинскую деятельность. Внесение указанных данных осуществляется через интервал в одну ячейку, номер корпуса указывается через знак "/" в ячейке после номера дома, номер квартиры (офиса) указывается через пробел в одну ячейку после номера дома или корпуса (например, :Б|а|р|н|а|у|л|_|С|у|х|о|в|а|:_|5|/|3|_|13|);
- в строке "Дата выдачи __-__-____" указывается число, месяц и год выдачи листка нетрудоспособности;
- в строке "(ОГРН)" указывается основной государственный регистрационный номер лица, имеющего лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности, выдавшего листок нетрудоспособности;
- в строке "ФИО" в соответствующих ячейках указывается фамилия, имя и отчество (отчество указывается при его наличии) временно нетрудоспособного гражданина в соответствии с документом, удостоверяющим личность;
- в строке "Дата рождения __-__-____" указывается дата рождения нетрудоспособного гражданина;
- в ячейках "м _" "ж _" проставляется соответствующая отметка "V";
- в строке "Причина нетрудоспособности":
- в ячейках "код __" указывается соответствующий двухзначный код:

01 - заболевание;

02 - травма;

03 - карантин;

04 - несчастный случай на производстве или его последствия;

05 - отпуск по беременности и родам;

06 - протезирование в стационаре;

- 07 - профессиональное заболевание или его обострение;
- 08 - долечивание в санатории;
- 09 - уход за больным членом семьи;
- 10 - иное состояние (отравление, проведение манипуляций и др.);
- 11 - заболевание, указанное в пункте 1 Перечня социально значимых заболеваний, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. № 715²⁰;
- 12 - в случае заболевания ребенка в возрасте до 7 лет, включенного в перечень заболеваний, определяемый Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в соответствии с частью 5 статьи 6 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ;
- 13 - ребенок-инвалид;
- 14 - в случае болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, или при злокачественном новообразовании у ребенка;
- 15 - ВИЧ-инфицированный ребенок;
- в ячейках "доп. код ___" указывается дополнительный трехзначный код:
- 017 - при лечении в специализированном санатории;
- 018 - при санаторно-курортном лечении в связи с несчастным случаем на производстве в период временной нетрудоспособности (до направления на МСЭ);
- 019 - при лечении в клинике научно-исследовательского учреждения (института) курортологии, физиотерапии и реабилитации;
- 020 - при дополнительном отпуске по беременности и родам;
- 021 - при заболевании или травме, наступивших вследствие алкогольного, наркотического, токсического опьянения или действий, связанных с таким опьянением;
- в ячейках "код изм. __" указывается соответствующий двухзначный код (из вышеперечисленных) в случае изменения причины временной нетрудоспособности;
 - в строке "(место работы - наименование организации)" указывается полное или сокращенное наименование организации (обособленного подразделения); фамилия и инициалы страхователя - физического лица (с интервалом в одну ячейку);
 - в строке "Основное _" делается отметка "V" в случае, если листок нетрудоспособности выдан для представления по основному месту работы;
 - в строке "По совместительству _ № _____" делается отметка "V" в случае, если листок нетрудоспособности выдан для представления по месту работы по внешнему совместительству и указывается номер листка нетрудоспособности, выданного для представления по основному месту работы;
 - в строке "Состоит на учете в государственных учреждениях службы занятости _" делается отметка "V" при наличии информации о том, что гражданин признан в установленном порядке безработным; в случае проставления данной отметки строки "(место работы - наименование ор-

ганизации)", "Основное _", "По совместительству _ № _____" - не заполняются;

- в строке "дата 1" проставляется дата изменения причины нетрудоспособности, предполагаемая дата родов, дата начала путевки - при направлении больных туберкулезом по путевкам в специализированные (противотуберкулезные) санаторно-курортные учреждения на лечение в случае, когда санаторное лечение заменяет стационарное лечение, а также на долечивание после стационарного лечения, при направлении медицинской организацией гражданина на лечение в клинику научно-исследовательского учреждения (института) курортологии, физиотерапии и реабилитации; при направлении на долечивание в специализированные санаторно-курортные организации (отделения) непосредственно после стационарного лечения; при направлении лиц, пострадавших в связи с тяжелым несчастным случаем на производстве, на санаторно-курортное лечение в период временной нетрудоспособности (далее - путевка на лечение (долечивание));
- в строке "дата 2" проставляется дата окончания путевки на лечение (долечивание);
- в строке "№ путевки" указывается номер путевки на лечение (долечивание);
- в строке "ОГРН санатория или клиники НИИ" санаторно-курортным учреждением, клиникой научно-исследовательского учреждения (института) курортологии, физиотерапии и реабилитации указывается основной государственный регистрационный номер в соответствии с документом, подтверждающим государственную регистрацию медицинской организации;
- подраздел "по уходу" заполняется в случае ухода за больным членом семьи (в том числе при карантине ребенка):
- в строке "возраст (лет/мес.)" в первых двух ячейках указывается число полных лет больного члена семьи, за которым осуществляется уход, а в случае осуществления ухода за больным ребенком, не достигшим возраста 1 года, первые две ячейки не заполняются, а во вторых двух ячейках указывается возраст ребенка в месяцах;
- в строке "родственная связь" указывается соответствующий двухзначный код:

38 - мать;

39 - отец;

40 - опекун;

41 - попечитель;

42 - иной родственник, фактически осуществляющий уход за больным членом семьи.

- в строке "ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход" указывается фамилия, имя, отчество (отчество указывается при его наличии)

гражданина, за которым осуществляется уход (с пробелами в одну ячейку).

При одновременном уходе за двумя детьми в первом ряду ячеек названной строки указываются возраст, родственная связь, фамилия, имя, отчество первого ребенка, за которым осуществляется уход, во втором ряду ячеек названной строки указываются упомянутые данные на второго ребенка, за которым осуществляется уход. При одновременном уходе более чем за двумя детьми, когда выдается второй листок нетрудоспособности, в первом и втором ряду ячеек названных строк указывается возраст, родственная связь, фамилия, имя, отчество других детей, за которыми осуществляется уход, остальные строки (графы) листка нетрудоспособности оформляются идентично строкам (графам) первого листка нетрудоспособности.

В строке "Поставлена на учет в ранние сроки беременности (до 12 недель)" в ячейках "да _" "нет _" делается отметка "V" при наличии соответствующей информации.

В строке "Отметки о нарушении режима" в зависимости от вида нарушения указывается следующий двухзначный код:

23 - несоблюдение предписанного режима, самовольный уход из стационара, выезд на лечение в другой административный район без разрешения лечащего врача;

24 - несвоевременная явка на прием к врачу;

25 - выход на работу без выписки;

26 - отказ от направления в учреждение медико-социальной экспертизы;

27 - несвоевременная явка в учреждение медико-социальной экспертизы;

28 - другие нарушения.

В строке "Дата __-__-____" указывается дата нарушения, в поле "Подпись врача" ставится подпись лечащего врача.

Если нарушений режима не было, указанные строки не заполняются.

В строке "Находился в стационаре" в ячейках "С __-__-____" "по __-__-____" проставляются соответственно даты начала и окончания стационарного лечения гражданина, в таблице "Освобождение от работы" листка нетрудоспособности делается запись о продолжительности лечения.

В случае длительного стационарного лечения и необходимости представления листка нетрудоспособности к оплате в таблице "Освобождение от работы" и строке "Находился в стационаре" указываются соответствующие сроки лечения, в строке "Иное" проставляется соответствующий двухзначный код - "продолжает болеть".

При выписке из стационара нетрудоспособному гражданину выдается новый листок нетрудоспособности, являющийся продолжением ранее выданного, при этом в строке "Находился в стационаре" указывается общая длительность лечения, а в таблице "Освобождение от работы" сроки лечения за минувшим днем, указанных в ранее выданном листке нетрудоспособности".

Оформление листка нетрудоспособности при лечении в условиях "днев-

ного стационара" осуществляется по правилам, установленным для оформления листков нетрудоспособности при амбулаторно-поликлиническом лечении.

При направлении на медико-социальную экспертизу (МСЭ) в листке нетрудоспособности указываются соответствующие даты в строках: "Дата направления в бюро МСЭ: __-__-____", "Дата регистрации документов в бюро МСЭ: __-__-____", "Освидетельствован в бюро МСЭ: __-__-____".

В строке "Установлена/изменена группа инвалидности _" арабскими цифрами указывается группа инвалидности (1, 2, 3) в случае, если в результате освидетельствования в учреждении МСЭ лицу установлена либо изменена группа инвалидности.

В поле "Подпись руководителя бюро МСЭ" ставится подпись руководителя бюро МСЭ.

В таблице "Освобождение от работы":

в графе "С какого числа" указывается дата (число, месяц и год), с которой гражданин освобожден от работы;

в графе "По какое число" указывается дата (число, месяц и год) (включительно), по которую гражданин освобожден от работы.

При амбулаторном лечении продление листка нетрудоспособности осуществляется со дня, следующего за днем осмотра гражданина врачом. Каждое продление листка нетрудоспособности записывается в отдельные строки граф таблицы.

При оформлении дубликата листка нетрудоспособности в графах "С какого числа" и "По какое число" таблицы "Освобождение от работы" одной строкой указывается весь период нетрудоспособности.

При оформлении листка нетрудоспособности по решению врачебной комиссии, в том числе за прошедшее время, в графах "Должность врача" и "Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер" указываются фамилия, инициалы и должность лечащего врача, фамилия и инициалы председателя врачебной комиссии после каждого случая, рассматриваемого на врачебной комиссии.

При лечении (долечивании) в специализированном (противотуберкулезном) санаторно-курортном учреждении листок нетрудоспособности оформляется (открывается) и подписывается лечащим врачом медицинской организации и председателем врачебной комиссии до отъезда гражданина на санаторное лечение (долечивание).

При лечении туберкулеза, когда санаторно-курортное лечение заменяет стационарное лечение, в графах "С какого числа" и "По какое число" таблицы "Освобождение от работы" одной строкой указываются дни пребывания в санаторно-курортном учреждении с учетом дней, необходимых для проезда к месту лечения и обратно.

При направлении медицинской организацией гражданина на лечение в клинику научно-исследовательского учреждения (института) курортологии, физиотерапии и реабилитации листок нетрудоспособности оформляется (от-

крывается) и подписывается лечащим врачом медицинской организации и председателем врачебной комиссии до отъезда гражданина на лечение в клинику научно-исследовательского учреждения (института) курортологии, физиотерапии и реабилитации. В графах "С какого числа" и "По какое число" таблицы "Освобождение от работы" одной строкой указываются дни пребывания в клинике научно-исследовательского учреждения (института) курортологии, физиотерапии и реабилитации с учетом дней, необходимых для проезда к месту лечения и обратно.

При направлении на долечивание непосредственно после стационарного лечения в листке нетрудоспособности в строке "Иное" проставляется код - "в случае направления на долечивание непосредственно после стационарного лечения". Продолжение листка нетрудоспособности оформляется в медицинской организации, направляющей гражданина на долечивание. В таблице "Освобождение от работы" в графе "С какого числа" указывается дата начала лечения. Дальнейшее оформление листка нетрудоспособности осуществляется лечащим врачом санаторно-курортного учреждения (отделения): в строке "Находился в стационаре" указываются сроки пребывания в санатории, в графах "С какого числа" и "По какое число" таблицы "Освобождение от работы" одной строкой указывается срок пребывания в санаторно-курортном учреждении (отделении).

При направлении лиц, пострадавших в связи с тяжелым несчастным случаем на производстве, на санаторно-курортное лечение в период временной нетрудоспособности в графах "С какого числа" и "По какое число" таблицы "Освобождение от работы" листка нетрудоспособности одной строкой указывается дата начала санаторно-курортного лечения согласно направлению врачебной комиссии; в строке "Находился в стационаре" указываются сроки пребывания в санаторно-курортном учреждении.

Закрытие листка нетрудоспособности в указанных случаях производится организацией, направившей гражданина на лечение (долечивание).

В графе "Должность врача" таблицы "Освобождение от работы" указывается должность врача, а в случаях, рассматриваемых врачебной комиссией, председатель врачебной комиссии (например, : п|р|е|д|_|В|К|).

При оформлении листков нетрудоспособности в некоторых медицинских организациях (психиатрических, наркологических организациях, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями и др.) по согласованию с нетрудоспособным гражданином или его законным представителем могут быть указаны должности врачей общего профиля, либо "зубной врач", "фельдшер"; в графах "Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер" и "Подпись врача" таблицы "Освобождение от работы" - указывается соответственно фамилия и инициалы врача (с пробелом в одну ячейку), а в случаях, рассматриваемых врачебной комиссией, председателя врачебной комиссии или проставляется его (их) идентификационный номер (идентификационные номера) и ставится подпись (подписи).

В строке "Приступить к работе" в ячейках "с ___-___-___" указывается да-

та восстановления трудоспособности следующим днем после осмотра и признания гражданина трудоспособным.

В строке "Иное: ___" указывается следующий двухзначный код:

31 - в случае, если гражданин продолжает болеть и ему выдают новый листок нетрудоспособности (продолжение);

32 - при установлении инвалидности;

33 - при изменении группы инвалидности;

34 - в случае смерти;

35 - в случае отказа от проведения медико-социальной экспертизы;

36 - в случае, когда гражданин после выдачи или продления листка нетрудоспособности на прием не являлся, а при очередном посещении признан трудоспособным;

37 - в случае направления на долечивание непосредственно после стационарного лечения.

Вслед за двухзначным кодом, проставляемым в строке "Иное: ___", в ячейках "___-___-____" для кодов 32, 33, 34 и 36 проставляется также дата установления, изменения группы инвалидности, дата смерти гражданина, дата явки трудоспособным.

В строке "Выдан листок (продолжение) №" указывается номер продолжения листка нетрудоспособности.

В поле "Подпись врача" ставится подпись лечащего врача.

Раздел "ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ" листка нетрудоспособности оформляется работодателем застрахованного лица.

Записи в листке нетрудоспособности выполняются на русском языке печатными заглавными буквами чернилами черного цвета либо с применением печатающих устройств. Допускается использование гелевой, капиллярной или перьевой ручки. Не допускается использование шариковой ручки. Записи в листке нетрудоспособности не должны заходить за пределы границ ячеек, предусмотренных для внесения соответствующих записей, а также не должны соприкасаться с границами ячеек.

Все записи в специально отведенных ячейках проставляются, начиная с первой ячейки.

Печать работодателя может выступать за пределы специально отведенного места, но не должна попадать на ячейки информационного поля бланка листка нетрудоспособности. Для исправления ошибок, допущенных при заполнении настоящего раздела, ошибочная запись аккуратно зачеркивается, правильная запись взамен ошибочной вносится на оборотную сторону бланка листка нетрудоспособности, подтверждается записью "исправленному верить", подписью и печатью работодателя (для работодателя - физического лица печать проставляется при ее наличии). Не допускается исправление ошибок с помощью корректирующего или иного аналогичного средства.

За нарушение установленного порядка выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности медицинские организации, а также меди-

цинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Выдача листов нетрудоспособности врачами-стоматологами осуществляется на тех же основаниях, как и других специалистов.

Пациент получает освобождение от работы при следующих заболеваниях полости рта и лечение в амбулаторных условиях:

- острые и обострение хронических воспалительных процессов периапикальных тканей зубов, заболевание слизистой оболочки полости рта, языка и тканей пародонта на срок 3-7 дней;
- острый пульпит, сопровождающийся болями в ночное время на 1-2 дня;
- в случае применения сильных наркотических обезболивающих препаратов у людей, чьи профессии требуют повышенной концентрации внимания (летчик, крановщик, водитель) на 1 день;
- при обострении хронического гингивита на 3-6 дней;
- при язвенно-некротическом гингивите на 7-6 дней;
- при актиническом хейлите на 2-4.

Задачи для самостоятельного решения

Задача № 1

У Котовой Виктории Павловны 15.05 обострился хронический гингивит. Лечилась амбулаторно до 19.05. Требуется ли оформить нетрудоспособность? Если да, то оформите.

Данные: работает поваром на фабрике «Красный октябрь», 42 года, проживает в СПб, Пискаревский пр., д. 5, кв.1.

Задача № 2

Свиридов Василий Прохорович после удаления заглоточного абсцесса находился в Мариинской больнице на лечении с 1.01 по 4.01. С 5.01 выписан под наблюдение хирурга по месту жительства в поликлинику N 8. Выздоровление наступило 8.01. Требуется ли оформить нетрудоспособность? Если да, то оформите.

Данные: работает сварщиком на заводе «Металлострой», 28 лет, проживает в СПб, ул. Карпинского д. 36, 72В. 12.

Задача № 3

Тарасову Даниле Петровичу было сделано сложное удаление зуба с применением сильнодействующего наркотического обезболивающего препарата 18.11. Требуется ли оформить нетрудоспособность? Если да, то оформите.

Данные: работает крановщиком в ОАО «Стройград», 33 года, проживает в СПб, пр. Тореза д. 35, кв. 3.

Задача № 4

Романина Илона Тимуровна обратилась в стоматологическую поликлинику № 5 с острой болью 9.05 в ночное время. Поставлен диагноз: острый пульпит. Требуется ли оформить нетрудоспособность? Если да, то оформите.

Данные: студентка, 20 лет, проживает СПб, ул. Рентгена, д. 11, кв. 6.

Задача № 5

Малышева Есения Юрьевна 23.03 обратилась в стоматологическую поликлинику № 15 по поводу обострения хронического язвенно-некротического гингивита. Лечилась до 5.04. Оформите нетрудоспособность, если это необходимо.

Данные: менеджер магазина «Электро», 41 год, проживает СПб, ул. Комиссара Смирнова д. 6, кв. 5.

Задача № 6

Семенов Игорь Константинович, находящийся в очередном отпуске до 25.06, обратился в стоматологическую поликлинику № 8 по поводу острого пародонтита 23.06. Лечение продолжалось по 30.06. Требуется ли оформить нетрудоспособность? Если да, то оформите.

Данные: бухгалтер ОАО «Нива», 54 года, проживает СПб, ул. Декабристов 10, кв. 13.

Задача № 7

У Петровой Алины Ивановны 6.11 заболела дочь Аня 5 лет, диагноз: острый пародонтит. Детский сад может посещать с 22.11. Лечилась амбулаторно. Оформите нетрудоспособность матери, если это необходимо.

Данные: воспитатель ДДУ N 6, 34 года, проживает СПб, В.О. 4-я линия, д. 11, кв. 7.

Задача № 8

У Васина Ильи Альфредовича, 16 лет, после удаления зуба образовалась гнойная полость, которая была вскрыта врачом-стоматологом-хирургом 10.02. Школу может посещать с 15.02.

Оформите нетрудоспособность матери Васиной Леонелле Давыдовне, 40 лет, учителю СШ № 32, если это необходимо. Проживает СПб, ул. Кустодиева, д. 34, кв. 7.

Задача № 9

Коркина Евгения Андреевна проходила лечение с 18.08 по поводу воспаления височно-нижнечелюстного сустава в больнице Св.Елизаветы на отделении челюстно-лицевой хирургии. Лечилась 2 недели. Требуется ли оформить нетрудоспособность? Если да, то оформите.

Данные: продавец магазина «Графика», 34 года, проживает СПб, ул. Кораблестроителей, д. 31, кв. 58.

Задача № 10

Андреев Иван Петрович находился в отпуске без содержания с 10.05 по 24.05. В стоматологической поликлинике № 2 24.05. ему был поставлен диагноз: актинический хейлит. Требуется ли оформить нетрудоспособность? Если да, то оформите.

Данные: 53 года, инженер завода «Термоприбор», проживает СПб, ул. Некрасова, д. 7, 74В. 2.

Контрольные вопросы

1. Что такое экспертиза нетрудоспособности?
2. Какие критерии трудоспособности Вам известны?
3. Что такое временная нетрудоспособность?
4. Какие виды временной нетрудоспособности различают?
5. Какие причины временной нетрудоспособности Вам известны?
6. Какие различают уровни проведения экспертизы временной нетрудоспособности?
7. Кто имеет право на получение листка нетрудоспособности?
8. Кто имеет право на выдачу листка нетрудоспособности?
9. На какой срок лечащий врач амбулаторно-поликлинического учреждения может выдать листок нетрудоспособности одновременно и единолично?
10. На какой максимальный срок по решению врачебной комиссии может быть выдан листок нетрудоспособности?
11. Кому не выдается листок нетрудоспособности?
12. Какие частные случаи определения временной нетрудоспособности Вам известны?

Тема № 5

Эффективность здравоохранения

Под понятием «эффективность» в здравоохранении понимают отношение результатов медицинской и экономической деятельности, выраженных в определенных показателях к произведенным затратам. Кроме того, выделяют социальную эффективность здравоохранения.

Показатели эффективности деятельности медицинских учреждений служат критерием социальной и экономической значимости здравоохранения в обществе. В целом эффективность здравоохранения выражается силой воздействия его на сохранение и улучшение здоровья населения, в повышении производительности труда, сокращении расходов по социальному страхованию и

социальной защите и, в итоге, увеличением валового внутреннего продукта.

Медицинская эффективность характеризуется степенью достижения ожидаемых результатов в профилактике, диагностике, лечении, диспансеризации, реабилитации больных. В отношении конкретного больного – это выздоровление или улучшение состояния здоровья, восстановление утраченных функций отдельных систем и органов. На уровне учреждений или системы здравоохранения в целом медицинская эффективность может оцениваться степенью изменения во времени, например, следующих показателей здоровья: показателей первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения, злокачественными новообразованиями, заболеваемости с временной утратой трудоспособности и др.

Социальная эффективность. Анализ социальной эффективности системы здравоохранения основывается на выборе эмпирических индикаторов, позволяющих оценивать функционирование здравоохранения в социальной сфере общественной жизни.

Одним из основных критериев социальной эффективности выступает *показатель доступности медицинской помощи*, который может измеряться с точки зрения реальных временных и материальных затрат различных социальных групп населения при получении гарантированной (бесплатной) медицинской помощи.

Объективными индикаторами доступности здравоохранения в случае, например, с сельским населением (как особой социальной группой), могут служить *показатели средней удаленности местных учреждений здравоохранения от получателей медицинской помощи* или *среднего времени, затрачиваемого сельскими жителями на получение медицинской помощи*. Причем, это время должно включать в себя не только проезд, но и вынужденное ожидание пациентов в очередях медицинских учреждений.

Субъективным, но оттого не менее значимым, индикатором доступности медицинской помощи является *состояние общественного мнения*, которое может репрезентативно оцениваться в масштабе локального сообщества (населения муниципального района, городского округа, субъекта РФ) или конкретной социальной группы. Для расчета этого показателя также применимы методы стандартизированного (в том числе анкетного) опроса.

Экономическая эффективность – важнейший показатель оценки экономической деятельности системы здравоохранения в целом, отдельных организаций, специализированных служб, а также результатов медико-социальных программ.

Экономический эффект в здравоохранении – один из результатов деятельности организации здравоохранения, который выражается в показателях прибыли или убытков и определяется как разница между доходами и затратами.

Расчет экономической эффективности связан с поиском путей наиболее рационального использования имеющихся в здравоохранении ресурсов.

Экономическая эффективность в здравоохранении рассматривается в двух аспектах: внутренний аспект – эффективность использования различных видов ресурсов в системе здравоохранения; внешний – влияние здравоохранения на развитие экономики страны.

Говоря о роли здравоохранения в экономике страны, необходимо, прежде всего, иметь в виду *предотвращенный экономический ущерб* (экономический эффект) вследствие реализации мер по снижению заболеваемости, инвалидизации и смертности населения.

Различают прямой и косвенный экономический ущерб.

Прямой экономический ущерб – затраты материальных, финансовых, информационных и других ресурсов (в стоимостном выражении), которые используются в процессе оказания населению медицинской помощи.

Косвенный экономический ущерб – экономические потери, связанные с выплатами пособий по временной утрате трудоспособности, пенсий по инвалидности, числом непрожитых трудоспособных лет жизни (в стоимостном выражении), уменьшением производства ВВП и др.

Наиболее ощутим экономический ущерб среди трудоспособного населения вследствие временной или стойкой нетрудоспособности. Работники, утратившие трудоспособность, не принимают участие в производстве ВВП, а государство затрачивает средства на оказание им медицинской помощи, оплату больничных листов, пенсий по инвалидности, обучение инвалидов в связи с переквалификацией и различного рода других льгот социального характера.

Экономический ущерб вследствие заболеваемости (в расчете на одного человека) находится по следующим формулам:

для работающего населения:

$$Y_{зр} = (Д + Б_{л}) \times T_{р} + Z_{апу} \times Ч + Z_{ст} \times T_{к},$$

для неработающего населения (общая заболеваемость):

$$Y_{зн} = Z_{апу} \times Ч + Z_{ст} \times T_{к}, \text{ где}$$

Д – стоимость продукции, производимой в расчете на одного работающего за один рабочий день;

Б_л – среднедневной размер пособия по временной нетрудоспособности одного работника;

T_р – длительность лечения в рабочих днях;

Z_{апу} – стоимость затрат на 1 посещение в АПУ;

Ч – число посещений в АПУ;

Z_{ст} – стоимость затрат на 1 койко-день;

T_к – длительность лечения в календарных днях.

Для определения суммарного экономического ущерба (У) от заболеваемости, инвалидности и смертности в трудоспособных возрастах в разрезе отдельных групп населения, учреждений, предприятий, административных территорий применяются более сложные расчеты, примеры которых рассматриваются на практических занятиях.

Рассчитав суммарный экономический ущерб вследствие заболеваемости, инвалидности, смертности в трудоспособных возрастах, можно найти **экономический эффект** (предотвращенный экономический ущерб) деятельности системы здравоохранения, который рассчитывается как разность суммарного экономического ущерба до и после реализации комплекса медицинских и санитарно-эпидемиологических мероприятий:

$$\mathcal{E} = Y_1 - Y_2, \text{ где}$$

Y_1 – суммарный экономический ущерб до реализации комплекса медицинских и санитарно-эпидемиологических мероприятий;

Y_2 – суммарный экономический ущерб после реализации комплекса медицинских и санитарно-эпидемиологических мероприятий.

В последнее время во всех странах появилось значительное количество исследований, посвященных изучению эффективности лечебно-профилактических мероприятий, которые направлены на снижение или предупреждение случаев заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ), так как потери по временной нетрудоспособности весьма значительны и представляют собой серьезный экономический ущерб.

Используя нижеприведенные формулы, можно рассчитать выгоды предприятия одновременно от снижения уровня заболеваемости с ВУТ и от сокращения ее длительности.

Экономический эффект в результате снижения уровня заболеваемости с ВУТ находится по формуле (формула 1):

$$\mathcal{E} = (Ч_1 - Ч_2) \times У \text{ где:}$$

\mathcal{E} -экономический эффект;

$Ч_1$ - число случаев заболевания до применения медицинской программы;

$Ч_2$ - число случаев заболевания после применения медицинской программы;

$У$ - экономический ущерб от заболеваемости с ВУТ.

Экономический ущерб рассчитывается по формуле:

1. Для работающего населения (формула 2):

$$У = (Д + Бл) \times Тр + Л \times Тк$$

2. Для неработающего населения (в том числе детского):

$$У = Л \times Тк$$

где:

$У$ - экономический ущерб

$Д$ - чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего;

$Бл$ - среднедневной размер пособия по временной нетрудоспособности одного работника;

$Л$ - стоимость лечения одного больного за один день;

$Тк$ - число сэкономленных календарных дней;

$Тр$ - число сэкономленных рабочих дней (Можно принять, что $Тр = 0,75 \times Тк$);

Экономическая эффективность рассчитывается по формуле (формула 3):

$$\text{ЭЭ} = \frac{\text{Экономический эффект}}{\text{Экономические затраты, связанные с медицинской программой}}$$

Решение типовой задачи

Задача. На предприятии работают 3000 человек.

Заболеваемость за прошлый год составила 250‰, в этом году снизилась до 200‰. Это произошло в результате проведения профилактических мероприятий за счет дополнительных затрат на сумму 20000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если известно, что:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 50 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 10 руб.;
- стоимость лечения в расчете на 1 больного за один календарный день 20 руб.;
- средняя продолжительность 1 случая временной утраты трудоспособности 12 дней.

Общее число случаев заболеваний на предприятии уменьшилось на:

$$\frac{250-200}{1000} \times 3000 = 150 \text{ случаев.}$$

Экономический ущерб от одного случая ЗВУТ находится по формуле 2:

$$У = (50 + 10) \times 0,75 \times 12 + 20 \times 12 = 780 \text{ руб.}$$

Предотвращенный экономический ущерб равен (по формуле 1):

$$\text{Э} = 150 \times 780 = 117\,000 \text{ руб.}$$

Экономическая эффективность в результате проведенных мероприятий составила (формула 3):

$$\text{ЭЭ} = 117\,000 / 20\,000 = 5,85 \text{ руб.}$$

ВЫВОД: В результате проведенного противорецидивного лечения и оздоровительных мероприятий на каждый вложенный рубль предприятием получена прибыль 5,85 рубля. Экономический эффект составил 117000 рублей.

Задачи для самостоятельного решения

Задача № 1

На предприятии работают 1500 человек.

Заболеваемость за прошлый год составила 350‰, в этом году снизилась до 300‰. Это произошло в результате проведения профилактических мероприятий за счет дополнительных затрат на сумму 15000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если известно, что:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 45 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 40 руб.;

- стоимость лечения в расчете на 1 больного за один календарный день 35 руб.;
- средняя продолжительность 1 случая временной утраты трудоспособности 10 дней.

Задача № 2

На предприятии работают 2000 человек.

Заболеваемость за прошлый год составила 250‰, в этом году снизилась до 200‰. Это произошло в результате проведения профилактических мероприятий за счет дополнительных затрат на сумму 20000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если известно, что:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 40 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 30 руб.;
- стоимость лечения в расчете на 1 больного за один календарный день 30 руб.;
- средняя продолжительность 1 случая временной утраты трудоспособности 15 дней.

Задача № 3

На предприятии работают 1000 человек.

Заболеваемость за прошлый год составила 1200‰, в этом году снизилась до 1000‰. Это произошло в результате проведения профилактических мероприятий за счет дополнительных затрат на сумму 10000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если известно, что:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 45 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 40 руб.;
- стоимость лечения в расчете на 1 больного за один календарный день 35 руб.;
- средняя продолжительность 1 случая временной утраты трудоспособности 10 дней.

Задача № 4

На предприятии работают 3000 человек.

Заболеваемость за прошлый год составила 350‰, в этом году снизилась до 320‰. Это произошло в результате проведения профилактических мероприятий за счет дополнительных затрат на сумму 30000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если известно, что:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 42 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 40 руб.;
- стоимость лечения в расчете на 1 больного за один календарный день 40 руб.;
- средняя продолжительность 1 случая временной утраты трудоспособности 15 дней.

Задача № 5

На предприятии работают 5000 человек.

Заболеваемость за прошлый год составила 250%, в этом году снизилась до 150%. Это произошло в результате проведения профилактических мероприятий за счет дополнительных затрат на сумму 50000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если известно, что:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 55 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 50 руб.;
- стоимость лечения в расчете на 1 больного за один календарный день 50 руб.;
- средняя продолжительность 1 случая временной утраты трудоспособности 10 дней.

Задача № 6

На предприятии работают 2000 человек.

Заболеваемость за прошлый год составила 175%, в этом году снизилась до 150%. Это произошло в результате проведения профилактических мероприятий за счет дополнительных затрат на сумму 15000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если известно, что:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 50 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 48 руб.;
- стоимость лечения в расчете на 1 больного за один календарный день 40 руб.;
- средняя продолжительность 1 случая временной утраты трудоспособности 12 дней.

Задача № 7

На предприятии работают 3000 человек.

Заболеваемость за прошлый год составила 150%, в этом году снизилась до 120%. Это произошло в результате проведения профилактических мероприятий за счет дополнительных затрат на сумму 20000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если известно, что:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 50 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 35 руб.;
- стоимость лечения в расчете на 1 больного за один календарный день 30 руб.;
- средняя продолжительность 1 случая временной утраты трудоспособности 15 дней.

Задача № 8

На предприятии работают 4000 человек.

Заболеваемость за прошлый год составила 200%, в этом году снизилась до 100%. Это произошло в результате проведения профилактических мероприятий за счет дополнительных затрат на сумму 40000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если известно, что:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 50 руб.;
- средневзвешенный размер выплат по больничному листу 35 руб.;
- стоимость лечения в расчете на 1 больного за один календарный день 30 руб.;
- средняя продолжительность 1 случая временной утраты трудоспособности 15 дней.

Задача № 9

На предприятии работают 3000 человек.

Заболеваемость за прошлый год составила 300%, в этом году снизилась до 280%. Это произошло в результате проведения профилактических мероприятий за счет дополнительных затрат на сумму 20000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если известно, что:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 55 руб.;
- средневзвешенный размер выплат по больничному листу 45 руб.;
- стоимость лечения в расчете на 1 больного за один календарный день 40 руб.;
- средняя продолжительность 1 случая временной утраты трудоспособности 10 дней.

Задача № 10

На предприятии работают 1800 человек.

Заболеваемость за прошлый год составила 250%, в этом году снизилась до 230%. Это произошло в результате проведения профилактических мероприятий за счет дополнительных затрат на сумму 15000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если известно, что:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 50 руб.;
- средневзвешенный размер выплат по больничному листу 45 руб.;
- стоимость лечения в расчете на 1 больного за один календарный день 35 руб.;
- средняя продолжительность 1 случая временной утраты трудоспособности 14 дней.

#

Экономический эффект в результате заболеваемости всего населения рассчитывается по формуле:

$$\text{Э} = ((\text{Д} + \text{Бл}) \times \text{Тр} + \text{Л} \times \text{Тк}) \times \text{А} + \text{Л} \times \text{Тк} \times \text{Б} \quad (\text{формула 1})$$

где:

Э - экономическим эффект;

Д - чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего;

Бл - средневзвешенный размер пособия по временной нетрудоспособности одного

работника;

Л - стоимость лечения одного больного за один день;

Тк - число сэкономленных календарных дней;

Тр - число сэкономленных рабочих дней (Можно принять, что $T_r = 0,75 \times T_k$);

А - численность работающего населения;

Б - численность неработающего населения.

Экономическая эффективность рассчитывается по формуле:

$$ЭЭ = \frac{\text{Экономический эффект}}{\text{Экономические затраты, связанные с медицинской программой}} \quad (\text{формула 2})$$

Решение типовой задачи

В крупном стационаре города в этом году лечилось 10000 человек, в том числе 4000 работающих. Средний срок пребывания в стационаре одного больного сократился за этот год на 4 дня, по сравнению с прошлым годом. Это произошло в результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на сумму 100000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 200 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 150 руб.;
- стоимость лечения с пребыванием в стационаре в расчете на одного больного за один календарный день 100 руб.

Подставляя значения в формулу 1, получили:

$$Э = ((200 + 150) \times 0,75 \times 4 + 100 \times 4) \times 4\,000 + (100 \times 4 \times 6\,000) = 8200\,000 \text{ руб.}$$

Используя формулу 2, находим: $ЭЭ = 8200\,000 / 100\,000 = 82 \text{ руб.}$

ВЫВОД: В результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на каждый вложенный рубль предприятием получена прибыль 82 рубля. Экономический эффект составил 8200000 рублей.

Задачи для самостоятельного решения

Задача № 1

В крупном стационаре города в этом году лечилось 18000 человек, в том числе 12000 работающих. Средний срок пребывания в стационаре одного больного сократился за этот год на 1 день, по сравнению с прошлым годом. Это произошло в результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на сумму 20000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих

затрат, если:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 220 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 80 руб.;
- стоимость лечения с пребыванием в стационаре в расчете на одного больного за один календарный день 150 руб.

Задача № 2

В крупном стационаре города в этом году лечилось 22000 человек, в том числе 18000 работающих. Средний срок пребывания в стационаре одного больного сократился за этот год на 2 дня, по сравнению с прошлым годом. Это произошло в результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на сумму 30000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 250 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 100 руб.;
- стоимость лечения с пребыванием в стационаре в расчете на одного больного за один календарный день 200 руб.

Задача № 3

В крупном стационаре города в этом году лечилось 21250 человек, в том числе 17000 работающих. Средний срок пребывания в стационаре одного больного сократился за этот год на 3 дня, по сравнению с прошлым годом. Это произошло в результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на сумму 34000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 220 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 100 руб.;
- стоимость лечения с пребыванием в стационаре в расчете на одного больного за один календарный день 200 руб.

Задача № 4

В крупном стационаре города в этом году лечилось 18500 человек, в том числе 13000 работающих. Средний срок пребывания в стационаре одного больного сократился за этот год на 4 дня, по сравнению с прошлым годом. Это произошло в результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на сумму 51900 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 220 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 90 руб.;
- стоимость лечения с пребыванием в стационаре в расчете на одного больного за один календарный день 150 руб.

Задача № 5

В крупном стационаре города в этом году лечилось 20000 человек, в том числе 16000 работающих. Средний срок пребывания в стационаре одного больного сократился за этот год на 1 день, по сравнению с прошлым годом. Это произошло в результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на сумму 20000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 220 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 100 руб.;
- стоимость лечения с пребыванием в стационаре в расчете на одного больного за один календарный день 200 руб.

Задача № 6

В крупном стационаре города в этом году лечилось 21500 человек, в том числе 18000 работающих. Средний срок пребывания в стационаре одного больного сократился за этот год на 1 день, по сравнению с прошлым годом. Это произошло в результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на сумму 22000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 240 руб.;
- среднедневной размер выплат по больничному листу 120 руб.;
- стоимость лечения с пребыванием в стационаре в расчете на одного больного за один календарный день 150 руб.

Задача № 7

В крупном стационаре города в этом году лечилось 21750 человек, в том числе 14000 работающих. Средний срок пребывания в стационаре одного больного сократился за этот год на 3 дня, по сравнению с прошлым годом. Это произошло в результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на сумму 38000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного

работающего, составила в среднем 220 руб.;

- средневзвешенный размер выплат по больничному листу 80 руб.;

- стоимость лечения с пребыванием в стационаре в расчете на одного больного за один календарный день 150 руб.

Задача № 8

В крупном стационаре города в этом году лечилось 22000 человек, в том числе 11000 работающих. Средний срок пребывания в стационаре одного больного сократился за этот год на 2 дня, по сравнению с прошлым годом. Это произошло в результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на сумму 28000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 220 руб.;

- средневзвешенный размер выплат по больничному листу 100 руб.;

- стоимость лечения с пребыванием в стационаре в расчете на одного больного за один календарный день 150 руб.

Задача № 9

В крупном стационаре города в этом году лечилось 19000 человек, в том числе 10000 работающих. Средний срок пребывания в стационаре одного больного сократился за этот год на 2 дня, по сравнению с прошлым годом. Это произошло в результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на сумму 12000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 200 руб.;

- средневзвешенный размер выплат по больничному листу 80 руб.;

- стоимость лечения с пребыванием в стационаре в расчете на одного больного за один календарный день 150 руб.

Задача № 10

В крупном стационаре города в этом году лечилось 21500 человек, в том числе 16000 работающих. Средний срок пребывания в стационаре одного больного сократился за этот год на 3 дня, по сравнению с прошлым годом. Это произошло в результате улучшения диагностического процесса за счет дополнительных затрат на сумму 30000 руб.

Какова экономическая эффективность и экономический эффект этих затрат, если:

- чистая продукция, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего, составила в среднем 280 руб.;

- среднесуточный размер выплат по больничному листу 180 руб.;
- стоимость лечения с пребыванием в стационаре в расчете на одного больного за один календарный день 150 руб.

Контрольные вопросы

1. Что такое эффективность в здравоохранении?
2. Какие Вы знаете виды эффективности в здравоохранении?
3. Что такое медицинская эффективность?
4. Что такое социальная эффективность?
5. Что такое экономическая эффективность?
6. Какие Вы знаете виды экономического ущерба?
7. Что такое прямой экономический ущерб?
8. Что такое косвенный экономический ущерб?
9. Какова методика расчета экономического ущерба у работающего и неработающего населения?
10. Какова методика расчета экономического эффекта и экономической эффективности?

Тема № 6

Основы финансирования здравоохранения. Оплата труда в здравоохранении.

Обеспечение системы здравоохранения необходимыми финансовыми ресурсами для оказания населению качественной и доступной медицинской помощи остается ключевой проблемой политики государства в области охраны здоровья граждан.

Финансовая система – совокупность законов, правил, норм, регулирующих финансовую деятельность и финансовые отношения государства. Финансовая система включает в себя: финансы предприятий, организаций, отраслей; бюджетную, кредитно-банковскую, страховую системы, а также фондовый рынок.

Финансирование – обеспечение физического или юридического лица финансовыми средствами для безвозвратного расходования на определенные цели: медицинские, хозяйственные, бытовые, управленческие и др.

В настоящее время в системе здравоохранения Российской Федерации действуют две экономические формы оказания гражданам медицинской помощи. Первая – **бесплатная**, за счет средств бюджетов всех уровней, обязательного медицинского страхования и других поступлений. Вторая – **платная**, за счет средств граждан, предприятий и других источников.

Основные источники финансирования:

- средства бюджетов всех уровней;
- средства ОМС;
- средства государственных внебюджетных фондов и целевых бюджетных фондов;
- средства ДМС;
- доходы организаций от предпринимательской деятельности;
- добровольные взносы и пожертвования
- и другие не запрещенные законом поступления

В соответствии с новым законом о совершенствовании правового положения и реформе финансирования государственных и муниципальных учреждений все государственные и муниципальные учреждения будут разделены на три типа: казенные, автономные, бюджетные. Установлен срок переходного периода для вступления в силу положений закона - с 1 января 2011г. до 1 июля 2012г.

Казенные учреждения - государственные (муниципальные) учреждения нового типа, которые будут перечислять все доходы, полученные от приносящей доход деятельности, в бюджет. При этом казенное учреждение будет отвечать по своим обязательствам только находящимися в его распоряжении денежными средствами, полученными в рамках сметного финансирования. При недостаточности указанных денежных средств субсидиарную ответственность по обязательствам такого учреждения несет собственник его имущества.

Перечень казенных учреждений будет ограничен.

В их число войдут:

- разнообразные военные ведомства,
- следственные изоляторы,
- исправительные учреждения,
- психиатрические больницы,
- лепрозории
- и т.д.

Большинство организаций здравоохранения являются *бюджетными учреждениями*, то есть государственными (муниципальными) учреждениями, финансовое обеспечение которых, в том числе по оказанию государственных (муниципальных) заданий, осуществляется за счет средств соответствующих бюджетов. Особенностью большинства бюджетных организаций здравоохранения является то, что они финансируются как непосредственно из бюджета собственника (РФ, субъекта РФ, муниципального образования), так и за счет бюджетов государственных внебюджетных фондов (Федерального и территориального фондов ОМС, Фонда социального страхования РФ, Пенсионного фонда РФ).

Важным источником финансирования здравоохранения являются средства обязательного медицинского страхования (ОМС) и добровольного медицинского страхования (ДМС).

Определенную роль в финансировании здравоохранения играет **Фонд**

социального страхования РФ – специализированное финансово-кредитное учреждение при Правительстве РФ. Основными задачами Фонда социального страхования являются обеспечение гарантированных государством пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам, по уходу за ребенком, санаторно-курортному лечению, реализации государственных программ охраны здоровья работающих, национального проекта «Здоровье» и др.

Финансовый контроль - контроль за целевым использованием финансовых средств системы здравоохранения, а также за соблюдением действующего финансового законодательства.

Оплата труда – главный источник формирования денежных доходов работника. Работодатель обязан компенсировать затраты умственного и физического труда работающего путем денежной выплаты в виде заработной платы.

Две главные составляющие, которые определяют размер заработной платы работников здравоохранения: первая – форма оплаты труда, вторая – общая сумма денежных средств, которыми располагает организация здравоохранения для оплаты труда своих работников.

Фонд оплаты труда – суммарные денежные средства организации здравоохранения, израсходованные в течение определенного периода времени на заработную плату, премиальные выплаты, доплаты работникам, а также компенсирующие выплаты.

Основными формами оплаты труда медицинских работников являются:

- повременная;
- сдельная;
- контрактная.

При **повременных формах** оплата производится за определенное количество отработанного времени независимо от объема выполненной работы.

Сдельная форма оплаты труда основывается на установлении заработной платы в зависимости от объема выполненной работы за определенный период времени (чаще – за месяц).

Контрактная форма оплаты труда позволяет достаточно объективно учесть объем и качество выполненной работы. В настоящее время данная форма является наиболее прогрессивной.

С 1 декабря 2008 г. осуществлен переход на новую систему оплаты труда работников бюджетной сферы, в том числе здравоохранения. Эта система оплаты труда предусматривает следующие составляющие, которые должны учитываться при исчислении заработной платы конкретного медицинского работника:

- базовый должностной оклад;
- компенсационные выплаты;
- стимулирующие выплаты.

Базовый должностной оклад (базовая ставка заработной платы) – минимальный должностной оклад работника государственного или муниципального учреждения, входящего в соответствующую профессиональную ква-

лификационную группу, без учета компенсационных, стимулирующих и социальных выплат.

Компенсационные выплаты – доплаты и надбавки компенсационного характера, в том числе за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных (например, за работу в особых климатических условиях и на территориях, подвергшихся радиоактивному загрязнению).

Стимулирующие выплаты – доплаты и надбавки стимулирующего характера, премии и иные поощрительные выплаты (например, выплаты за интенсивность и высокие результаты работы, за качество выполняемых работ, за стаж непрерывной работы, выслугу лет, премиальные выплаты)

Экономический анализ деятельности ЛПУ проводится по следующим основным направлениям:

- использование основных фондов;
- использование коечного фонда;
- использование медицинской техники;
- использование персонала;
- анализ финансовых расходов.

Решение типовой задачи

Задача. В районной больнице на 250 коек:

- фактические расходы денежных средств составили 520000 руб. в год, при средней занятости койки в 320 дней;
- плановые расходы по стационару составляют 540000 руб.;
- плановая занятость койки – 340 дней;
- оборот койки по плану – 20, фактически – 20.

Рассчитать:

1. Плановые и фактические стоимостные показатели.
2. Экономические потери в результате простоя коек.

Алгоритм расчета:

1. Рассчитать стоимость содержания больничной койки фактическую и по плану.

Стоимость содержания больничной койки в год (Ск)

C_k	=	$\frac{\text{Сумма расходов}}{\text{Число коек}}$
-------	---	---

$$C_k (\text{по плану}) = 540000/250 = 2160 \text{ руб.}$$

$$C_k (\text{фактическая}) = 520000/250 = 2080 \text{ руб.}$$

2. Рассчитать стоимость одного койко-дня фактическую и по плану.

Стоимость одного койко-дня (Ск/д)

$$\text{Ск/д} = \frac{\text{Сумма расходов}}{\text{Число коек} \times \text{длительность работы койки в год}}$$

или

$$\text{Ск/д} = \frac{\text{Ск}}{\text{Длительность работы койки}}$$

$$\text{Ск/д (по плану)} = 540000/250 \times 340 = 6,35 \text{ руб.}$$

$$\text{или} = 2160/340 = 6,35 \text{ руб.}$$

$$\text{Ск/д (фактическая)} = 520000/250 \times 320 = 6,5 \text{ руб.}$$

$$\text{или} = 2080/320 = 6,5 \text{ руб.}$$

3. Рассчитать стоимость лечения одного больного фактическую и по плану (для данного действия необходимо определить длительность лечения больного используя «оборот койки»).

$$\text{Длительность лечения} = \frac{\text{Число дней работы койки в году}}{\text{Оборот койки}}$$

Стоимость содержания одного больного за время его пребывания в стационаре (Сл – стоимость лечения)

$$\text{Сл} = \text{Ск/д} \times \text{длительность лечения больного}$$

$$\text{Длительность лечения (по плану)} = 340/20 = 17 \text{ дней.}$$

$$\text{Сл (по плану)} = 6,35 \times 17 = 107,95 \text{ руб.}$$

$$\text{Длительность лечения (фактическая)} = 320/20 = 16 \text{ дней.}$$

$$\text{Сл (фактическая)} = 6,5 \times 16 = 104 \text{ руб.}$$

4. Рассчитать экономические потери в результате простоя коек за год.

Экономические потери от простоя коек в лечебных учреждениях

$$\text{П} = \left(\frac{\text{Рф}}{\text{КДф}} - \frac{\text{Рп}}{\text{КДп}} \right) \times \text{КДф}$$

П – экономические потери за год (руб.);

Рф – фактические расходы на содержание больничных коек в год;

Рп – плановые расходы на содержание больничных коек в год;

Кдф – фактическое число проведенных койко-дней;

КДп – плановое число койко-дней.

$$П = (520000/320 - 540000/340) \times 320 = (1625 - 1588) \times 320 = 11840 \text{ руб.}$$

ВЫВОД:

Стоимость койки		Стоимость 1 койко-дня		Стоимость лечения	
Фактическая	По плану	Фактическая	По плану	Фактиче- ская	По плану
2080	2160	6,5	6,35	104	107,95

Экономические потери в результате простоя коек за год составили 11840 рублей.

Задачи для самостоятельного решения

Задача № 1

В районной больнице на 100 коек:

- фактические расходы денежных средств составили 280600 руб. в год, при средней занятости койки в 250 дней;

- плановые расходы по стационару составляют 290200 руб.;

- плановая занятость койки – 290 дней;

- оборот койки по плану – 19, фактически – 17.

Рассчитать: Плановые и фактические стоимостные показатели. Экономические потери в результате простоя коек.

Задача № 2

В районной больнице на 300 коек:

- фактические расходы денежных средств составили 810000 руб. в год, при средней занятости койки в 330 дней;

- плановые расходы по стационару составляют 828000 руб.;

- плановая занятость койки – 340 дней;

- оборот койки по плану – 22, фактически – 22.

Рассчитать: Плановые и фактические стоимостные показатели. Экономические потери в результате простоя коек.

Задача № 3

В районной больнице на 600 коек:

- фактические расходы денежных средств составили 1680000 руб. в год, при средней занятости койки в 340 дней;

- плановые расходы по стационару составляют 1700000 руб.;

- плановая занятость койки – 350 дней;

- оборот койки по плану – 21, фактически – 18,5.

Рассчитать: Плановые и фактические стоимостные показатели. Экономические

ческие потери в результате простоя коек.

Задача № 4

В районной больнице на 500 коек:

- фактические расходы денежных средств составили 900000 руб. в год, при средней занятости койки в 290 дней;
- плановые расходы по стационару составляют 922000 руб.;
- плановая занятость койки – 310 дней;
- оборот койки по плану – 20, фактически – 22.

Рассчитать: Плановые и фактические стоимостные показатели. Экономические потери в результате простоя коек.

Задача № 5

В районной больнице на 300 коек:

- фактические расходы денежных средств составили 840000 руб. в год, при средней занятости койки в 300 дней;
- плановые расходы по стационару составляют 880000 руб.;
- плановая занятость койки – 320 дней;
- оборот койки по плану – 20, фактически – 24.

Рассчитать: Плановые и фактические стоимостные показатели. Экономические потери в результате простоя коек.

Задача № 6

В районной больнице на 100 коек:

- фактические расходы денежных средств составили 280400 руб. в год, при средней занятости койки в 250 дней;
- плановые расходы по стационару составляют 290000 руб.;
- плановая занятость койки – 290 дней;
- оборот койки по плану – 17, фактически – 19.

Рассчитать: Плановые и фактические стоимостные показатели. Экономические потери в результате простоя коек.

Задача № 7

В районной больнице на 250 коек:

- фактические расходы денежных средств составили 522000 руб. в год, при средней занятости койки в 310 дней;
- плановые расходы по стационару составляют 540000 руб.;
- плановая занятость койки – 340 дней;
- оборот койки по плану – 20, фактически – 24.

Рассчитать: Плановые и фактические стоимостные показатели. Экономические потери в результате простоя коек.

Задача № 8

В районной больнице на 300 коек:

- фактические расходы денежных средств составили 840000 руб. в год, при средней занятости койки в 320 дней;
- плановые расходы по стационару составляют 813600 руб.;
- плановая занятость койки – 360 дней;
- оборот койки по плану – 18, фактически – 20.

Рассчитать: Плановые и фактические стоимостные показатели. Экономические потери в результате простоя коек.

Задача № 9

В районной больнице на 200 коек:

- фактические расходы денежных средств составили 590000 руб. в год, при средней занятости койки в 330 дней;
- плановые расходы по стационару составляют 606800 руб.;
- плановая занятость койки – 340 дней;
- оборот койки по плану – 21, фактически – 18,5.

Рассчитать: Плановые и фактические стоимостные показатели. Экономические потери в результате простоя коек.

Задача № 10

В районной больнице на 350 коек:

- фактические расходы денежных средств составили 1092000 руб. в год, при средней занятости койки в 380 дней;
- плановые расходы по стационару составляют 1000000 руб.;
- плановая занятость койки – 390 дней;
- оборот койки по плану – 25, фактически – 27.

Рассчитать: Плановые и фактические стоимостные показатели. Экономические потери в результате простоя коек.

Контрольные вопросы

1. Что такое финансовая система?
2. Что такое финансирование?
3. Что является источниками финансирования здравоохранения?
4. На какие типы будут разделены все государственные и муниципальные учреждения?
5. Что такое фонд оплаты труда?
6. Какие существуют формы оплаты труда медицинских работников?
7. Какие составляющие учитываются при исчислении заработной платы медицинского работника?

8. Каковы основные направления экономического анализа деятельности ЛПУ?

Тема № 7 Планирование в здравоохранении

Планирование в здравоохранении – это процесс определения необходимых ресурсов и механизма эффективного их использования для решения задач повышения качества и доступности медицинской помощи, достижения конкретных показателей здоровья населения. Планирование в системе здравоохранения Российской Федерации должно строиться на единых принципах и методических подходах, имея главной целью реализацию конституционных прав граждан на охрану здоровья.

На современном этапе основными **принципами планирования** в здравоохранении являются:

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

Системный подход. Сущность его состоит в том, что каждый объект, согласно теории управления, должен рассматриваться как большая и сложная система и, одновременно, как элемент более общей системы. Системный подход в управлении здравоохранением – это подход, при котором система здравоохранения рассматривается как совокупность взаимосвязанных элементов (входящих в нее организаций здравоохранения), имеющая вход (ресурсы), выход (цель), взаимосвязь с внешней средой (коммуникации).

Сочетание отраслевого и территориального планирования. Суть этого принципа состоит в том, что план развития здравоохранения (как отрасли) является частью общего плана социально-экономического развития субъекта РФ, муниципальных образований.

Выделение приоритетных направлений. Принцип является особенно значимым для разработки планов в условиях ограниченных ресурсов, так как предполагает необходимость концентрации имеющихся ресурсов в приоритетных направлениях для достижения конкретных результатов. Реализация этого принципа позволяет достигать максимальных результатов с наименьшими затратами.

Директивность планов. Принцип предполагает, что план, утвержденный

на вышестоящем уровне, по своим основным показателям является обязательным для исполнения на нижестоящих уровнях управления. В то же время этот план является базовым (рамочным), поэтому не исключает возможность внесения в него необходимых коррективов и дополнений с учетом региональных особенностей здоровья населения и системы здравоохранения.

Единство методических подходов к планированию на всех уровнях управления системой здравоохранения. Принцип реализуется, прежде всего, в разработке единых методических подходов для установления нормативов материальных, финансовых, трудовых ресурсов для возмещения затрат на оказание тех или иных видов медицинской помощи с учетом региональных особенностей здоровья населения и функционирующей системы здравоохранения.

Обеспечение сбалансированности в развитии всех секторов здравоохранения: государственного, муниципального, частного. Принцип действует в условиях формирования рыночных отношений в здравоохранении. С одной стороны, органы управления здравоохранением при разработке планов должны, в первую очередь, предусматривать развитие государственного и муниципального секторов здравоохранения для обеспечения населения бесплатной медицинской помощью. С другой стороны, – в рамках законодательства, регламентирующего лицензирование медицинской деятельности, создавать условия для формирования частного сектора здравоохранения

С учетом политической и социально-экономической ситуации в стране, приоритетов и поставленных задач в области охраны здоровья населения выделяют следующие **виды планирования в здравоохранении:**

- стратегическое;
- перспективное;
- текущее.

Стратегическое планирование определяет цели, задачи, приоритеты, ресурсы, прогнозируемые результаты деятельности системы здравоохранения в целом и отдельных медицинских организаций на перспективу 10 и более лет. Стратегическое планирование осуществляется на двух уровнях управления: федеральном и субъекта Российской Федерации.

Перспективное планирование предусматривает разработку планов и программ развития здравоохранения субъектов РФ и муниципальных образований в рамках утвержденных стратегических планов, как правило, на 3-5 лет. Методология составления этих планов и программ в здравоохранении муниципальных образований должна в целом соответствовать подходам перспективного планирования на уровне субъекта Российской Федерации, но при этом учитывать имеющиеся особенности социально-экономического развития муниципальных районов и городских округов.

Текущее планирование предусматривает разработку ежегодных планов и программ деятельности системы здравоохранения субъектов РФ, муниципальных образований и конкретных организаций здравоохранения в соответствии с перспективными планами и программами, утвержденными на уровне

субъекта РФ и муниципального образования.

В теории управления здравоохранением используются многие **методы планирования**: аналитический, нормативный, балансовый, экономико-математический, организационного эксперимента и др. В практическом здравоохранении в основном применяют следующие три метода: аналитический, нормативный и балансовый.

Аналитический метод – планирование на основании изучения показателей здоровья населения и результатов деятельности медицинских учреждений (показатели медико-демографических процессов, заболеваемости, инвалидности, физического здоровья, показатели обеспеченности кадрами, объемов амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, нагрузки медицинского персонала, качества медицинской помощи и др.).

Аналитический метод используется для оценки исходного и достигнутого уровней при составлении плана и анализе его выполнения. С помощью аналитического метода рассчитываются необходимые объемы амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, обеспеченность населения медицинскими кадрами, нагрузка медицинского персонала и др.

При планировании стационарной помощи сначала формируется сеть больничных учреждений, а затем рассчитываются кадры. За основу норматива при определении потребности населения в стационарной помощи аналитическим методом принято брать уровень госпитализации на 1000 жителей.

Потребность населения в стационарной помощи в целом и по отдельным специальностям определяется по формуле И.И. Розенфельда:

$$K = \frac{H \times P \times \Pi}{D \times 1000}$$

где: К – необходимое число коек; Н – численность населения; Р – уровень госпитализации; П – среднее число дней пребывания больного на койке; Д – среднее число дней работы койки в году.

В зависимости от числа специализированных коек в районе формируется сеть стационарных учреждений. На основании действующих штатных нормативов рассчитывается необходимое число должностей различных групп персонала для стационаров.

Нормативный метод используется в стратегическом, перспективном и текущем планировании на основе утвержденных нормативов.

Норматив – расчетная величина затрат материальных, финансовых, временных и других ресурсов, применяемая при нормировании труда, планировании производственной и хозяйственной деятельности.

Нормативы разрабатываются и утверждаются МЗ и СР РФ или другими уполномоченными органами исполнительной власти.

Балансовый метод является одним из основных методов планирования в здравоохранении и позволяет увязывать потребности населения в тех или

иных видах медицинской помощи с их ресурсным обеспечением. С помощью балансового метода вскрываются диспропорции в развитии отдельных видов медицинской помощи.

В практике планирования здравоохранения используют следующие системы балансов: натуральные (материальные), стоимостные (денежные), трудовые (кадровые), межотраслевые (например, баланс потребности в работниках здравоохранения и возможностью их подготовки в системе медицинского образования).

При построении территориального плана здравоохранения всегда следует учитывать местные условия и особенности, которые могут значительно изменить нормативы обеспечения потребности населения в медицинской помощи, построенные на общих закономерностях.

Решение типовой задачи

Задача. В городе А. с населением 325 тыс. человек в новом микрорайоне строится новая стоматологическая поликлиника для взрослого населения. Предполагается, что в микрорайоне будет проживать 60 тыс. человек взрослого населения. Используя рекомендованные нормативы (см. тему №1), рассчитайте потребность во врачах-стоматологах для данной поликлиники.

Решение.

1. В соответствии с нормативами в городах с населением более 25 тыс. человек должности врачей-стоматологов и врачей-стоматологов-хирургов устанавливаются из расчета 4 должности (суммарно) на 10 тыс. взрослого населения. Следовательно, в данном микрорайоне потребность во врачах-стоматологах и стоматологов-хирургов составит:

на 10 тыс. населения – 4 должности

на 60 тыс. населения – X должностей

$$X = (60000 \times 4) : 10000 = 24 \text{ должности}$$

2. На каждые 12 должностей врачей-стоматологов и врачей-стоматологов-хирургов устанавливают должность заведующего отделением.

Следовательно, в поликлинике будут организованы два отделения ($24:12=2$). На каждое отделение будет выделена ставка заведующего.

3. На 10 тыс. взрослого населения выделяется 1,0 должность врача-стоматолога-ортопеда. Следовательно, на поликлинику будет выделено 6 ставок врачей-стоматологов-ортопедов.

4. Если в штате поликлиники имеется не менее 4-х ставок врачей-стоматологов-ортопедов, то организуется ортопедическое отделение с выделением 1 ставки заведующего. Следовательно, в данной поликлинике будет организовано ортопедическое отделение с выделением 1 ставки заведующего.

Таким образом, для оказания стоматологической помощи взрослому населению в данной поликлинике необходимо выделить 24 должности врачей-стоматологов и врачей-стоматологов-хирургов и 6 должностей врачей-

стоматологов-ортопедов. Необходимо организовать терапевтическое, хирургическое и ортопедическое отделения с выделением должностей заведующих.

Задачи для самостоятельного решения

Задача № 1

В городе Н. с населением 490 тыс. человек в новом микрорайоне строится новая стоматологическая поликлиника для взрослого населения. Предполагается, что в микрорайоне будет проживать 56 тыс. человек взрослого населения. Используя рекомендованные нормативы (см. тему №1), рассчитайте потребность во врачах-стоматологах для данной поликлиники.

Задача № 2

В городе П. с населением 450 тыс. человек в новом микрорайоне строится новая стоматологическая поликлиника для взрослого населения. Предполагается, что в микрорайоне будет проживать 50 тыс. человек взрослого населения. Используя рекомендованные нормативы (см. тему №1), рассчитайте потребность во врачах-стоматологах для данной поликлиники.

Задача № 3

В городе Ж. с населением 425 тыс. человек в новом микрорайоне строится новая стоматологическая поликлиника для взрослого населения. Предполагается, что в микрорайоне будет проживать 69 тыс. человек взрослого населения. Используя рекомендованные нормативы (см. тему №1), рассчитайте потребность во врачах-стоматологах для данной поликлиники.

Задача № 4

В городе Л. с населением 165 тыс. человек в новом микрорайоне строится новая стоматологическая поликлиника для взрослого населения. Предполагается, что в микрорайоне будет проживать 12,1 тыс. человек взрослого населения. Используя рекомендованные нормативы (см. тему №1), рассчитайте потребность во врачах-стоматологах для данной поликлиники.

Задача № 5

В городе И. с населением 502 тыс. человек в новом микрорайоне строится новая стоматологическая поликлиника для взрослого населения. Предполагается, что в микрорайоне будет проживать 47,8 тыс. человек взрослого населения. Используя рекомендованные нормативы (см. тему №1), рассчитайте потребность во врачах-стоматологах для данной поликлиники.

Задача № 6

В городе Б. с населением 254,5 тыс. человек в новом микрорайоне строится новая стоматологическая поликлиника для взрослого населения. Предполагается, что в микрорайоне будет проживать 31,2 тыс. человек взрослого населения. Используя рекомендованные нормативы (см. тему №1), рассчитайте потребность во врачах-стоматологах для данной поликлиники.

Задача № 7

В городе Т. с населением 289 тыс. человек в новом микрорайоне строится новая стоматологическая поликлиника для взрослого населения. Предполагается, что в микрорайоне будет проживать 45,5 тыс. человек взрослого населения. Используя рекомендованные нормативы (см. тему №1), рассчитайте потребность во врачах-стоматологах для данной поликлиники.

Задача № 8

В городе М. с населением 401 тыс. человек в новом микрорайоне строится новая стоматологическая поликлиника для взрослого населения. Предполагается, что в микрорайоне будет проживать 58 тыс. человек взрослого населения. Используя рекомендованные нормативы (см. тему №1), рассчитайте потребность во врачах-стоматологах для данной поликлиники.

Задача № 9

В городе Д. с населением 277 тыс. человек в новом микрорайоне строится новая стоматологическая поликлиника для взрослого населения. Предполагается, что в микрорайоне будет проживать 30,2 тыс. человек взрослого населения. Используя рекомендованные нормативы (см. тему №1), рассчитайте потребность во врачах-стоматологах для данной поликлиники.

Задача № 10

В городе В. с населением 554 тыс. человек в новом микрорайоне строится новая стоматологическая поликлиника для взрослого населения. Предполагается, что в микрорайоне будет проживать 48,9 тыс. человек взрослого населения. Используя рекомендованные нормативы (см. тему №1), рассчитайте потребность во врачах-стоматологах для данной поликлиники.

Методика расчета потребности населения в стационарной стоматологической помощи

Для расчета потребности населения в стационарной стоматологической помощи используются следующие ныне действующие нормативы: ожидаемое число госпитализаций (на 1000) – 8,23; среднее число дней пребывания на койке – 15,5; планируемый оборот койки – 19-25; число коек стоматологического профиля – 0,17. В зависимости от числа специализированных коек в районе формируется сеть стационарных учреждений. На основании действующих рекомендованных штатных нормативов рассчитывается необходимое

число должностей различных групп персонала для больниц.

Решение типовой задачи

Задача. В городе N проживает 700 тыс. человек. Рассчитать аналитическим и нормативным методами потребность населения в стационарной стоматологической помощи, если известно, что средняя занятость койки составляет 340 дней в году.

1. Для расчета потребности аналитическим методом, используем формулу И.И. Розенфельда:

$$K = \frac{N \times P \times \Pi}{D \times 1000}$$

подставляя значения, получаем:

$$K = \frac{700000 \times 8,23 \times 15,5}{340 \times 1000} = 262 \text{ койки}$$

2. Расчет нормативным методом:

на 1000 человек населения требуется -0,17 коек

на 700000 человек – X

$$X = (700000 \times 0,17) : 1000 = 119 \text{ коек.}$$

Таким образом, при расчете нормативным методом потребность населения в койках стоматологического профиля составила 119 коек, а аналитическим методом – 262 койки. Следовательно, при расчете потребности в стационарной помощи нормативный метод может давать значительную погрешность, так как не учитывает местные условия, которые могут существенно различаться (потребность в госпитализации, структуру госпитализированной заболеваемости, влияющую на продолжительность пребывания на койке, внедрение новых медицинских технологий, позволяющих сократить срок лечения больных и т.п.). Аналитический метод позволяет получить результаты характерные для данного конкретного региона.

Задачи для самостоятельного решения

Задача № 1

В городе Н. проживает 555 тыс. человек. Рассчитать аналитическим и нормативным методами потребность населения в стационарной стоматологической помощи, если известно, что средняя занятость койки составляет 330 дней в году.

Задача № 2

В городе А. проживает 498 тыс. человек. Рассчитать аналитическим и нормативным методами потребность населения в стационарной стоматологической помощи, если известно, что средняя занятость койки составляет 340 дней в году.

Задача № 3

В городе П. проживает 381 тыс. человек. Рассчитать аналитическим и нормативным методами потребность населения в стационарной стоматологической помощи, если известно, что средняя занятость койки составляет 330 дней в году.

Задача № 4

В городе Ж. проживает 122,9 тыс. человек. Рассчитать аналитическим и нормативным методами потребность населения в стационарной стоматологической помощи, если известно, что средняя занятость койки составляет 340 дней в году.

Задача № 5

В городе К. проживает 908 тыс. человек. Рассчитать аналитическим и нормативным методами потребность населения в стационарной стоматологической помощи, если известно, что средняя занятость койки составляет 340 дней в году.

Задача № 6

В городе Т. проживает 637 тыс. человек. Рассчитать аналитическим и нормативным методами потребность населения в стационарной стоматологической помощи, если известно, что средняя занятость койки составляет 330 дней в году.

Задача № 7

В городе Е. проживает 878 тыс. человек. Рассчитать аналитическим и нормативным методами потребность населения в стационарной стоматологической помощи, если известно, что средняя занятость койки составляет 340 дней в году.

Задача № 8

В городе Д. проживает 913 тыс. человек. Рассчитать аналитическим и нормативным методами потребность населения в стационарной стоматологической помощи, если известно, что средняя занятость койки составляет 330 дней в году.

Задача № 9

В городе В. проживает 586 тыс. человек. Рассчитать аналитическим и нормативным методами потребность населения в стационарной стоматологической помощи, если известно, что средняя занятость койки составляет 340 дней в году.

Задача № 10

В городе Н. проживает 306 тыс. человек. Рассчитать аналитическим и нормативным методами потребность населения в стационарной стоматологической помощи, если известно, что средняя занятость койки составляет 330 дней в году.

Контрольные вопросы

1. Что такое планирование здравоохранения?

2. Какие основные принципы планирования здравоохранения Вы знаете?
3. Какие виды планирования в здравоохранении Вам известны?
4. Какие методы планирования здравоохранения применяются наиболее часто?

Рекомендуемая литература

1. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 608 с.
2. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М.: Професионал, 2009. – 432 с.
3. Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. – В 3-х ч. / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М.: Медицина, 2003. – Ч. 1. - 368 с.; Ч. 2. – 456 с.; Ч. 3. – 392 с.

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ



001 234 567 891

первичный продолжение листка нетрудоспособности № _____
 дубликат

 (наименование медицинской организации)

 (адрес медицинской организации)

Дата выдачи ____ - ____ - ____ (ОГРН)

Ф _____

И _____

О _____

Печать
 медицинской
 организации

 (Дата рождения) м ж Причина нетрудоспособности код _____ доп код _____ ком изм. _____

 (место работы-наименование организации) Основное По совместительству № _____ Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости

 дата 1 _____ дата 2 _____ № путевки _____ ОГРН санатория или клиники НИИ _____

по уходу: _____
 возраст (лет/мес.) _____ родственная связь _____ ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход _____

Поставлена на учёт в ранние сроки беременности (до 12 недель) да нет

Отметки о нарушении режима Дата ____ - ____ - ____ Подпись врача: _____

Находился в стационаре: с ____ - ____ - ____ по ____ - ____ - ____

Дата направления в бюро МСЭ: ____ - ____ - ____

Дата регистрации документов в бюро МСЭ: ____ - ____ - ____ Установлена/изменена группа инвалидности

Освидетельствован в бюро МСЭ: ____ - ____ - ____ Подпись руководителя бюро МСЭ: _____

Печать
 учреждения
 медико-
 социальной
 экспертизы

ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ

С какого числа	По какое число	Должность врача	Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер	Подпись врача
____ - ____ - ____	____ - ____ - ____	_____	_____	_____
____ - ____ - ____	____ - ____ - ____	_____	_____	_____
____ - ____ - ____	____ - ____ - ____	_____	_____	_____

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ с ____ - ____ - ____ Иное: ____ - ____ - ____

Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № _____ Подпись врача: _____

Печать
 медицинской
 организации

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ

 (место работы-наименование организации) Основное По совместительству

Регистрационный № _____ / _____ Код подчинённости _____

ИНН нетрудоспособного (при наличии) _____ СНИЛС _____ - _____ - _____

Условия исчисления _____ Акт формы Н-1 от ____ - ____ - ____ в т. ч. нестраховые периоды: ____ лет ____ мес.

Дата начала работы ____ - ____ - ____ Страховой стаж: ____ лет ____ мес.

Причитается пособие за период: с ____ - ____ - ____ по ____ - ____ - ____

Средний заработок для исчисления пособия: _____ р ____ к. Средний дневной заработок _____ р ____ к.

Сумма пособия: за счет средств работодателя _____ р ____ к. за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации _____ р ____ к. Итого начислено _____ р ____ к.

Фамилия и инициалы руководителя: _____ Подпись _____

Фамилия и инициалы гл. бухгалтера: _____ Подпись _____

Печать
 работодателя

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

000000000

первичный продолжение листка нетрудоспособности № _____
 дубликат



001 234 567 891

заполняется врачом и остается в медицинской организации

Ф _____

И _____

О _____

 (фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

 (место работы-наименование организации)

Основное По совместительству № _____

 (фамилия, инициалы врача)

№ истории болезни _____

Дата выдачи ____ - ____ - ____

расписка получателя _____