

**Организационно-
методическая работа
В
центральной районной
больнице**

Новосибирск, 2008

**Департамент здравоохранения Новосибирской области
ОГУЗ «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»
Новосибирский государственный медицинский университет**

**Организационно-
методическая работа
В
центральной районной
больнице**

Методические рекомендации

Новосибирск, 2008

УДК 614.2
ББК 51
О 27

Организационно-методическая работа в центральной районной больнице / В.М.Чернышев, В.В.Степанов, И.А.Цыцорина, Л.С.Шалыгина, В.И.Крокус. – Новосибирск. – 2007. – 150 с.

В методических рекомендациях кратко изложен порядок и объем работы, который выполняет одно из важнейших структурных подразделений центральной районной больницы – организационно-методический кабинет. Приведены положения об ОМК, больничных комиссиях (КИЛИ, ЛКК и др.), должностные инструкции на сотрудников кабинета и образцы некоторых документов.

Рекомендации могут быть использованы работниками областных учреждений, оказывающих организационно - методическую помощь центральным районным больницам, а также руководителями здравоохранения муниципального уровня, в том числе главными врачами ЦРБ. Могут применяться в организации педагогического процесса при подготовке организаторов здравоохранения и повышении квалификации руководящих кадров, прежде всего специалистов по организационно - методической работе.

@ - ОГУЗ «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

Содержание

1. Введение.....	6
2. Планирование деятельности здравоохранения района.....	9
2.1. Анализ деятельности структурных подразделений ЦРБ и ЛПУ района.....	10
2.2. Стратегическое планирование в здравоохранении	12
2.3. Текущее планирование деятельности здравоохранения района.....	16
3. Организация выездной медицинской помощи жителям сельских районов	23
4. Работа по повышению квалификации медицинских работников	25
5. Гигиеническое обучение и воспитание населения	26
6. Организация работы совещательных и контролирующих органов ЦРБ.....	27
ПРИЛОЖЕНИЯ :	
1. Примерное положение об организационно-методическом кабинете центральной районной больнице	32
2. Должностная инструкция заместителя главного врача по организационно-методической работе.....	34
3. Примерная должностная инструкция врача-методиста организационно-методического кабинета ЦРБ	38
4. Должностная инструкция фельдшера организационно- методического кабинета.....	40
5. Должностная инструкция районного специалиста	42
6. Должностная инструкция специалист в области медицинской статистике со средним медицинским образованием	45
7. Методические рекомендации по расчету статистических показателей здоровья населения и деятельности организаций здравоохранения	47
8. График предоставления информации должностным лицам ЦРБ	72
9. Структура годового плана работы ЦРБ	73

10. График постоянно проводимых в ЦРБ мероприятий	85
11. Задание на выезд в районы	90
12. Отчет о выезде в районы	93
13. Краткие рекомендации по составлению тестов для оценки знаний	96
14. Положение о медицинском совете	97
15. Положение о комиссии по изучению летальных исходов	99
16. Положение о лечебно-контрольной комиссии (ЛКК)	105
17. Положение о порядке организации и проведения лечебно- контрольных комиссий лечебно-профилактических учреждений	107
18. Положение о врачебной комиссии (ВК)	109
19. Положение комиссии по профилактике внутрибольничных инфекций (КПВБИ)	116
20. Положение о комиссии по стандартизации (КС)	118
21. Примерное положение о совете по сестринскому (фельдшерскому, акушерскому) делу медицинской организации	120
22. Типовое положение о комиссии по охране труда	124
23. Положение о пожарно-технических комиссиях в учреждениях здравоохранения	128
25. Инструкция о порядке регистрации, рассмотрения и разрешения обращений граждан (пациентов)	130
26. Положение об аппаратных совещаниях у главного врача	132
27. Рекомендации по оформлению некоторых документов	133
28. Карта экспертной оценки качества экспертизы временной нетрудоспособности	139
29. Краткие рекомендации по подготовке и оформлению решений Медицинского Совета	142
30. Карта экспертной оценки летального исхода	144
31. Положение о сопоставлении клинического и патолого-анатомического (судебно-медицинского) диагнозов	147
32. А Н К Е Т А (образец) для проведения опроса пациентов	150
Литература.....	153

1. Введение

Российское здравоохранение существенно изменилось в последнее десятилетие. Реформы расширили хозяйственную самостоятельность руководителей лечебно - профилактических учреждений. Возрастает значимость организационно - методической работы в организации и повышении качества лечебно - диагностического процесса. Чрезвычайно актуальным становится реорганизация управления организационно - методической деятельностью с учетом основных стратегических направлений развития отрасли.

В соответствии с приоритетным национальным проектом «Здоровье» дальнейшее совершенствование организационно - методической работы (ОМР) в здравоохранении нацелено на:

- повышение качества и доступности медицинской помощи населению, усиление профилактического компонента в деятельности учреждений здравоохранения;

- обеспечение государственных гарантий в предоставлении квалифицированной медицинской помощи сельскому населению на основе укрепления первичного звена здравоохранения;

- повышение эффективности использования ресурсов, формирование рациональных систем поэтапного медицинского обслуживания и внедрение ресурсосберегающих технологий;

- расширение влияния здравоохранения на формирование и реализацию государственной политики в области охраны здоровья населения на всех уровнях власти;

- координацию взаимодействия различных служб и ведомств в решении комплексных медико-социальных проблем.

Понятие организационно - методической работы включает:

- осуществление аналитической работы по оценке состояния и динамики развития системы здравоохранения соответствующей административной территории, состояния здоровья населения, медико-демографической ситуации и других факторов внешней среды, оказывающих влияние на уровень здоровья населения;

- организация и совершенствование системы учета и отчетности о деятельности учреждений здравоохранения, результатах функционирования, динамике состояния здоровья населения;

- разработка перспективных и текущих планов деятельности системы здравоохранения административной территории, целевых программ по приоритетным направлениям развития, организация их реализации, контроль и оценка эффективности выполнения;

- организация и проведение целевых проверок, экспертной оценки деятельности отдельных служб и учреждений здравоохранения с выездом экспертов на места и оказание организационной, методической и консультативной помощи;

- практическая помощь специалистов ЦРБ по освоению современного медицинского оборудования, внедрению современных медицинских технологий, новых методов диагностики и лечения в учреждения сельского здравоохранения;

- определение потребности медицинских кадров в различных формах непрерывного обучения, планирование совместно с кадровыми службами органов управления здравоохранением работы по повышению квалификации медицинских работников, организация и проведение конференций, семинаров, медицинских советов, совещаний и др.;

- информационно-методическое обеспечение специалистов сельских ЛПУ, разработка и выпуск методических рекомендаций, информационных писем.

В повседневной практике значительно возрастает роль аналитической деятельности, повышается ее качественный уровень на основе применения современных технологий сбора и обработки статистических данных, передачи медицинской информации, методов проведения анализа, обоснования и формирования стратегий.

Последнее время значительно повышаются требования к организации плановой работы на основании более полного учета влияния факторов внешней среды, условий функционирования и развития отрасли, прогноза наиболее вероятностных перспектив. Усиливаются стратегические компоненты планирования. Планы текущей деятельности строятся в соответствии с направлениями реализации стратегических целей. Формируется система планов, объединяющая различные уровни управления. Производится координация плановых мероприятий с их ресурсным обеспечением. Продолжает широко использоваться программно - целевой подход для решения комплексных или межведомственных проблем. На этапе планирования определяются формы контроля и разрабатываются критерии оценки эффективности выполнения плановых мероприятий, используемых для их реализации механизмов управления.

Таким образом, на центральные районные больницы (ЦРБ) делегирована одна из наиболее важных функций органа управления здравоохранением - разработка проектов планов деятельности подведомственной системы здравоохранения, организация, контроль и оценка их выполнения. При этом, оказание помощи сельскому населению, в том числе и выездной, являясь основными функциями организационно-методического кабинета (ОМК), полностью соответствующими области их компетенции, планируется самостоятельно, а процедура принятия плана отражает порядок, регламентированный для подразделений больницы.

Повышение уровня лечебно - профилактической и консультативно-диагностической помощи сельскому населению предусматривает создание оптимальной модели медицинского обслуживания в учреждениях здравоохранения на различных этапах оказания медицинской помощи и, в качестве дополнительной меры, использование выездных форм медицинского обслуживания целевого назначения.

Организационно-методическая помощь структурным подразделениям и учреждениям здравоохранения района (УБ, СВА, ФАП) занимает в деятельности центральной районной больницы ведущее место и должна являться неотъемлемой частью деятельности врачей учреждения. При этом важно, чтобы каждое из отделений выполняло роль организационно-методического центра для лечебных учреждений района, а их заведующие, по существу, должны являться главными специалистами района.. В этих условиях ОМК (приложение 1) руководит и

направляет проводимую специалистами работу, составляет план работы в районе, а не только для ЦРБ.

Работой ОМК руководит заместитель главного врача по ОМР (приложение 2).

В своей деятельности ОМК руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, нормативными актами, инструкциями, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, органа управления здравоохранением субъекта РФ, ЦРБ и настоящим положением.

Обязанности в ОМК обычно распределяются между сотрудниками (приложения 3,4,5,6). Наиболее рациональным следует считать функциональный принцип распределения их, но при этом необходимо предусматривать обязательную взаимозаменяемость сотрудников кабинета.

2. Планирование деятельности лечебно-профилактических учреждений.

Планирование деятельности здравоохранения на современном этапе следует рассматривать как многофакторную подсистему управления здравоохранением, имеющую динамические цели, многоотраслевой целеобразующий комплекс и функциональные связи между элементами как внутри здравоохранения, так и с другими отраслями экономики.

Системность планирования здравоохранения диктует необходимость рассматривать его как постоянный процесс, действующий не только внутри отрасли, но и как межотраслевую научно обоснованную деятельность, направленную на координацию и рациональное использование всех ресурсов отрасли. При этом следует учитывать, что магистральным путем развития планирования здравоохранения является централизованное начало при решении стратегических задач, совмещенное с расширением прав и самостоятельности планирования деятельности органов и учреждений здравоохранения в решении конкретных, текущих проблем дальнейшего улучшения лечебно-профилактического обслуживания населения.

2.1. Анализ деятельности структурных подразделений ЦРБ и ЛПУ района.

Качество медицинской помощи, эффективность деятельности лечебно-профилактических учреждений и адекватные управленческие решения являются сложным системным комплексом, учет которого имеет высокое общественное значение и является обязательным условием научно обоснованной организации управления с целью повышения качества, медицинской, экономической, социальной эффективности деятельности системы здравоохранения в целом и отдельных ее звеньев (учреждений) в частности. Методика контроля и оценки качества медицинской помощи довольно успешно разрабатывается в последнее время, однако оценке эффективности всех видов деятельности ЛПУ как самостоятельно хозяйствующего субъекта уделяется еще недостаточно внимания, и этот серьезный аспект

не всегда учитывается при анализе сложившейся в системе здравоохранения ситуации и распределении ресурсов отрасли, хотя именно дефицит этих ресурсов значительно обостряет проблему их рационального использования.

До сих пор не разработаны научно обоснованные социально-гигиенические и экономические показатели деятельности ЛПУ, формирующие информационную базу управления, которую можно использовать для комплексной оценки эффективности деятельности ЛПУ, как главного условия целенаправленного воздействия на различные виды деятельности учреждения или системы здравоохранения в целом с целью достижения максимальной отдачи от их деятельности. Понятно, что степень эффективности управления здравоохранением тесно связана с деятельностью управляемых объектов.

На эффективность производственной деятельности ЛПУ на всех ее этапах прямое или опосредованное влияние оказывает огромное количество факторов, что затрудняет разработку и реальное использование системы оценки различных компонентов деятельности ЛПУ, определяющих ее эффективность. Серьезной проблемой для здравоохранения, в частности, является взаимосвязанная оценка затрат медицинских (социальных) ресурсов и негативных показателей здоровья населения (экономический и социальный ущерб от заболеваемости, первичного выхода на инвалидность, смертности).

Методологической основой оценки эффективности ЛПУ является сравнительный количественный анализ показателей: а) реальной деятельности ЛПУ, б) нормативных (стандартных), в) средних, вычисленных для отдельного параметра или учреждения. Для однозначной оценки показателей деятельности ЛПУ целесообразно использовать относительные показатели, отражающие степень отклонения реального результата, от норматива или среднего показателя, а также интегральный показатель - среднее взвешенное арифметическое значение оценочных показателей параметров, выделенных для оценки.

Обилие и неоднозначность показателей, характеризующих общую эффективность деятельности ЛПУ, затрудняют создание практической оценочной системы для повседневной практики, поэтому лучше использовать ограниченное количество отдельных компонентов общей эффективности, наиболее полно отражающих ее основные характеристики. При этом величина оценки целого объекта должна соответствовать сумме величин оценок отдельных его частей.

В качестве главных компонентов оценки деятельности ЛПУ рассматривается медицинская, экономическая, социальная эффективность, оцениваемые путем анализа различных специфических показателей.

В конечном итоге, общим критерием оценки и обеспечения эффективности деятельности ЛПУ должно стать предоставление максимально возможного объема качественной медицинской помощи на единицу выделенных ресурсов.

Понятие "эффективность" в приложении к деятельности отдельного ЛПУ и системы здравоохранения в целом весьма сложно и неразрывно связано с двумя основными компонентами - а) цель и задачи деятельности ЛПУ и б) затраты на достижение этой цели и выполнение поставленных задач.

Для оценки достижения цели и задач ЛПУ целесообразно использовать показатели, характеризующие результаты деятельности (сравнение их с

запланированными (моделью конечных результатов), т.е. результативность производственной, экономической и социальной деятельности учреждения. При этом эффективность деятельности ЛПУ должна определяться как степень достижения цели, результата (результативность), стоящих перед оцениваемым ЛПУ, с обязательным анализом затраченных на это ресурсов.

Разработка мероприятий по повышению качества медицинской помощи населению проводится, прежде всего, на основании анализа работы лечебно-профилактических учреждений по отчетным данным. ОМК в конце ноября и начале декабря должен проводить консультации и инструктаж медицинских работников, составляющих отчеты. Отчеты принимаются комиссией, в состав которой входят, кроме сотрудников организационно-методического кабинета, главные специалисты. Представленные отчетные данные заносятся сотрудниками ОМК в разработанные статистические таблицы, проводится анализ и оценка показателей деятельности лечебно-профилактических учреждений (приложение 7). На основании полученных данных составляется сводный отчет о сети, кадрах и деятельности медицинских учреждений района. Кроме того, составляется текстовый обзор состояния организации лечебно-профилактической помощи населению, в который включаются структура обращаемости, использование коек, деятельность отдельных служб и др.

Аналитическая составляющая выполнит в полной мере свои функции, если в ней будет представлен анализ ПРИЧИН, обусловивших те или иные изменения, в т.ч. отклонения от средних показателей по территории. Если они лучше их, то знание причин позволит сохранить достигнутое, либо добиться еще более высоких показателей. Если положение дел ухудшается, то через воздействие на причины, можно приостановить процесс, а в последующем улучшить.

Например, всем известно, что туберкулез относится к социальнозначимым заболеваниям и влияние медицины на снижение заболеваемости с этих позиций минимальное. Вместе с тем в предупреждении и ранней диагностике туберкулеза, эффективном лечении и т.д. «медицинская» составляющая играет очень важную роль. Прежде всего, это настороженность населения и самих медицинских работников, выявление заболевания в ранних стадиях (более полное флюорографическое обследование, охват диагностическими пробами, повышенное внимание к неблагополучным семьям и т.д.) обеспечивается хорошей организацией санитарно-просветительной работы с населением. Кроме того, необходимо обеспечить раннюю изоляцию больных активными формами и эффективное их лечение. Поэтому, при повышенной заболеваемости туберкулезом, нужно прежде всего проанализировать полноту и качество выполнения «медицинской» составляющей и в полной мере предусматривать активные действия администрации муниципального образования по созданию благоприятных условий для проживания граждан.

Для обеспечения оперативного и эффективного руководства здравоохранением в районе, целесообразно, чтобы ОМК готовил для главных врачей ЦРБ (его заместителей), УБ, СВА, руководителей структурных подразделений больницы определенный перечень информации, который бы предоставлялся им в установленные сроки. Перечень показателей и график их предоставления

согласовывается с заинтересованными лицами и утверждается главным врачом (приложение 8). При подготовке перечня следует особое внимание обращать на показатели, характеризующие качество работы (запущенные случаи визуальных форм онкозаболеваний, туберкулеза и др.), а так же отражающие доступность медицинской помощи и т.д.

Целесообразно по согласованию с администрацией района, предоставлять ее должностным лицам информацию по актуальным проблемам, решение которых без участия администрации затруднено либо невозможно совсем (организация дополнительной диспансеризации и т.д.).

2.2. Стратегическое планирование в здравоохранении.

Стратегия - это план развития организации на ближайшие пять (и более) лет. Для подготовки соответствующего плана, прежде всего определяется цель, например:

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ, СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА.

Стратегический план должен включать следующие основные разделы:

- 1) Внедрение новых технологий;
- 2) Изменения, направленные на улучшение качества оказания. Необходимо разрабатывать стандарты оказания помощи на основе доказательной медицины.
- 3) Выбор, основанный на соотношении затраты/эффективность и критериях выгоды для больных, с более открытой дискуссией при приеме важных решений.
- 4) Мероприятия по экономии средств и финансов.
- 5) Увеличение финансирования за счет оказания платных медицинских услуг.
- 6) Поиск путей снижения затрат на обследование и лечение.
- 7) Улучшение доступа к информации, в том числе о состоянии внутри больницы и др.

Для построения реалистичной стратегии цели должны быть увязаны с имеющимися ресурсами:

- с финансами и уверенностью в том, что они используются эффективно;
- с количеством, знаниями, навыками и опытом персонала и необходимостью его хорошо обучать;
- с оборудованием и расходными материалами и эффективными лекарствами, которые преимущественно импортируются, а значит, подвержены влиянию инфляции.

При развитии стратегического плана необходимо принимать во внимание и смежные организации и группы (страховые компании, больные, популяция, из которой поступают больные, и др.). Надо также учитывать имеющие правовые ограничения и политические реалии. Нет смысла разрабатывать план, который недостижим.

Процесс разработки стратегического плана включает в себя:

1. Получение информации обо всем, что находится вне больницы, но может

- оказать влияние на ее будущее;
2. Получение информации о ситуации внутри больницы;
 3. Сбор и накопление предложений по тому, как лучше достичь целей работы больницы;
 4. Поиск рационального и логичного пути выбора между предложениями;
 5. Распределение ресурсов между отделениями и установление для них задач;
 6. Проработка того, какие изменения должна претерпеть больница (здравоохранение района), чтобы достичь выбранных задач;
 7. Постоянный контроль (мониторинг) за достижениями выбранных целей.

При планировании целесообразно учитывать факторы внешнего окружения больницы, которые могут влиять на больницу в течение последующих 5 (и более) лет:

- демографическая ситуация в обществе;
- изменения в распространенности отдельных заболеваний;
- появление новых технологий;
- публикации результатов новых научных исследований;
- развитие амбулаторной помощи;
- улучшение информирования населения в медицинских вопросах (образование населения);
- приказы федерального и областного руководства здравоохранением;
- финансовое положение области и федерального правительства;
- финансовое состояние страховых компаний;
- курс рубля;
- политическая ситуация;
- возможность привлечь грамотных работников;
- возможности людей платить за свое лечение;
- растущие ожидания пациентов

Это далеко не полный список и в нем можно было бы привести еще много социальных факторов.

Во всем этом многообразии причин трудно разобраться, если все их рассматривать отдельно друг от друга, не учитывая взаимовлияние. Существует методика сетевого мышления, которая позволяет людям оценивать различные и множественные факторы в их влиянии и связи друг с другом. При этом выделяются наиболее важные из них, воздействие на которые будет наиболее эффективным.

Для более объективной оценки деятельности больницы нужны систематические опросы больных («взгляд со стороны») для того, чтобы узнать их мнение о качестве оказываемой в больнице помощи. Одним из важнейших факторов для больных является необходимость платить за те исследования и методы лечения, которые заявлены как бесплатные. Это обязательно надо иметь в виду при выборе между новыми затратными технологиями и обеспечением обычными бесплатными исследованиями. Важным является и глубокое изучение

возможностей экономить деньги в своих отделениях для того, чтобы выделить средства для внедрения новых технологий и улучшить качество уже оказываемой помощи. Это означало анализ любого действия в отделении (учреждении) с точки зрения его эффективности и затратности, т.е.:

- назначение меньшего числа диагностических исследований;
- направление в стационар меньшего числа больных с нетяжелыми формами заболеваний;
- сокращение продолжительности госпитализации;
- уверенность в том, что исследования и лечение проводятся в рамках доказательной медицины, и что деньги не тратятся на неэффективные методы лечения.

Процесс выбора иногда означает, что обычно большие отделения получают больше, чем маленькие. Причиной этого является большее влияние заведующего отделением на администрацию больницы. В этом случае важно использовать более рациональный и логичный путь выбора с учетом затратной эффективности. Это означает, что надо знать:

- насколько обсуждаемое предложение соответствует целям больницы;
- в чем будет преимущество этого внедрения для больных и какова величина эффекта;
- есть ли при этом риск для здоровья и какова его величина;
- сколько больных выиграют от внедрения;
- какова стоимость этого выигрыша для одного больного;
- каковы будут последствия того, что предложение не будет принято.

Известно, что ни одна система здравоохранения в мире не располагает достаточными средствами. Поэтому выбор жизненно важен, и в целом население выиграет больше, если имеющиеся ресурсы будут распределяться рационально.

Для того, чтобы сделать правильный выбор, больница нуждается в информационных системах, которые могут обеспечить данные о:

- количестве обследованных и пролеченных больных;
- цене исследования и лечения (обратите внимание, что медико-экономические стандарты - это то, что больнице заплатят за больного, но не реальная цена его обследования и лечения);
- количестве и типе необходимого персонала.

Улучшение качества

Улучшение качества обслуживания не всегда требует больших затрат, однако может сэкономить средства, за счет внедрения стандартов лечения и работе на основе доказательной медицины.

Фиксированные расходы в больнице - это то, что не зависит от количества пролеченных пациентов. Эти деньги больница должна платить, даже если в ней не будет ни одного больного (стоимость здания, отопление, освещение, телефон, уборка и др.). Вариабельные расходы включают лекарства, расходные материалы, стоимость анализов, перевязочный материал и др., что зависит от числа больных.

Расходы на персонал обычно рассматриваются как фиксированные, хотя, чем больше пациентов лечится, тем больше персонала необходимо. Следовательно, этот элемент является переменным.

Если больница теряет деньги, тогда руководство помимо прочего внимательно должно изучить фиксированные расходы. Интенсивно ли используется здание? Имеется ли неиспользуемая территория? Можно ли оказывать помощь больным без помещения их в стационар, а следовательно, снизить число коек? Можно ли объединить две больницы? По всему миру наблюдается уменьшение размеров больниц и их числа, и все это - с целью снизить фиксированные расходы. Деньги, которые тратятся на здание, не дают прямой выгоды для больного.

Эффект укорочения пребывания может проявиться в том, что в больнице будут пустующие койки. Фиксированные расходы останутся теми же, а переменные расходы снизятся незначительно, поскольку обычно все дорогостоящие манипуляции (исследования, операции и т.д.) происходят в первые дни госпитализации. В целом, средние расходы на одного пациента увеличатся. Возможными решениями могут быть:

- привлечение платных больных;
- соединиться с какой-нибудь маленькой больницей, перевести ее больных на опустевшие койки, закрыть маленькую больницу. При этом ее фиксированные расходы прекратятся. В последующем ее здание можно продать или использовать совместно с другими службами (социальной защиты и др.).

Организации, которые не меняются в ответ на изменения в их окружении, не могут выполнять свои задачи. Организации, легко отвечающие на изменения, обычно делегируют принятие решений, имеют небольшое число уровней подчинения в их иерархии, имеют небольшое число правил и концентрируются в основном на том, чтобы удовлетворять запросам потребителей (в данном случае - больных) и реагировать на окружающие изменения (рис.1).

Финальной задачей является принятие стратегических задач и уточнение деталей.

Это все иллюстрирует пять важнейших свойств задач, которые должны быть:

- Специфическими, четко сформулированными.
- Измеримыми. В противном случае больница никогда не узнает, решены ли задачи.
- Соответствовать решаемой проблеме
- Достижимыми. Люди не могут быть мотивированы к переменам, если они не верят в достижимость цели и решение поставленных задач.
- Иметь временные рамки. Люди должны знать, когда будет достигнуто улучшение и как это будет достигаться.

2.3. Текущее планирование деятельности здравоохранения района

На основе анализа деятельности медицинских учреждений и показателей здоровья населения, подготовленных ОМК, руководство здравоохранения совместно с администрацией района разрабатывает комплексный план здравоохранения на предстоящий год (приложение 9) и конкретные мероприятия, направленные на повышение качества и доступности лечебно-профилактической помощи населению района, эффективности функционирования службы в целом и входящих в него учреждений, их структурных подразделений (рис.1).

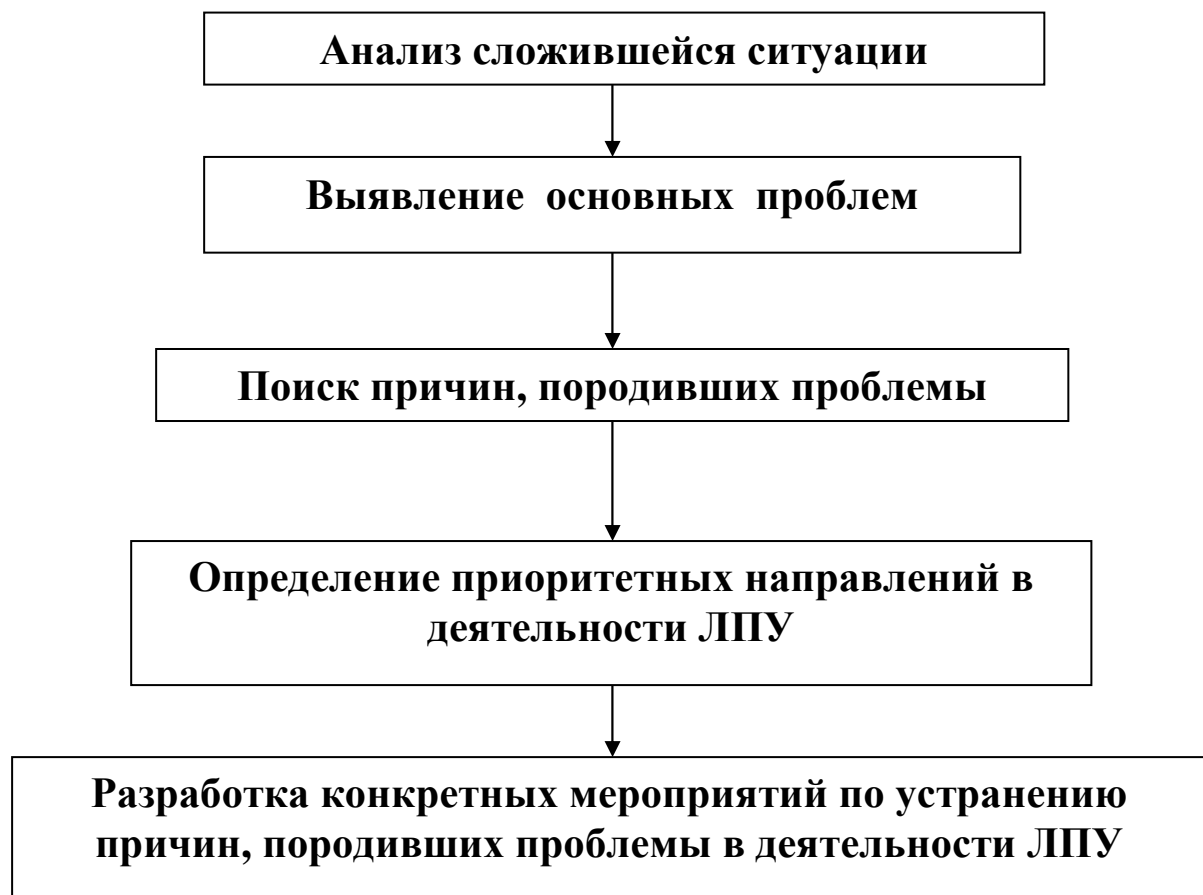


Рис. 1. Алгоритм эффективного планирования деятельности ЛПУ.

План работы учреждения (далее ПЛАН) представляет собой перечень конкретных заданий, определяет порядок, сроки, последовательность проведения мероприятий на планируемый период времени, устанавливает конкретных исполнителей и предусматривает ресурсное, в том числе финансовое, обеспечение планируемых мероприятий, его величину и источники инвестирования.

План должен быть достаточно подробным, вместе с тем очень конкретным. Если предполагаются изменения каких либо показателей, то указываются их значение, к которым следует стремиться (снизить летальность в стационаре до 0.8% и т.д.). Следует избегать формулировок, не наполненных конкретным содержанием (улучшить, усовершенствовать и т.д.).

В плане, кроме самих мероприятий, указывается срок и ответственный за

исполнение, может быть графа для отметок об исполнении.

План состоит из основной части и приложений, окончательная его структура определяется органом управления здравоохранением субъекта РФ.

Основная часть плана включает разделы:

1. Контроль за исполнением основных директивных документов (следует указать те, которые будут реально контролироваться);
2. Вопросы для рассмотрения совещательными органами в самой больнице (медицинский совет, ЛКК и т.д.) и в администрации района;
3. Развитие материально - технической базы здравоохранения;
4. Финансово-хозяйственная деятельность;
5. Подготовка и повышение квалификации кадров;
6. Профилактическая работа (включая проведение профилактических прививок);
7. Организация выявления социально - значимой патологии и заболеваний, обуславливающих высокую смертность среди лиц трудоспособного возраста, определение мер по ее снижению;
8. Совершенствование диагностической, лечебной, реабилитационной помощи и внедрение современных технологий;
9. Санитарно - гигиеническое образование;
10. Научные исследования;
11. Работа с общественностью;
12. Контроль выполнения плана.

С учетом реальной обстановки, рекомендаций органов управления здравоохранением, количество разделов может быть расширено.

Приложения должны представлять собой набор следующих документов:

- Аналитическая справка о состоянии медицинской помощи населению и деятельности учреждений здравоохранения на момент разработки Плана;
- Отчет о выполнении Плана и целевых программ за предыдущий год;
- Концептуальные положения стратегического развития здравоохранения на перспективный период;
- Перечень основных плановых показателей (ориентиров) и обоснование вероятности их достижения в планируемом периоде;
- Проекты регламентирующих документов, необходимых для реализации плановых мероприятий;
- Проекты новых целевых комплексных программ по решению проблем межведомственного характера.

По усмотрению администрации ЦРБ перечень разделов может быть расширен с учетом специфики района либо возникновением каких-либо форс-мажорных обстоятельств.

Развитие материально - технической базы здравоохранения. Раздел развития материально - технической базы здравоохранения охватывает мероприятия по укреплению и поддержанию в рабочем состоянии основных фондов учреждений здравоохранения (зданий, автотранспорта, систем обеспечения, технического и медицинского оборудования, инвентаря), а также перечень мероприятий, в рамках

реализации стратегии реструктуризации системы медицинской помощи.

В качестве основных мероприятий по первому подразделу могут планироваться:

- строительство новых учреждений, корпусов;
- проведение капитального и текущего ремонтов зданий, помещений;
- работы по благоустройству территории;
- техническое переоснащение и обновление устаревшего оборудования и др.

Ко второму подразделу могут быть отнесены мероприятия по:

- ликвидации (перепрофилированию) маломощных стационаров, не укомплектованных медицинскими кадрами, плохо оснащенных, медицинских учреждений;

- укреплению амбулаторно - поликлинического звена на основе открытия новых учреждений, кабинетов, приемов, развития новых форм обслуживания в поликлиниках;

- внедрению стационарозамещающих технологий (дневные стационары, стационары дневного пребывания, стационары на дому);

- дифференциации коечного фонда по интенсивности лечебно-диагностического процесса, созданию коек (отделений) сестринского ухода, хосписов, формированию учреждений или отделений медико социального характера.

Конкретизацию плановых заданий необходимо проводить в соответствии со стратегическими целями систем регионального и муниципального здравоохранения, нацеленных на переориентацию медицинской помощи со стационарного на поликлинический уровень. Следует обращать внимание на целесообразность не только укрепления, но и модернизации диагностической, лабораторной и реабилитационной базы амбулаторно - поликлинических учреждений, на открытие специализированных кабинетов по профилям врачебных специальностей, соответствующих реальной потребности населения, на изменение характера деятельности действующих кабинетов в соответствии с внедрением новых технологий медицинского обслуживания (амбулаторной хирургии, дневных специализированных стационаров, профилактических подразделений и т.д.).

Актуальность проблемы снабжения лечебно - профилактических учреждений расходными материалами также обосновывает целесообразность отражения способов ее решения в плановых документах.

Подготовка и повышение квалификации кадров. Этот раздел Плана включает перечень основных мероприятий по подготовке медицинских кадров и прочих специалистов системы здравоохранения (экономистов, бухгалтеров, техников по обслуживанию медоборудования и др.):

- целевая подготовка специалистов на основе целевых заказов региональных и муниципальных органов управления;

- повышение квалификации работников на центральных базах, в системе последипломного образования, в заграничных медицинских центрах и прочих учебных учреждениях с отрывом от производства;

- повышение квалификации без отрыва от производства на цикловых, прерывистых, очно - заочных курсах, семинарах;

- проведение врачебных и сестринских конференций, совещаний;

- организация конкурсов по профессии;
- участие в организации работы научных обществ;

Работа по подготовке кадров планируется оргметодотделами совместно с кадровыми службами здравоохранения в регионе (муниципалитете).

Профилактическая работа. Планирование профилактической работы предусматривает формирование перечня мероприятий по следующим подразделам:

- вакцинопрофилактика;
- химиопрофилактика;
- мероприятия в очагах инфекции;
- мероприятия на сельскохозяйственных объектах (животноводческих, молочно-товарных фермах и т.п.).

Все мероприятия, входящие в этот раздел Плана, проводятся в контакте с органами госсанэпиднадзора в соответствии с действующими инструкциями и методическими рекомендациями по установленному графику.

Организация выявления социально значимой патологии. Мероприятия по организации выявления и диспансеризации населения с социально значимыми заболеваниями (туберкулезом; ВИЧ/СПИД; заболеваниями, передаваемыми половым путем (ЗППП); различными формами наркоманий; психическими расстройствами) включают:

- ежегодное обследование контингентов, подлежащих периодическим осмотрам и диспансерному наблюдению;
- ускоренное клиническое обследование лиц с выявленной патологией;
- практическую помощь областных (районных) учреждений при обследовании населения районов;
- регистрацию обследованных и полицевой учет выявленной патологии;
- проведение систематических консультаций по выявлению заболеваний и оказание консультативной помощи по диагностике, лечению и реабилитации этой группы больных, в том числе в областных специализированных учреждениях.

План строится в разрезе вида патологии по перечисленным направлениям работы.

Совершенствование диагностической, лечебной, реабилитационной помощи и внедрение современных технологий. В состав основных направлений организационных мероприятий этого раздела входят:

- осуществление контроля за качеством диагностики и лечения по результатам консультаций, проводимых высококвалифицированными специалистами в областных учреждениях (подразделениях), а также при выездах в подведомственные учреждения здравоохранения;
- регулирование взятия на диспансерное наблюдение и контроль контингентов диспансеризируемых больных;
- организация централизованного контроля правильности оформления свидетельств о смерти и др.

Планирование может осуществляться по объектам, подлежащим контролю

(учреждения, службы, подразделения, специалисты), по формам контроля (проведению экспертной оценки медицинской документации), по показателям, характеризующим состояние процесса оказания помощи (выполнение индивидуальных планов лечения, обеспечение преемственной медицинской помощью, своевременной госпитализацией, консультацией, по обоснованности отбора больных для лечения в учреждениях другого уровня, на стационар замещающие технологии), по активности медицинского вмешательства (оперативное лечение), по результатам (восстановление трудоспособности больных, своевременности направления на МСЭК) и в разрезе других показателей деятельности.

Раздел внедрения освещает современные технологии профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, подлежащие внедрению в деятельность учреждений здравоохранения и соответствующие организационные мероприятия по внедрению.

Санитарно - гигиеническое образование. Мероприятия, охватывающие санитарно - гигиеническое образование, могут включать:

- создание, распространение, контроль деятельности, развитие различных организационных форм санитарного образования населения "Университетов здоровья", "Школы здоровья" в поликлинических учреждениях, "Школ выздоравливающих" для стационарных больных;

- подготовку профилированного санитарного актива по уходу за больными на дому, в первую очередь из числа родственников;

- использование различных форм массового распространения гигиенических знаний среди населения (выступлений в СМИ, организацию выставок, публикацию образовательных материалов);

- организацию встреч с медицинскими работниками (лекции, беседы, разъяснения, рекомендации);

- распространение современных форм привлечения населения к здоровому образу жизни.

Наибольшую эффективность санитарного просвещения населения обеспечивает системный подход, предполагающий обучение начиная с дошкольных учреждений.

Научные исследования. Планирование тематики научных исследований осуществляется в соответствии с прикладными задачами практического здравоохранения, которые могут включать, отдельные вопросы общественного здоровья, оказания медицинской помощи и разработку стратегически важных направлений развития системы регионального (муниципального) здравоохранения.

Процесс подготовки проекта Плана и процедура его принятия. План разрабатывается с участием главных специалистов соответствующего уровня и по окончании разработки визируется ими. Целенаправленность планов и эффективность плановых заданий зависят от правильности постановки целей, выбора стратегий их достижения, концентрации усилий на выбранных приоритетах.

Приоритеты развития медицинской помощи населению определяются в соответствии с направлениями государственной политики в области охраны здоровья населения, с учетом региональных особенностей и ресурсных возможностей. Несмотря на различия по регионам в большинстве субъектов РФ

основные направления сходны - туберкулез; ВИЧ/СПИД; сахарный диабет; вакцинопрофилактика; безопасное материнство и детство и т.д..

План организационно - методической работы ЦРБ является структурной составляющей единого плана развития регионального (муниципального) здравоохранения, определяющего иерархическую систему перспективного и текущего планирования деятельности органов управления и учреждений здравоохранения региона (муниципалитета).

Процедура принятия плана включает его обсуждение на медицинском совете учреждения либо в качестве самостоятельного вопроса, либо в качестве составной части обсуждения итогов работы учреждения, хода выполнения целевых программ за истекший период. Регламент процедуры принятия плана предусматривает обязательное участие в обсуждении представителей администрации района.

После обсуждения комплексный план утверждается руководителем (заместителем) администрации соответствующего уровня, а если план внутриведомственный, то - руководителем соответствующего органа управления здравоохранением. Утвержденный план является руководящим документом, обязательным для исполнения.

На основе годового плана работы ЦРБ составляются месячные (квартальные по усмотрению администрации), в них включаются все мероприятия, предусмотренные годовым планом, а так же другие, в которых возникла необходимость. Месячный план готовится заблаговременно (не позднее 25 числа предшествующего месяца). О предстоящих мероприятиях напоминают лицам, ответственным за их исполнение. Месячные планы должны передаваться во все структурные подразделения ЦРБ, а так же в УБ и СВА.

Для регулярно проводимых мероприятий следует установить фиксированные дни, время и место проведения (приложение 10). Такой подход позволяет всем участникам мероприятия заблаговременно планировать свою работу.

Контроль за выполнением плана. Текущий контроль по количественным и качественным критериям за исполнением плана осуществляет ОМК. Выполнение плана анализируется ежемесячно и результаты обсуждаются на одном из совещаний при главном враче. Разделы плана, в которых приводится перечень мероприятий, уровни их исполнения, сроки, ответственные, даты планируемого исполнения, целесообразно дополнять графами для дат реального исполнения. Для контроля используют данные государственной статистической отчетности. Ее верифицируют сотрудники ОМК. При ухудшении показателей, администрацией выявляются причины, способствующие этому и принимаются меры по их устранению.

Прозрачность деятельности обеспечивается одновременным гласным заслушиванием куратора и лиц, ответственных за проведение запланированных мероприятий. В отношении лиц, виновных в невыполнении запланированных мероприятий, применяются меры морального и дисциплинарного воздействия.

Важным инструментом контроля служит полугодовое (в зависимости от важности вопроса) промежуточное заслушивание исполнения плана в ЦРБ и администрации района.

Итоговый отчет о выполнении плана. Итоговый отчет о выполнении плана

составляется либо в табличной, либо в описательной форме (чаще всего они сочетаются) по основным его разделам и включает следующие рубрики:

- плановые решаемые задачи;
- исходные показатели на начало планируемого периода, их динамика;
- проведенные мероприятия;
- перечень не реализованных мероприятий с указанием причин и должностных лиц, ответственных за их выполнение;
- результаты текущего года;
- оценка эффективности.

По отчету составляется пояснительная записка с анализом достигнутых результатов, а при отсутствии или недостаточной результативности принятых мер с **анализом причин, критической оценкой дефектов** проведения мероприятий и возможных мер по повышению их качества.

Отчет о выполнении мероприятий по плану организационных мероприятий главными специалистами и другими лицами, ответственными за исполнение, предоставляется по требованию организационно - методического кабинета в установленные сроки.

При анализе хода выполнения плана стремятся не столько к постановке новых задач, сколько к определению результативности уже известных подходов к решению поставленных.

3. Организация выездной медицинской помощи жителям сельских районов

Малая плотность сельского населения, занятость личным подсобным хозяйством, сезонность и срочность основных сельскохозяйственных работ, удаленность врачебной (особенно специализированной) помощи от мест проживания больных, слабое развитие транспортных коммуникаций при значительных расстояниях, высокая стоимость проезда - все это снижает уровень обращаемости сельского населения.

Неудовлетворительные условия труда в аграрном секторе, в большинстве производств не отвечающие санитарно - гигиеническим требованиям из-за несоблюдения санитарных норм и правил, способствуют возникновению заболеваний, что при низкой выявляемости и недостаточном лечении приводит к развитию запущенных случаев, хронизации патологии, высокой смертности населения. Чаще, чем в городах, на селе встречаются бруцеллез, кишечные инфекции, болезни опорно-двигательного аппарата, заболевания органов дыхания (пылевой бронхит), вибрационная болезнь.

В решении выше перечисленных проблем, важную роль играет хорошо поставленная выездная работа.

Выезды должны быть плановыми. Наиболее реальными являются планы выездов специалистов, составленные на месяц (квартал). Учреждения, последовательность и частота выездов в них специалистов ОМК определяется на основании результатов анализа деятельности медицинских учреждений.

В ходе оказания преимущественно практической помощи организуются

комплексные, целевые, профилактические осмотры и диспансеризация населения. Работники ЦРБ по плану - графику оказывают помощь населению, закрепленному за участковыми больницами, врачебными амбулаториями, ФАПами. В случае если нужно проверить или изучить все разделы работы и оказать лечебно-профилактическим учреждениям района практическую помощь, целесообразны бригадные выезды, проведение комплексных проверок.

Бригады комплектуются врачами ЦРБ так, чтобы обеспечить в год от 6 до 12 выездов; в состав их чаще всего входят педиатр, гинеколог, терапевт, невролог. В ходе выездов специалистами ЦРБ оказывается, прежде всего, консультативная помощь, в первую очередь, беременным и детям. Число консультаций обычно колеблется от 25 до 30 на один выезд.

При подготовке к плановому выезду в ЛПУ района проводится анализ эпидемической ситуации, заболеваемости населения на территории, закрепленной за соответствующим учреждением; изучение качества и эффективности амбулаторно - поликлинической помощи, в частности сельскому населению, по уровням (ЦРБ, УБ, сельские врачебные амбулатории); оценка обеспеченности кадрами врачей и средним медицинским персоналом, их квалификации.

Для повышения эффективности выездов специалистов ЦРБ, сотрудники ФАПов, УБ, СВА заранее готовят документы (амбулаторные карты, журналы) и приглашают тех лиц, которых должны посмотреть врачи из ЦРБ. Желательно оснастить выезжающие бригады оборудованием для обследования взрослых и детей.

В ходе выезда осматриваются больные на ФАПах, в сельских врачебных амбулаториях и участковых больницах.

Особого внимания требует диспансерное наблюдение за больными язвенной болезнью, сахарным диабетом, гастритом, нефритом, ревматическими заболеваниями сердца, ревматоидным артритом и т.д. Целенаправленный выезд бригад позволяет осмотреть практически всю диспансерную группу. В ходе выезда также производится отбор больных для консервативного и оперативного лечения в ЦРБ, в областных учреждениях, а в ряде случаев оказывается практическая помощь непосредственно на месте. В обязательном порядке анализируется работа сельских медицинских работников, контролируется ход диспансерного наблюдения, ход лечения после предыдущей консультации, а также даются рекомендации по совершенствованию медицинской помощи.

В обязательном порядке в ОМК должны учитывать все недостатки в работе, выявленные во время выездов в ЛПУ района. Для этого целесообразно всем выезжающим заполнять «Задание» (приложение 11), а после возвращения вновь выявленные замечания специалисты вносят в «отчет» (приложение 12). На основе отчетов в ОМК создается банк замечаний либо с использованием специальных компьютерных программ, либо регистрируются в специальном журнале.

Специалисты во время работы в ЛПУ наряду с лечебно-консультативной помощью (прием и консультирование пациентов и др.) проверяют устранение ранее выявленных недостатков, о чем делают соответствующую запись в задании на выезд. Информацию о выявленных недостатках можно направлять на ФАП, УБ, СВА (приложение 13) с условием предоставления сведений об их устранении, однако эта форма не исключает контроль со стороны ОМК.

На основании отчетов специалистов, сотрудники ОМК вносят соответствующие изменения в банк данных об этом ЛПУ, устраненные замечания исключаются, а вновь выявленные вносятся и при последующих выездах включаются в задание.

При планировании выездов необходимо учитывать количество замечаний и своевременность их устранения. В те ЛПУ, где принимаются недостаточные меры по предложениям специалистов, контролирующих направляют чаще, до полного выполнения всех предписаний оставленных представителями ЦРБ.

4. Работа по повышению квалификации медицинских работников

Одной из функций организационно-методического кабинета ЦРБ является планирование совместно с кадровой службой ЦРБ и проведение работы по повышению квалификации медицинских работников района, в т.ч. специализации и усовершенствования. Составляется план повышения квалификации медицинских работников района на базе учреждений последипломной подготовки, а так же на рабочих местах в областных специализированных медицинских учреждениях. Они же осуществляют контроль за своевременностью прохождения аттестации на присвоение или подтверждение квалификационных категорий. Подготовленные планы должны соответствовать финансовым возможностям учреждения.

Значительное место в работе ОМК должны занимать мероприятия по повышению квалификации персонала непосредственно в больнице, которые должны носить систематический характер и проводится с привлечением представителей специализированных областных учреждений здравоохранения, медицинских НИИ и медицинских образовательных учреждений.

Прежде всего, это врачебные конференции, на которых следует обсуждать темы, представляющие интерес для большинства специалистов. На них же можно практиковать обзоры специализированных медицинских журналов.

Ежемесячно необходимо проводить конференции, семинары для медицинских сестер стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений района (ЦРБ, УБ, СВА). Отдельно, так же не реже одного раза в месяц, проводятся конференции, семинары для фельдшеров ФАПов. Обязательным условием в работе со средними медицинскими работниками является контроль за усвоением ими информации по наиболее важным разделам их работы, который может осуществляться в виде собеседования, либо тестового контроля (приложение 14), о чем они предупреждаются заранее. Вопросы, на которые предстоит отвечать, могут раздаваться заблаговременно. Результаты контроля знаний регистрируются в специальном журнале. В отношении лиц, демонстрирующих постоянно слабые знания применяются различные меры воздействия (направление на учебу, досрочное подтверждение квалификационной категории, лишение премий и др.).

Организационно-методический кабинет осуществляет методическое обеспечение лечебно-диагностического процесса и организации оказания медицинской помощи населению. Ответственный за эту работу сотрудник ОМК регистрирует материалы, поступающие из вышестоящих органов и учреждений

здравоохранения, размножает их в нужном количестве и передает заинтересованным специалистам. Факт получения методических материалов в обязательном порядке регистрируется.

Методические материалы могут разрабатываться специалистами ЦРБ и в таком же порядке передаются заинтересованным лицам. Сотрудники ОМК и специалисты больницы при выездах в ЛПУ района контролируют получение методических материалов, знание их содержания, умение пользоваться ими.

Необходимо стремиться к тому, чтобы все ФАПы и другие сельские ЛПУ были оснащены в соответствии с требованиями и работали образцово, однако, как показывает опыт, далеко ни на всех из них работа организована должным образом, особенно там где специалисты только начинают свою трудовую деятельность. В этих случаях, очень хорошие результаты дают занятия непосредственно в ЛПУ, где работа поставлена должным образом (ранее их называли школами передового опыта). Для этого в районе необходимо иметь несколько таких ФАПов, на которых можно демонстрировать надлежащую организацию работы и оформление (ведение) документации и т.д. Возможна «специализация» их, т.е. на одном хорошо организован один раздел работы, на других другие. Естественно, перед проведением занятий сотрудники ОМК или даже заместитель главного врача по ОМР, должны лично убедиться в том, что учреждение к встрече коллег готово.

Занятия на таких ФАПах следует проводить ежегодно, по крайней мере не реже одного раза в два года. Наиболее эффективны занятия с группами 6-8 человек. На них можно командировать для ознакомления начинающих фельдшеров ФАПов.

5. Гигиеническое обучение и воспитание населения

Формирование здорового образа жизни населения является одной из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения и медицинской науки. Это обусловлено значительными изменениями показателей здоровья, связанных с негативными элементами в организации здорового образа жизни и высокой распространенностью вредных привычек. Сохранению и укреплению здоровья, обеспечению высокого уровня трудоспособности и достижению активного долголетия будут способствовать их (вредных привычек) устранение и нормализация образа жизни. Однако эти мероприятия могут быть эффективными только при высокой информированности населения в данных вопросах и соответствии между полученными знаниями и поведением отдельных групп людей и каждого человека.

Мероприятия, охватывающие санитарно - гигиеническое образование, как отмечалось выше, включают создание, контроль деятельности, развитие различных организационных форм санитарного образования населения "Университетов здоровья", "Школы здоровья" в поликлинических учреждениях, "Школ выздоравливающих" для стационарных больных. Эффективным является подготовка профилированного санитарного актива по уходу за больными на дому, в первую очередь из числа родственников. Очень эффективным является

использование различных форм массового распространения гигиенических знаний среди населения (выступления в СМИ, организация выставок, публикация образовательных материалов), организация встреч с медицинскими работниками (лекции, беседы, разъяснения, рекомендации), распространение современных форм привлечения населения к здоровому образу жизни. Особое внимание следует уделять организации этой работы в дошкольных учреждениях (с родителями и детьми), а так же в школах и других образовательных учреждениях.

6. Организация работы совещательных и контролирующих органов ЦРБ

Важным для повышения квалификации медицинских работников и качества медицинской помощи является работа таких больничных органов, как медицинский совет больницы (МС), лечебно-контрольная комиссия (ЛКК), комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ), патолого-анатомические конференции (ПАК), врачебные комиссии (ВК), которые ранее назывались клинико-экспертными (КЭК) и др. (приложения 15 - 26). На них должны рассматриваться все случаи расхождения диагнозов, случаи поступления больных в запущенных стадиях, дефекты при постановке диагнозов и лечении больных и т.д. Участие в их заседаниях должны принимать не только члены этих органов, но и все специалисты, причастные к рассматриваемому случаю, а так же и другие, по усмотрению администрации. Если же случай представляет особый интерес (сложность диагностики, редкие заболевания и др.), на заседания приглашаются все врачи ЛПУ.

Заседания тщательно готовятся. Документы (истории болезни, амбулаторные карты и др.) рецензируются специалистами как ЦРБ, так и областных специализированных учреждений, готовятся презентации (демонстрация рентгеновских снимков, результатов гистологических исследований и др.). Подготовка осуществляется под руководством заместителей главного врача по медицинской части, по поликлинике или другими должностными лицами по усмотрению главного врача.

По результатам рассмотрения оформляются итоговые документы: решение или протокол (приложение 27, 28), которые передаются во все лечебно-диагностические, структурные подразделения ЦРБ, а так же в УБ и СВА. ОМК осуществляет контроль за исполнением принятых решений, совместно с секретарями соответствующих комиссий и т.д. Информация об исполнении или неисполнении решений предоставляется в установленные сроки главному врачу, для принятия решения о снятии с контроля, либо принятия мер.

Наиважнейшим совещательным органом ЦРБ является медицинский совет, состав которого, как и КИЛИ, ЛКК, ПАК утверждается главным врачом.

Федеральный нормативный правовой акт, регламентирующий деятельность МС в учреждениях здравоохранения, не предусмотрен. Вместе с тем в ряде действующих приказов Минздрава СССР, утверждающих положения о различных учреждениях здравоохранения, есть указания на то, что в этих учреждениях должны создаваться больничные советы. Например, в Положении о психоневрологической больнице,

утвержденном приказом Минздрава СССР от 21.03.88 № 225, указано: "...в психоневрологической больнице организуется больничный совет, совет медицинских сестер, совет по лечебному питанию, врачебная контрольная комиссия, совет (группа) НОТ и другие, действующие на основании специальных положений".

В большинстве субъектов РФ примерное положение о МС утверждено на региональном уровне. К примеру, такой документ утвержден приказом Минздравсоцразвития Пензенской области от 11.06.03 № 478. В Москве действует Временное положение о больничном медицинском совете, утвержденное приказом Главного управления здравоохранения от 31.08.87 № 591.

Медицинский совет (приложение 15) - совещательный орган при главном враче учреждения здравоохранения, в состав которого входят заместители главного врача, руководители служб и подразделений, а также руководители кафедр, научно-исследовательских подразделений, базирующихся в ЛПУ. Председателем МС является главный врач.

Состав МС утверждается приказом главного врача. Учитывая текучесть кадров, приказ, утверждающий состав МС, рекомендуется обновлять ежегодно.

Состав МС позволяет обеспечить высокий уровень подготовки обсуждаемых вопросов с учетом мнения всех заинтересованных сторон, а также, и это главное, высокий уровень легитимности принятых решений, на основе которых издаются приказы главного врача. На обсуждение МС следует выносить проблемы, успех решения которых зависит от согласованных действий всего коллектива ЛПУ. Решения МС принимаются общим голосованием простым большинством голосов.

Ежегодно утверждается план проведения заседаний МС, который включается как составная часть в ежегодный комплексный план учреждения здравоохранения. Заседания МС протоколируются. Решения МС доводятся до сведения всего персонала.

Заседания МС должны проводиться не реже одного раза в два месяца (приложение 29), желательно в фиксированные дни. На них следует рассматривать вопросы, требующие коллегиального рассмотрения, а так же жизненно важные для деятельности больницы (порядок и ход реализации федеральных, областных и районных программ, мероприятия по повышению качества и доступности медицинской помощи, квалификации персонала и др.).

Не позднее чем за неделю до заседания должны быть подготовлены справка, по существу рассматриваемого вопроса, проект решения. В самом заседании кроме членов МС принимают участие заинтересованные специалисты. Принятое решение доводится до всех лиц, принимающих участие в его реализации. Контроль осуществляется ОМК совместно с секретарем или заместителем председателя МС. Решение о снятии с контроля принимается на заседании МС.

Федерального нормативного акта, регулирующего деятельность **комиссии по изучению летальных исходов** (далее - КИЛИ) в настоящее время не предусмотрено. КИЛИ, созданные при органах и учреждениях здравоохранения, функционируют на основе документов, утвержденных на региональном уровне. Так, в Санкт-Петербурге в настоящее время действует Примерное положение о комиссии по изучению летальных исходов, утвержденное распоряжением Комитета по здравоохранению Санкт-

Петербурга от 26.05.04 № 163-р.

КИЛИ - коллегиальный орган, создаваемый для профессионального рассмотрения всех случаев летального исхода с целью выявления ошибок в диагностике и лечении умершего пациента, которые заносятся в «Карту экспертной оценки летального исхода» (приложение 30). КИЛИ изучает причины ошибок и предлагает меры по их предупреждению. В случае, когда такое изучение целесообразно провести с привлечением всего врачебного коллектива, рассмотрение проводится на патолого-анатомической конференции (приложение 18, 31).

Таким образом, обсуждения на КИЛИ не носят дисциплинарного характера. В ее состав привлекаются опытные клиницисты по всем основным лечебным специальностям, представленным в ЛПУ.

Федеральный нормативный правовой акт, регламентирующий деятельность **лечебно-контрольной комиссии** (далее - ЛКК) в учреждении здравоохранения, в настоящее время не предусмотрен. Вместе с тем во многих регионах России ЛКК активно функционируют на уровне органов и учреждений здравоохранения на основе положений, утвержденных на региональном или локальном уровне. При разработке этих положений, как правило, используются старые, в настоящее время не действующие, документы Министерства здравоохранения СССР, в создании которых принимали участие классики отечественного здравоохранения, в т. ч. И.В. Давыдовский.

Несмотря на отсутствие нормативного регулирования деятельности ЛКК на федеральном уровне, многие руководящие работники считают их наличие во всех учреждениях здравоохранения само собой разумеющимся. Так, первый заместитель председателя Комитета Госдумы по охране здоровья Александр Чухраев в своем выступлении на Первом национальном конгрессе терапевтов, говоря о врачебных ошибках, заявил, что ошибку должны устанавливать не просто методом опроса, а на основании решения суда, лечебно-контрольной комиссии или органов управления здравоохранением.

В настоящее время идет активная работа над созданием положения об ЛКК. Проект положения подготовлен рабочей группой под руководством главного специалиста эксперта-патологоанатома Минздравсоцразвития России профессора О.Д. Мишнева.

ЛКК – коллегиальный, создаваемый для выявления и профессионального рассмотрения случаев нарушения ведения врачебной практики (случаев, подозрительных на нарушения) и их причин, с последующей разработкой предложений о мерах административного и организационного характера, направленных на профилактику аналогичных нарушений (приложение 17). Решения ЛКК представляются на рассмотрение руководства ЛПУ, на их основе главным врачом могут издаваться приказы о дисциплинарных взысканиях, направлении работников на обучение, кадровых изменениях и т. п.

Таким образом, ЛКК позволяет администрации ЛПУ принять грамотные организационные решения по случаям нарушений в клинической практике, основанные на комиссионном экспертном заключении опытных и авторитетных профессионалов.

При обращении пациента с жалобой в вышестоящий орган управления здравоохранением, страховую организацию, в прокуратуру или иную инстанцию, как правило, в ЛПУ поступает запрос из этой инстанции, в котором содержится предписание рассмотреть случай, породивший жалобу, на ЛКК учреждения здравоохранения и представить ее решение к определенному сроку.

Задачи, которые решает ЛКК, обуславливают необходимость привлечения в ее штат наиболее квалифицированных и авторитетных представителей врачебного коллектива ЛПУ, мнение которых о профессиональных действиях коллег будет высоко компетентно и справедливо. Учитывая многообразие клинических ситуаций, которые могут стать предметом рассмотрения ЛКК, в ее состав могут дополнительно вводиться представители различных врачебных специальностей, в т. ч. приглашенные из других ЛПУ.

Регламент работы ЛКК должен предусматривать регистрацию особого мнения ее участников.

В некоторых учреждениях ЛКК помимо нарушений клинической практики рассматривают случаи неудовлетворительной работы вспомогательных служб (аптека, блок питания, лаборатория и т. п.).

Организационно-методический кабинет несет ответственность за полноту и достоверность статистического учета в больнице. В связи с этим в его штатное расписание вводятся ставки медицинских статистиков со средним медицинским образованием, а в крупных больницах врач. Сотрудники ОМК следят за тем, чтобы все структурные подразделения были своевременно обеспечены учетно-отчетными формами, проводят подготовку лиц, ответственных за ведение этой документации, осуществляют сбор и обобщение статистических данных с установленной периодичностью, следят за их достоверностью и доводят до сведения должностных лиц.

В ноябре месяце сотрудники ОМК проводят инструктаж представителей структурных подразделений ответственных за статистический учет, о порядке предоставления годовых отчетов. В конце декабря начале января сотрудники ОМК, совместно с главными специалистами организуют сбор отчетов у структурных подразделений, обобщают полученные статистические данные и сдают годовой отчет в соответствующие инстанции.

Сотрудники ОМК регулярно не реже одного раза в квартал проверяют своевременность и полноту заполнения первичной учетной документации, отслеживают в динамике значение некоторых показателей и, в случае выявления значительных отклонений, совместно со специалистами выявляют причины и принимают меры по их устранению.

Совместно с кадровой службой больницы ОМК разрабатывает и утверждает в установленном порядке должностные инструкции на все должности, предусмотренные штатным расписанием больницы.

Совместно с руководителями структурных подразделений и юристом (юридической службой в крупных больницах) разрабатывают Положения о всех структурных подразделениях, входящих в состав учреждения, других ЛПУ района, а так же о всех комиссиях, советах и других органов в составе больницы (МС, КИЛИ, ЛКК, ПАК и др.).

Как Положения о структурных подразделениях, так и должностные инструкции в обязательном порядке утверждаются главным врачом после согласования с профсоюзным комитетом больницы.

Организационно-методический кабинет следит за тем, чтобы в больнице должным образом было организовано делопроизводство. Обязательным условием является наличие номенклатуры дел и соблюдение всех требований, которые предъявляются к ее ведению. В больнице должна быть разработана и утверждена главным врачом инструкция по делопроизводству, включающая в себя рекомендации по правильному оформлению всех документов, их рациональному движению, по осуществлению контроля за своевременным исполнением контрольных документов и т.д.

При ОМК целесообразно организовать библиотеку, назначив одного из сотрудников ответственным за ее работу. Указанному специалисту, необходимо пройти стажировку на рабочем месте в областной медицинской библиотеке. Он должен организовать, по согласованию с главными специалистами, выписку специальной литературы, ее учет, информацию о ее поступлении и выдачу сотрудникам, установить контакт с областной медицинской библиотекой и, с ее помощью, обеспечивать специалистов ЦРБ необходимой литературой.

Самой объективной оценкой деятельности учреждения, а так же любого его подразделения является мнение пациентов, которое изучается при помощи социологических исследований (опросов), их следует проводить систематически, желательно ежеквартально с последующим обсуждением результатов и принятием мер по устранению выявленных недостатков.

Предварительно составляются анкеты (приложение 32), в них должны отражаться основные вопросы, которые необходимо выяснить или уточнить в ходе опроса. Анкеты составляются совместно со специалистами по проведению социологических исследований, желательно под соответствующую компьютерную программу, с помощью которой полученные данные легко бы обрабатывались и демонстрировали связь между всеми анализируемыми параметрами. Полученные результаты должны глубоко анализироваться для выявления причин, порождающих недовольство пациентов, обязательным является принятие мер по устранению выявленных недостатков.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В методических рекомендациях представлены основные направления организационно-методической работы в центральных районных больницах. На практике полномочия ОМК могут быть значительно расширены по усмотрению руководителя учреждения. В целом именно деятельность ОМК во многом определяет организацию оказания медицинской помощи населению, ее качество и доступность, а так же рациональность и эффективность функционирования самого лечебно-профилактического учреждения.

**ПРИМЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ
об организационно-методическом кабинете
центральной районной больницы**

1. Организационно-методический кабинет - самостоятельное структурное подразделение.

2. Руководит всей организационно-методической работой в районе заместитель главного врача по организационно-методической работе, в подчинении которого находится организационно-методический кабинет.

3. Структура и штатное расписание организационно-методического кабинета определяется численностью обслуживаемого населения.

В своей деятельности организационно-методический кабинет руководствуется приказами МЗ РФ, методическими рекомендациями, приказами Департамента здравоохранения области, приказами и распоряжениями главного врача ЦРБ и настоящим положением.

Организационно-методический кабинет:

- разрабатывает проекты перспективных и текущих планов основных организационных мероприятий здравоохранения района;

- осуществляет контроль за выполнением планов работы, решений медицинского совета и других совещательных органов больницы;

- изучает по материалам статистических отчетов и проверки работы учреждений здравоохранения доступность и качество медицинского обслуживания населения района и деятельность сельских лечебно-профилактических учреждений;

- разрабатывает, на основании анализа деятельности медицинских учреждений, предложения по устранению имеющихся недостатков и практические мероприятия по повышению доступности, качества и культуры медицинского обслуживания населения;

- разрабатывает планы стажировки специалистов на рабочих местах, прохождение первичной специализации и повышения квалификации врачей лечебно-профилактических учреждений района, планы консультативных выездов врачей-специалистов в район для оказания практической помощи медицинским работникам;

- несет непосредственную ответственность за изучение и обобщение опыта работы лучших лечебно-профилактических учреждений района, разрабатывает мероприятия по доведению опыта их работы до сведения всех учреждений здравоохранения района;

- разрабатывает совместно с главными специалистами организационно-методические материалы по важнейшим разделам работы лечебно-профилактических учреждений и доводит их до сведения всех учреждений здравоохранения;

- участвует в подготовке и проведении районных конференций, семинаров медицинских работников;

- организует работу комиссий по комплексной проверке состояния медицинской помощи в сельских муниципальных образованиях;
- осуществляет координацию работы главных специалистов района;
- осуществляет консультативную помощь руководителям и врачам специалистам сельских ЛПУ по вопросам организации работы их учреждений;
- организует силами соответствующих специалистов ЦРБ систематическое изучение и анализ историй болезни на умерших в лечебно-профилактических учреждениях района, случаев поздней госпитализации, расхождения клинических и патолого-анатомических диагнозов и на основании этих данных разрабатывает соответствующие практические мероприятия;
- совместно с главными специалистами осуществляет прием статистических отчетов отдельных медицинских учреждений, обобщает полученные данные и представляет отчет в областной МИАЦ;
- организует и контролирует постановку делопроизводства в больнице, правильность и своевременность оформления документов;
- организует и осуществляет контроль за деятельностью совещательных органов ЦРБ (медицинский совет, КИЛИ, ЛКК, ПАК и др.);
- организует проведение социологических опросов населения, анализирует полученные результаты и вносит предложения по устранению выявленных недостатков;
- курирует работу библиотеки, обеспечивает пополнение ее фондов и информирование специалистов о новинках в здравоохранении.

ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ

заместителя главного врача по организационно-методической работе

I. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

Заместитель главного врача по организационно-методической работе обеспечивает постановку всей оргметодработы в учреждении, координирует ее по вопросам медицинской статистики и отчетности, руководит обучением молодых специалистов и резерва на выдвижение на руководящие должности.

На должность заместителя главного врача по организационно-методической работе назначается лицо с высшим медицинским, прошедшее специальную подготовку по организации здравоохранения и социальной гигиене, со стажем работы по специальности не менее 5 лет.

Заместитель главного врача по организационно-методической работе назначается и увольняется главным врачом в соответствии с действующим законодательством и непосредственно ему подчиняется.

В своей работе заместитель главного врача по организационно-методической работе руководствуется Уставом МЦР больницы, приказами и инструкциями органов здравоохранения, действующими законоположениями, распоряжениями и указаниями вышестоящих органов, приказами и распоряжениями главного врача, методическими рекомендациями по выполняемому разделу работы, настоящей должностной инструкцией и правилами внутреннего трудового распорядка.

II. ОБЯЗАННОСТИ

Для выполнения своих функций заместитель главного врача по организационно-методической работе обязан:

1. Организовывать статистический учет и отчетность во всех структурных подразделениях учреждения по учетным формам, утвержденным МЗ РФ и соответствующими инструктивно-методическими указаниями.

2. Организовывать и обеспечивать надлежащий уровень обработки и анализа качественных показателей работы сельских лечебно-профилактических учреждений и доводить до каждого медицинского учреждения района

3. Рассматривать и утверждать планы работы непосредственно подчиненных ему структурных подразделений больницы;

4. Обеспечивать контроль за правильностью ведения документации и достоверностью содержащейся в ней информации.

5. Руководить разработкой программ по автоматизированной системе учета деятельности учреждения.

6. Разрабатывать отчетные формы по анализу работы структурных подразделений.

7. Обеспечивать получение первичной учетной документации из подразделений.

8. Руководить работой сотрудников организационно-методического кабинета.
9. Осуществлять специальные статистические разработки в пределах установленной статистической отчетности, для их оперативного использования в управлении деятельностью учреждения.
10. Обеспечивать рациональное и правильное хранение учетных документов, согласно номенклатуры дел.
11. Принимать участие в планировании работы структурных подразделений и составлять годовой комплексный план работы учреждения по всем направлениям, следить за своевременностью исполнения плановых мероприятий.
12. Обеспечивает своевременное и качественное оформление решений аппаратных совещаний, заседаний медицинского Совета и следит за своевременным их исполнением.
13. Предоставлять в установленном порядке исчисленные показатели о деятельности учреждения главному врачу и его заместителям.
14. Своевременно представлять информацию в вышестоящие инстанции по выполнению приказов, решений, постановлений, распоряжений.
15. Организовывать и контролировать своевременное и качественное составление годовых отчетных форм, утвержденных МЗ РФ.
16. Участвовать в составлении и сдаче годовых отчетов и контрольных заданий.
17. Проводить контроль за правильностью кодирования заболеваний в соответствии с МКБ-Х, консультировать по данному вопросу индивидуально врачей, проводить семинары, врачебные конференции.
18. Заниматься подготовкой документации к лицензированию и аккредитации учреждения.
19. Систематически повышать свою профессиональную квалификацию путем изучения медицинской литературы, участия в работе семинаров, циклов усовершенствования по вопросам организации здравоохранения.
20. Организует проведение для врачей учреждения реферативных обзоров новинок литературы по профилактике, диагностике и лечению основных заболеваний, организации оказания медицинской помощи.
21. Осуществлять подписку на периодическую печать, формировать библиотеку и создавать сотрудникам условия для работы с литературой.
22. Осуществлять методическое руководство при подготовке аттестационных работ врачами и средним медицинским персоналом (правильность оформления работ, достоверность предоставленных статистических данных за анализируемый период).
23. Знать основные аспекты деятельности учреждения и ежемесячно докладывать на аппаратных совещаниях результаты проведения анализа количественных и качественных показателей.
24. Организует методическое обеспечение деятельности главных специалистов района и сотрудников сельских ЛПУ;
25. Формировать и оснащать выездные бригады специалистов для проведения организационной, консультативно-диагностической, лечебной работы;

26. Организовывать районные совещания и семинары по итогам деятельности и актуальным вопросам состояния здоровья населения и здравоохранения;

27. Изучать, обобщать и распространять передовой опыт работы лечебно-профилактических учреждений района, и внедрять в практику опыт работы лучших медицинских учреждений краев и областей;

28. Несет ответственность за своевременную подготовку и качество организационно-методических материалов, разрабатываемых и направленных в лечебно-профилактические учреждения района

29. Организовывает и систематически проводит инструктаж работников организационно-методических отделов и медицинских статистиков ЦРБ по их основным функциональным обязанностям.

30. Соблюдать правила охраны труда, техники безопасности и внутреннего трудового распорядка.

31. Принимать непосредственное участие в разработке должностных инструкций, коллективного договора, правил внутреннего трудового распорядка.

32. Систематически доводить до сведения работников непосредственно подчиненных ему структурных подразделений больницы: приказы, распоряжения и инструктивно-методические указания вышестоящих организаций и обеспечивать их своевременное выполнение;

33. Систематически проводить инструктаж работников ОМК ЦРБ и медицинских статистиков по их основным функциональным обязанностям.

III. ПРАВА

Заместитель главного врача по организационно-методической работе имеет право:

1. Для исполнения своих функциональных обязанностей получать необходимую информацию от руководителей структурными подразделениями ЦРБ, УБ, СВА.

2. Проверять состояние первичного статистического учета и отчетности в подразделениях и давать необходимые указания по правильности их ведения.

3. Докладывать руководителю о выявленных недостатках в состоянии учета и медицинской статистики и вносить предложения, направленные на улучшения условий труда и внедрение НОТ.

4. Отдавать распоряжения и указания по организационно-методической работе и контролировать их выполнение.

5. Требовать от руководителей структурных подразделений правильного и своевременного оформления документов, поступающих в оргметодкабинет.

6. Проводить проверку структурных подразделений, УБ, СВА по постановке оргметодработы, делопроизводства, медицинской статистики, выполнения плановых мероприятий.

7. Обсуждать вопросы и совместно с руководителями структурных подразделений разрабатывать мероприятия по улучшению организационно-методической работы,

8. Принимать непосредственное участие в приеме годовых статистических

отчетов о деятельности органов и учреждений здравоохранения района;

9. Повышать свою профессиональную квалификацию один раз в пять лет на циклах усовершенствования.

10. Представлять главному врачу на непосредственно подчиненных сотрудников материалы на поощрение и на взыскание за нарушение трудовой дисциплины.

11. Принимать непосредственное участие в подборе и расстановке подчиненных ему кадров.

IV. ОЦЕНКА РАБОТЫ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Оценка работы заместителя главного врача по организационно-методической работе производится главным врачом на основании анализа его работы и подчиненного ему персонала.

Заместитель главного врача по организационно-методической работе несет ответственность за:

— нечеткое и несвоевременное исполнение обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией и правилами внутреннего трудового распорядка;

— несвоевременное и неполное выполнение мероприятий, предусмотренных планом работы;

— состояние и уровень статистического учета и отчетности;

— качество и своевременность представления информации в вышестоящие органы управления здравоохранением;

— правильность ведения медицинской документации и достоверность содержащейся в ней информации.

— за своевременное и полное выполнение мероприятий, предусмотренных единым планом организационно-методической работы, проводимой на территории района.

— за изучение, обобщение и распространение передового опыта работы сельских лечебно-профилактических учреждений, а также изучение и внедрение в практику опыта работы лучших медицинских учреждений лечебно-профилактических учреждений области.

ПРИМЕРНАЯ ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ

врача-методиста организационно-методического кабинета центральной районной больницы

Общие положения:

На должность врача-методиста назначается врач, имеющий опыт лечебной и организационной работы.

Назначение и увольнение врача-методиста осуществляется главным врачом больницы по представлению заместителя главного врача по организационно-методической работе.

Врач-методист в тесном контакте с главными специалистами ЦРБ, непосредственно подчиняется заместителю главного врача по организационно-методической работе, а при его отсутствии лицу, его замещающему.

В своей работе врач-методист руководствуется данной должностной инструкцией и приказами МЗ РФ.

Врач-методист обязан :

1. Координирует выездную работу специалистов;
2. Осуществляет планирование выездной работы на год, квартал, месяц;
3. Проводит инструктаж выезжающих в район;
4. Осуществляет выдачу и прием путевок, прием отчетов о командировке;
5. Проводит анализ выездной работы ежемесячно, ежеквартально, по итогам года главных специалистов района;
6. Составляет отчеты по выездной работе с представлением информации главному врачу.
7. Помогает заместителю главного врача по организационно-методической работе в подготовке комплексных проверок районов (оформление бригад, подготовка приказа, инструктаж выезжающих).
8. Осуществляет контроль за полнотой заполнения паспортов сельских ЛПУ;
9. Проводит анализ и обобщение материалов по выездной работе по разделам:
 - диспансеризация;
 - консультативная работа;
 - профосмотры населения;
 - организация работы служб;
 - организация делопроизводства и контроля за выполнением директивных документов в сельских ЛПУ;

- контроль качества оказания медицинской помощи на этапах;
- работа с общественными организациями и населением (письма, жалобы и др.).

10. Организует работу по контролю за выполнением предложений специалистов областных лечебно-профилактических учреждений, сделанных при выездах в районы области.

Права врача-методиста

1. Для исполнения своих функциональных обязанностей получать необходимую информацию от руководителей структурными подразделениями ЦРБ, УБ, СВА.

2. По поручению зам. главного врача по ОМР проверять состояние первичного статистического учета и отчетности в подразделениях и вносить предложения по правильности их ведения.

4. Докладывать заместителю главного врача по ОМР о выявленных недостатках в состоянии учета и медицинской статистики и вносить предложения, направленные на улучшения условий труда и внедрение НОТ.

10. По поручению зам. главного врача по ОМР проводить проверку структурных подразделений, УБ, СВА по постановке делопроизводства, медицинской статистики, выполнения плановых мероприятий.

11. Вносить предложения по улучшению организационно-методической работы.

12. Повышать свою профессиональную квалификацию один раз в пять лет на циклах усовершенствования.

Оценка работы и ответственность

Оценка работы врача-методиста осуществляется заместителем главного врача по организационно-методической работе на основании анализа его работы.

Врач-методист несет ответственность за:

— нечеткое и несвоевременное исполнение обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией и правилами внутреннего трудового распорядка;

— несвоевременное и неполное выполнение поручений заместителя главного врача по ОМР;

— качество и своевременность представления информации;

— правильность ведения медицинской документации и достоверность содержащейся в ней информации.

ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ фельдшера организационно-методического отдела

I. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

1.1. На должность фельдшера организационно-методического отдела назначается лицо со средним медицинским образованием, имеющее опыт работы не менее 5 лет, имеющее квалификационную категорию не ниже первой.

1.2. Назначение и увольнение фельдшера организационно-методического отдела производится главным врачом по представлению заместителя главного врача по организационно-методической работе в соответствии с действующим законодательством.

1.3. Непосредственно подчиняется заместителю главного врача по организационно-методической работе.

1.4. В своей работе фельдшер организационно-методического отдела руководствуется официальными документами по выполняемому объему работы, приказами, распоряжениями выше стоящих должностных лиц, настоящей должностной инструкцией, правилами внутреннего распорядка ЦРБ.

II. ОБЯЗАННОСТИ

2.1. По распоряжению врача-методиста осуществляет сбор информации из структурных подразделений больницы и ЛПУ района .

2.2. Рассылает по курируемой специальности документы в ЛПУ район и в структурные подразделения.

2.3. Производит ввод и распечатывание документов по курируемой специальности по распоряжению главного специалиста или врача-методиста.

2.4. Осуществляет оповещение и контроль посещения мероприятий проводимых в районе.

2.5. По распоряжению заместителя главного врача по организационно-методической работе или врача-методиста производит ввод и распечатывание документов (приказов, распоряжений, справок) по курируемой специальности.

2.6. Повышает свою квалификацию по организации здравоохранения.

2.7. Контролирует соблюдение технологической дисциплины при работе с базами данных.

2.8. Отчитывается о проделанной работе ежеквартально.

2.9. Курирует вопросы организации выездов специалистов и бригад в пределах района, принимает формализованные отчеты по командировкам и готовит ежеквартальные статистические (количественные) отчеты об объемах выездной работы.

2.10. Выполняет все распоряжения заместителя главного врача по организационно-методической работе и в пределах своей компетенции.

2.11. Соблюдать правила безопасности труда на ПЭВМ, противопожарной безопасности.

III. ПРАВА

Фельдшер организационно-методического отдела имеет право:

- 3.1. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
- 3.2. Вносить предложения по улучшению организации и условий своего труда.
- 3.3. Систематически повышать свою квалификацию на курсах повышения квалификации среднего медицинского персонала

IV. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Фельдшер организационно-методического отдела несет ответственность:

- 4.1. За четкое и своевременное выполнение обязанностей, предусмотренных настоящей инструкцией и правилами внутреннего распорядка ЦРБ.
- 4.2. За сохранность вверенного имущества.
- 4.3. За сохранность информации, накапливаемой в курируемых базах данных.

ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ районного специалиста

I. Общие положения:

1. На должность районного специалиста назначается лицо, имеющее высшее медицинское образование и стаж работы в учреждениях здравоохранения не менее 5 лет.

2. Назначение на должность районного специалиста и освобождение от должности осуществляется приказом главного врача по согласованию с главным специалистом области (по профилю)

3. Районный специалист должен знать:

3.1. Конституцию РФ.

3.2. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, федеральные законы и иные (в т.ч. районные) нормативные правовые акты по вопросам здравоохранения.

3.3. Теоретические основы социальной гигиены и организации здравоохранения, системы управления в здравоохранении.

3.4. Особенности структуры учреждения по своему профилю.

3.5. Организацию труда.

3.6. Статистику состояния здоровья детского населения; критерии и показатели, характеризующие состояние здоровья детей и подростков.

3.7. Организацию экспертизы трудоспособности в педиатрии.

3.8. Организацию социальной и медицинской реабилитации больных детей.

3.9. Организацию санитарного просвещения, гигиенического воспитания населения и пропаганды здорового образа жизни.

3.10. Основы трудового законодательства.

3.11. Правила и нормы охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии и противопожарной защиты.

4. Главный специалист района непосредственно подчиняется заместителю главного врача по лечебной части.

5. Главному специалисту района подчиняются заведующие профильных отделений и врачи-специалисты соответствующего профиля.

6. В своей деятельности руководствуется приказами, указаниями и распоряжениями Минздравсоцразвития России, Департамента здравоохранения, распоряжениями, уставом (положением) учреждения и настоящей должностной инструкцией.

II. Должностные обязанности.

Главный специалист района обязан:

1. Разрабатывает раздел годового плана лечебно-профилактической работы учреждения по своему профилю работы и представляет его на утверждение заместителю главного врача по ОМР.

2. Утверждает планы работы профильных подразделений учреждения.

3. Координирует работу профильных подразделений учреждения между собой и с органами социальной защиты.

4. Организует оперативный контроль за деятельностью профильных подразделений, врачей-специалистов.

5. Принимает участие в составлении графиков работы врачей, графиков проведения диспансерных осмотров, проведения периодических осмотров; обеспечивает их выполнение.

6. Принимает участие в разработке мероприятия по обеспечению равномерности нагрузки и ритмичности медицинского обслуживания населения района.

7. Доводит до заведующих профильными подразделениями, врачей информацию о новых лекарственных средствах, методах оказания медицинской помощи.

8. Принимает отчеты от заведующих профильными подразделениями, врачей-педиатров; анализирует работу медицинского персонала соответствующего профиля.

9. Контролирует правильность и своевременность оформления медицинской документации, утвержденной Минздравом России.

10. Принимает участие в проведении проверки качества медицинского обслуживания населения района (объем, качество и своевременность оказания медицинской помощи, правильности диагностики, применения лекарственных средств, показаний к госпитализации, пр.).

11. Анализирует показатели, характеризующие состояние здоровья населения района, а также качество медицинского обслуживания.

12. Проводит анализ диагностических и тактических ошибок в деятельности врачей, принимает меры по их устранению и докладывает об итогах заместителю главного врача по лечебной части и главному специалисту области.

13. Принимает участие в разработке планов повышения квалификации медицинского персонала по своему профилю, организует проведение занятий, конференций, по повышению квалификации.

14. Участвует в подготовке медицинского персонала к аттестации.

15. Осуществляет контроль за выполнением приказов (распоряжений) главного врача, главного специалиста Департамента здравоохранения области.

16. Принимает участие в рассмотрении заявлений от населения по качеству и своевременности медицинского обслуживания населения района, принимает меры по жалобам в пределах своей компетенции.

III. Права.

Районный специалист имеет право:

1. Участвовать в обсуждении вопросов, касающихся исполняемых им должностных обязанностей.
2. Вносить на рассмотрение главного врача предложения по совершенствованию качества медицинской помощи населению района, улучшению организации труда.
3. Подписывать и визировать документы в пределах своей компетенции.
4. Давать указания заведующими профильными подразделениями и врачами-специалистами, обязательные для исполнения.
5. Вносить предложения о поощрении отличившихся работников, о наложении взысканий на нарушителей производственной и трудовой дисциплины.
6. Требовать от главного врача и его заместителей оказания содействия в исполнении возложенных на него обязанностей и реализации предоставленных прав.
7. Принимать участие в работе совещаний, конференций, секций, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к профессиональной компетенции.

IV. Ответственность.

Районный специалист привлекается к ответственности:

1. За ненадлежащее исполнение или неисполнение своих должностных обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией, - в пределах и порядке, определенных действующим трудовым законодательством Российской Федерации.
2. За правонарушения, совершенные в процессе осуществления своей деятельности, - в пределах и порядке, установленных действующим административным, уголовным и гражданским законодательством Российской Федерации.
3. За ошибки, повлекшие за собой тяжкие последствия (причинение вреда здоровью людей) в пределах действующего административного, уголовного и гражданского законодательства.

ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ

специалист в области медицинской статистике со средним медицинским образованием

I. Общие знания

Специалист в области медицинской статистики должен знать:

- основы законодательства и права в здравоохранении;
- основы медицинского страхования;
- организацию работы медицинского учреждения в новых экономических условиях;
- нормативные документы, регламентирующие деятельность медицинских учреждений;
- основы валеологии и санологии; методы и средства гигиенического воспитания, федеральные, территориальные программы охраны здоровья населения;
- медицинскую этику и деонтологию;
- психологию профессионального общения;
- статистические показатели оценки здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения;
- организацию делопроизводства, систему учета и отчетности учреждения здравоохранения; основные виды медицинской документации;
- основы диспансеризации, социальную значимость заболеваний;
- охрану труда и технику безопасности в медицинском учреждении;
- основы медицины катастроф;
- систему инфекционного контроля, инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала медицинского учреждения; систему взаимодействия лечебно-профилактического учреждения с учреждениями санитарно-эпидемиологического профиля;
- профессиональное назначение, функциональные обязанности, права и ответственность специалиста;
- организацию первичного медицинского учета, составление статистического отчета учреждения здравоохранения.

II. Общие умения

Специалист в области медицинской статистики должен уметь:

- анализировать сложившуюся ситуацию и принимать решения в пределах своей профессиональной компетенции и полномочий;
- использовать коммуникативные навыки общения;
- работать с организационно-распорядительной документацией;
- документировать основные этапы оказания медицинской помощи пациентам;
- вести медицинскую документацию;
- проводить мероприятия по защите населения, больных, пострадавших и

персонала службы медицины катастроф, медицинской службы гражданской обороны;

- оказывать доврачебную помощь при неотложных состояниях;
- повышать профессиональный уровень знаний, умений и навыков.

III. Специальные знания

Специалист в области медицинской статистики должен знать:

- предмет медицинской статистики, положения, перечень учреждений здравоохранения;
- систему учета и отчетности учреждения здравоохранения (лечебно-профилактического учреждения, центра госэпиднадзора и др.);
- нормативные документы по медицинской статистике (приказы, инструктивные указания и др.);
- международную статистическую классификацию болезней и причин смерти (МКБ), ее значение для анализа деятельности учреждения здравоохранения;
- показатели, характеризующие здоровье населения (заболеваемость, смертность, инвалидность, временная нетрудоспособность, физическое развитие);
- качество медицинской помощи, критерии оценки;
- лицензирование и аккредитация учреждений здравоохранения;
- классификацию медицинских услуг;
- цели и задачи проведения проверок полноты учета, ведения первичной медицинской документации, оформления результатов проверки.

IV. Специальные умения

Специалист в области медицинской статистики должен уметь:

- организовать сбор данных для составления отчета учреждения;
- подготовить вспомогательные материалы (разработочные таблицы) для составления отчета учреждения (свода по территории);
- уметь пользоваться инструктивными материалами по учетно-отчетной документации и годовому отчету;
- шифровать в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и причин смерти статистические талоны, карты выбывших из стационаров и др.;
- рассчитать основные статистические показатели деятельности учреждения и средние величины, дать оценку работы учреждения;
- строить статистические таблицы различных видов (простые, групповые, комбинационные и др.);
- строить графики и диаграммы;
- проверять качество ведения медицинской документации и достоверность данных годового отчета учреждения в целом, отдельных его подразделений;
- работать на ПЭВМ по вводу, хранению и обработке первичной медицинской документации и отчетных форм;

- уметь использовать программные средства, применяемые в повседневной деятельности учреждения;

- уметь использовать экономическую информацию в соответствии с задачами учреждения (ЛПУ, центра Госсанэпиднадзора);

- оказать помощь заместителю главного врача по оргметодработе в проведении инструктивного совещания по составлению годового отчета;

- обеспечить взаимозаменяемость в оргметодкабинете медстатистиков по текущим функциональным обязанностям.

V. Манипуляции

Сбор, обработка, организация хранения, поиск и использование информации для решения производственных задач.

Утверждены
Заместителем Министра здравоохранения и
социального развития Российской Федерации
В.И.СТАРОДУБОВЫМ
24 мая 2005 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАСЧЕТУ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1. Статистика здоровья населения

1.1. Статистика медико-демографических процессов

Демография (от греч. *demos* - народ, *grapho* - писать) изучает закономерности и социальную обусловленность рождаемости, смертности, миграции, репродуктивного поведения населения и др.

Предметом демографии являются законы естественного движения населения, как процесс непрерывного возобновления его численности и структуры в ходе смены одного поколения другим.

Применяя статистические и математические, а также собственно демографические методы (продольный и поперечный анализ поколений, метод построения таблиц дожития, плодовитости, брачности, математические модели населения и др.), демография разрабатывает теорию воспроизводства населения, демографические прогнозы, обосновывает демографическую политику.

Основные показатели, расчет и оценка которых позволяют проводить углубленный анализ медико-демографических процессов, представлены в таблицах 1, 2, 3.

Таблица 1

Показатели медико-демографических процессов

Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы стат. документов
Показатели рождаемости		
Общий коэффициент рождаемости	$= \frac{\text{Общее число родившихся за год живыми}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$	ф. 103/у-98
Специальный коэффициент рождаемости (плодовитости)	$= \frac{\text{Общее число родившихся живыми за год}}{\text{Среднегодовая численность женщин репродуктивного возраста (15-49 лет)}} \times 1000$	ф. 103/у-98
Повозрастной коэффициент рождаемости (плодовитости)	$= \frac{\text{Число рождений у женщин определенной возрастной группы}}{\text{Среднегодовая численность женщин этой возрастной группы}} \times 1000$	ф. 103/у-98
Показатели смертности		

Общий коэффициент смертности	$\frac{\text{Общее число умерших за год}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100$	ф. 106/у-98
Повозрастные коэффициенты смертности	$\frac{\text{Общее число умерших определенной возрастной группы (обоих полов, мужчин или женщин)}}{\text{Среднегодовая численность населения (обоих полов мужчин или женщин) этой возрастной группы}} \times 1000$	ф. 106/у-98
Общий коэффициент смертности от I-ой причины	$\frac{\text{Число умерших от I-ой причины}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\ 000$	ф. 106/у-98
Структура смертности по причинам, возрасту, полу	$\frac{\text{Число умерших от конкретной причины, определенной возрастной группы, пола за год}}{\text{Общее число умерших от пола, возрастной группы}} \times 100$	ф. 106/у-98
Материнская смертность	$\frac{\text{Число умерших беременных, рожениц, родильниц течение 42 дней после прекращения беременности}}{\text{Число беременных, рожениц, родильниц}} \times 100\ 000$	ф. 106/у-98 ф. 103/у-98
Структура материнской смертности по причинам	$\frac{\text{Число умерших беременных, рожениц, родильниц течение 42 дней после прекращения беременности от I-ой причины}}{\text{Число умерших беременных, рожениц, родильниц течение 42 дней после прекращения беременности}} \times 100\ 000$	ф. 106/у-98
Структура материнской смертности по возрасту	$\frac{\text{Число умерших беременных, рожениц, родильниц течение 42 дней после прекращения беременности определенной возрастной группы}}{\text{Число умерших беременных, рожениц, родильниц течение 42 дней после прекращения беременности}} \times 100$	ф. 106/у-98
Коэффициент младенческой смертности	$\frac{\text{Число детей, умерших в течение года, на 1-м году жизни}}{\text{Число родившихся живыми в данном календарном году}} \times 1000$	ф. 106/у-98 ф. 103/у-98
Коэффициент младенческой смертности (формула Ратса)	$\frac{\text{Число детей, умерших в течение года, на 1-м году жизни}}{2/3 \text{ родившихся живыми в данном году} + 1/3 \text{ родившихся живыми в предыдущем году}} \times 1000$	ф. 106/у-98 ф. 103/у-98
Ранняя неонатальная смертность (смертность детей в первой неделе жизни)	$\frac{\text{Число детей, умерших в возрасте 0-6 дней (168 часов)}}{\text{Число родившихся живыми}} \times 1000$	ф. 106/у-98 ф. 103/у-98
Поздняя неонатальная смертность (смертность детей в возрасте 7-28 суток жизни)	$\frac{\text{Число детей, умерших в возрасте 7-28 дней}}{\text{Число родившихся живыми} - \text{Число детей, умерших на 1-й неделе жизни}} \times 1000$	ф. 106/у-98, ф. 103/у-98, ф. 106-2/ у-98

Неонатальная смертность (смертность детей первые 28 суток)	$\frac{\text{Число детей, умерших в впервые 28 дней}}{\text{Число родившихся живыми}} \times 1000$	ф. 106/у-98, ф. 103/у-98
Постнеонатальная смертность (смертность детей возрасте от 29 дней до 1 года)	$\frac{\text{Число детей, умерших в возрасте от 29 дней до 1 года}}{\text{Число родившихся} - \text{Число детей, умерших в впервые 28 дней}} \times 1000$	ф. 106/у-98, ф. 103/у-98, ф. 106-2/ у-98
Структура младенческой смертности причинам	$\frac{\text{Число детей, умерших в течение года на 1-м году от i-ой причины}}{\text{Общее число детей, умерших в течение года на 1-м году жизни}} \times 1000$	ф. 106/у-98
Структура младенческой смертности по полу	$\frac{\text{Число детей определенного пола, умерших в течение года на 1-м году жизни}}{\text{Общее число детей, умерших в течение года на 1-м году жизни}} \times 1000$	ф. 106/у-98
Коэффициент мертворождаемости	$\frac{\text{Число родившихся мертвыми}}{\text{Число родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000$	ф. 106/у-98 ф. 103/у-98
Коэффициент перинатальной смертности	$\frac{\text{Число родившихся мертвыми} + \text{Число умерших в первые 168 часов жизни}}{\text{Число родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000$	ф. 106/у-98 ф. 103/у-98
Коэффициент фетоинфантильных потерь (ФИП)	$\frac{\text{Число родившихся} + \text{Число умерших на первом году жизни}}{\text{Число родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000$	ф. 106/у-98 ф. 103/у-98

Таблица 2

Схема оценки общего уровня рождаемости

Общий коэффициент рождаемости (на 100 населения)	Уровень рождаемости
До 10	Очень низкий
11-15	Низкий
16 – 20	Ниже среднего
21 – 25	Средний
26 – 30	Выше среднего
31 – 40	Высокий
Более 40	Очень высо

Таблица 3

Схема оценки общего уровня смертности

Общий коэффициент смертности (на 100 населения)	Уровень смертности
до 7	Очень низкий
7 - 10	Низкий
11 - 15	Средний
16-20	Высокий
21 - и выше	Очень высокий

1.2. Статистика заболеваемости населения

Структура и уровень заболеваемости являются важнейшими составляющими комплексной интегральной оценки здоровья населения. Ее изучение необходимо для обоснования управленческих решений на федеральном, региональном и муниципальном уровнях управления здравоохранением. Только на ее основе возможно правильное планирование, прогнозирование развития сети учреждений здравоохранения, потребности ее в различных видах ресурсов. Показатели заболеваемости служат одним из критериев оценки качества работы медицинского персонала, учреждений, системы здравоохранения в целом. Важнейшие показатели заболеваемости населения и способы их вычисления представлены в таблице 4.

Таблица 4

Показатели заболеваемости населения

Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы ста документов
Показатели заболеваемости по обращаемости		
Первичная заболеваемость (по обращаемости)	Число впервые в жизни зарегистрированных случаев заболеваний = ----- x 1 000 Среднегодовая численность населения	ф. 12
Общая заболеваемость по обращаемости (распространенность, болезненность)	Число всех заболеваний, выявленных в данном году = ----- x 1 000 Среднегодовая численность населения	ф. 12
Накопленная заболеваемость (по обращаемости)	Число всех заболеваний, выявленных в течение жизни = ----- x 1 000 Среднегодовая численность населения	БД страховых медицинских организаций
Исчерпанная (истинная) заболеваемость	Число всех заболеваний, выявленных в данном году (по обращаемости) + число медицинских осмотров * + число заболеваний, вызвавших смерть больного * = ----- x 1 000 Среднегодовая численность населения	БД страховых медицинских организаций
Патологическая	Число заболеваний, выявленных	ф. 025 - 12/у-0

пораженность	на медицинских осмотрах = ----- x 1 000 Число осмотренных	
Инфекционная заболеваемость	Число выявленных инфекционных заболеваний = ----- x 100 000 Среднегодовая численность населения	ф. 060/у
Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности		
Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы стат. документов
Число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих	Число случаев временной утраты трудоспособности = ----- x 100 Средняя численность работающих	ф. 16-ВН
Число дней временной нетрудоспособности на 100 работающих	Число дней временной утраты трудоспособности = ----- x 100 Средняя численность работающих	ф. 16-ВН
Средняя длительность (тяжесть) случаев временной нетрудоспособности	Число дней временной утраты трудоспособности = ----- x 100 Число случаев временной утраты трудоспособности	ф. 16-В
Индекс здоровья (число ни разу не болевших)	Число ни разу не болевших = ----- x 100 Средняя численность работающих	БД страховых медицинских организаций

* **Примечание:** учитываются заболевания, по поводу которых не было зарегистрировано обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения.

Все приведенные в таблице показатели могут рассчитываться по отдельным возрастно-половым группам, классам заболеваний, отдельным нозологическим формам. Помимо этого анализируется структура этих показателей в общем (суммарном) аналогичном показателе заболеваемости.

1.3. Статистика инвалидности населения

Под инвалидностью понимают социальную недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящего к ограничению жизнедеятельности и вызывающего необходимость мер социальной защиты. Понятие "инвалидность" имеет социальный, юридический и медицинский аспекты. За установлением инвалидности следует прекращение работы или изменение условий, характера труда и назначение различных видов государственной социальной защиты (пенсия, трудоустройство, профессиональное обучение, протезирование и др.), гарантированной законодательством. Показатели, характеризующие инвалидность населения, представлены в таблице 5.

Статистика инвалидности населения

Показатели инвалидности населения		
Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы статистических документов
Первичная инвалидность *	Общее число лиц (лиц трудоспособного возраста) за год, впервые признанных инвалидами = ----- x 10 000 Общая численность лиц (лиц трудоспособного возраста) административной территории	ф. 7-собес
Частота первичной инвалидности по группам инвалидности	Число лиц, признанных инвалидами I (II, III) группы в течение года = ----- x 10 000 Общая численность лиц административной территории	ф. 7-собес
Структура первичной инвалидности по группам инвалидности	Число лиц, признанных инвалидами I (II, III) группы = ----- x 100 Число лиц, получающих пенсии и пособия по инвалидности (контингенты инвалидов)	ф. 7-собес
Общая (накопленная) инвалидность *	Число лиц, получающих пенсии и пособия по инвалидности (контингенты инвалидов) = ----- x 10 000 Общая численность рабочих и служащих административной территории (или отрасли промышленности)	ф. 94-собес
Удельный вес инвалидов с детства	Число лиц, имеющих инвалидность с детства, на начало года = ----- x 100 Общее число инвалидов на начало года	ф. 94-собес

* Примечание: показатели могут рассчитываться по отдельным возрастно-половым группам, причинам, группам и категориям инвалидности

2. Статистика медицинской деятельности организаций здравоохранения

2.1. Статистика амбулаторно-поликлинических учреждений

Амбулаторно-поликлиническая помощь остается для населения самым массовым и доступным видом медицинской помощи.

В 2003 году в Российской Федерации функционировало 17389 амбулаторно-поликлинических учреждений, в которых медицинская помощь оказана более чем 52,0 млн. человек. Среднее число посещений на 1 жителя составило 9,0.

Условно показатели медицинской деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений можно сгруппировать следующим образом:

- показатели объемов амбулаторно-поликлинической помощи;
- показатели нагрузки персонала;
- показатели диспансеризации населения.

Таблица 6

Показатели медицинской деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений

Показатели объемов амбулаторно-поликлинической помощи		
Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы стат. документов
Среднее число посещений на жителя	Число врачебных посещений в поликлинике и на дому + число посещений к среднему медицинскому ведущему самостоятельный прием = ----- Среднегодовая численность населения	ф. 30
Удельный показатель посещений на дому	Число врачебных посещений на дому = ----- x 100 Число врачебных посещений в поликлинике и на дому	ф. 30
Удельный показатель профилактических посещений поликлинику	Число посещений в поликлинику с профилактической целью = ----- x 100 Число всех врачебных посещений в поликлинику	ф. 30
Выполнение плана посещений	Фактическое число врачебных посещений поликлинике и на дому = ----- x 100 Плановое число врачебных посещений поликлинике и на дому	ф. 30 муниципальный заказ учреждения
Фактическая среднечасовая нагрузка врача на приеме в поликлинике *	Число врачебных посещений в поликлинике = ----- Количество отработанных часов	ф. 039/у-02
Плановая функциональная нагрузка врача - специалиста *	Расчетная нагрузка врача - специалиста в час плановое количество рабочих часов за год	муниципальный заказ учреждения
Фактическая функциональная нагрузка врача - специалиста *	Фактическая нагрузка врача- специалиста в час X количество отработанных часов за год	ф. 039/у-02
Показатели диспансеризации населения		
Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы стат. документов
Полнота охвата населения медицинскими осмотрами	Число осмотренных лиц = ----- x 100 Число лиц, подлежащих осмотру	ф. 30
Частота заболеваний впервые выявленных при медицинских осмотрах	Число заболеваний, впервые выявленных при медицинских осмотрах = ----- x 1 000 Число осмотренных лиц	Заключительный акт по результатам медицинского осмотра

Полнота охвата населения диспансерным наблюдением	Число лиц, состоявших на диспансерном учете на конец отчетного года = ----- x 1 000 Среднегодовая численность прикрепленного населения	Ф-12, ПБД
Структура больных, состоящих на диспансерном учете**	Число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания на конец отчетного года = ----- x 100 Общее число больных, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года	ф. 12
Своевременность взятия больных на диспансерный учет	Число больных, взятых на диспансерный учет в течение года из числа лиц с впервые установленным диагнозом = ----- x 100 Число лиц с впервые в данном году установленным диагнозом	ф. 12, ф. 030/у-04
Эффективность диспансеризации	Число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания с улучшением (ухудшением, без изменения состояния) на конец отчетного года = ----- x 100 Общее число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания на конец отчетного года	ф. 12, ф. 030/у-04
Охват декретированного населения вакцинопрофилактикой	Число лиц определенной возрастной группы охваченных вакцинацией = ----- x 100 Общее число лиц данной возрастной группы подлежащих вакцинации	ф. 063/у, ф. 064/у прививочная картотека

* **Примечание:** показатели рассчитываются по отдельным специальностям.

** **Примечание:** показатель рассчитывается по отдельным нозологическим формам, возрастно-половым группам.

*** ПБД - персонифицированные базы данных

2.2. Статистика больничных учреждений

Больничная (стационарная) помощь в настоящее время является наиболее ресурсоемким видом медицинской помощи. На содержание больничных учреждений расходуется около 70-80% всех ресурсов, выделяемых на здравоохранение.

В 2003 году в России функционировало 9477 больничных учреждений. Число больничных коек в 2003 году составило 1507038.

Показатели деятельности больничных учреждений условно можно объединить в следующие группы:

- показатели обеспеченности населения стационарной помощью;
- показатели работы больничной койки;
- показатели нагрузки персонала;
- показатели качества стационарной помощи.

Показатели медицинской деятельности больничных учреждений

Показатели медицинской деятельности больничных учреждений		
Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы стат. документов
Обеспеченность населения больничными койками	Число больничных коек = ----- x 10 000 Среднегодовая численность населения	ф. 30
Структура коечного фонда	Число коек терапевтического (хирургического, детского и др.) профиля = ----- x 100 Общее число больничных коек	ф. 30
Частота госпитализации стационара	Число лиц, выбывших (выписанных + умерших) из стационара = ----- x 1 000 Среднегодовая численность населения	ф. 14
Частота госпитализации по отдельным классам болезней *	Число лиц, выбывших (выписанных + умерших) из стационара по отдельным нозологическим формам = ----- x 1 000 Среднегодовая численность населения	
Структура госпитализированных больных *	Число лиц, выбывших (выписанных + умерших) из стационара по отдельным нозологическим формам = ----- x 100 Общее число выбывших (выписанных + умерших) больных из стационара	больных стационара
Обеспеченность населения стационарной помощью	Число койко-дней, проведенных больными в стационарах в течение года = ----- x 1 0000 Среднегодовая численность населения	ф. 30
Показатели работы больничной койки		
Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы стат. документов
Среднее число дней занятости койки в год (функция больничной койки)	Число койко-дней, проведенных больными в стационаре, в течение года = ----- Среднегодовое число коек фактически развернутых + свернутых на ремонт)	ф. 30
Оборот койки	1/2 (поступивших + выписанных + умерших) больных = ----- Среднегодовое число коек	ф. 30
Средняя длительность пребывания больного в койке	Число койко-дней, проведенных больными в стационаре = ----- 1/2 (поступивших + выписанных + умерших) больных	ф. 30

Среднее время простоя койки	Число дней в году - среднее число дней занятости койки в году = ----- Оборот койки	ф. 30
Процент выполнения плана койко-дней	Число койко-дней, фактически проведенных больными в стационаре = ----- Плановое число койко-дней	ф. 30 муниципальный заказ учреждения
Показатели нагрузки персонала		
Среднее число коек на одну должность врача (среднего медицинского персонала)	Среднегодовое число коек = ----- Число занятых должностей врачей (среднего медицинского персонала)	ф. 30
Среднее число пролеченных больных на одну должность врача (среднего медицинского персонала)	Число выбывших(выписанных + умерших) из стационара больных за год = ----- Число занятых должностей врачей (среднего медицинского персонала)	ф. 30
Среднее число койко-дней на одну должность врача	Число койко-дней, проведенных больными в стационаре за год = ----- Число занятых врачебных должностей	ф. 30
Показатели качества стационарной помощи		
Повторность госпитализации **	Число выбывших (выписанных + умерших) из стационара больных(из числа повторн госпитализированных)в течение года = ----- x 100 Число выбывших (выписанных + умерших) из стационара за год	ф. 066/у-02
Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы стат. документов
Своевременность госпитализации	Число больных, поступивших в срок установленные протоколами (стандартами) ведения больных = ----- x 100 Общее число выбывших(выписанных + умерших)из стационара больных	результаты экспертной оценки ф. 066/у-02
Частота расхождения клинических патолого-анатомических диагнозов (III категории)	Число клинических диагнозов, не подтвержденных при патолого-анатомических вскрытиях = ----- x 100 Общее число патолого-анатомических вскрытий	ф. 066/у-02 ф. 003/у, ф. 013/у ,
Частота послеоперационных осложнений	Число операций, после которых зарегистрированы осложнения	ф. 066/у-02

осложнений	= ----- x 100 Общее число операций	
Частота послеоперационных инфекционных осложнений	Число операций, после которых зарегистрированы инфекционные осложнения = ----- x 100 Общее число операций	ф. 066/у-02
Частота посттрансфузионных осложнений	Число больных с зарегистрированными посттрансфузионными осложнениями = ----- x 100 Общее число больных, получивших трансфузионную терапию	ф. 30
Летальность стационаре **	Число умерших в стационаре = ----- x 100 Число выживших(выписанных + умерших) из стационара больных	ф. 30
Досуточная летальность	Число умерших в первые сутки пребывания в стационаре = ----- x 100 Общее число выживших(выписанных + умерших) из стационара больных	ф. 066/у-02, ф. 30
Послеоперационная летальность	Число умерших после оперативных вмешательств = ----- x 100 Общее число прооперированных больных	ф. 14

* **Примечание:** показатели могут рассчитываться по отдельным возрастно-половым группам.

** **Примечание:** показатели рассчитываются по отдельным нозологическим формам.

2.3. Статистика учреждений охраны материнства и детства

Оказание медицинской помощи женщинам и детям в Российской Федерации обеспечивается достаточно развитой сетью больничных, амбулаторно-поликлинических, санаторно-курортных учреждений, специализированных центров и домов ребенка.

В 2003 году в России функционировало 365 детских больниц, 479 детских поликлиник, 31 перинатальных центров, 225 родильных домов, 1720 женских консультаций, в которых медицинская помощь была оказана более чем 39,1 млн. женщинам фертильного возраста и 30,5 млн. детям.

Для анализа деятельности учреждений охраны материнства и детства используются многие показатели, приведенные ранее, характеризующие работу амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений (показатели объемов, нагрузки персонала, диспансеризации и качества стационарной помощи и др.). В то же время особенности деятельности женской консультации, родильного дома, детской поликлиники определили необходимость разработки и использования для статистического анализа целого ряда специфических показателей.

К таким показателям относятся:

- показатели медицинской деятельности женской консультации;
- показатели медицинской деятельности родильного дома;
- показатели медицинской деятельности детской поликлиники.

Показатели медицинской деятельности учреждений охраны материнства и детства

Показатели медицинской деятельности учреждений охраны материнства и детства		
Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы статистических документов
Ранний охват беременных диспансерным наблюдением	Число беременных, поступивших под наблюдение со сроком до 12 недель = ----- x 100 Общее число беременных, поступивших поднаблюдение в женскую консультацию	ф. 32
Удельный процент беременных осмотренных терапевтом до 12 недель	Число беременных, осмотренных терапевтом со сроком до 12 недель = ----- x 100 Общее число беременных осмотренных терапевтом	ф. 32
Удельный процент беременных, обследованных серологически реакцию Вассермана	Число беременных, обследованных серологически реакцию Вассермана = ----- x 100 Общее число беременных, закончивших беременность родами или абортam	ф. 32
Удельный процент беременных, обследованных на резус-принадлежность	Число беременных, обследованных на резус-принадлежность = ----- x 100 Общее число беременных, закончивших беременность родами или абортam	ф. 111 ф. 32/у,
Охват 3-х кратным ультразвуковым исследованием беременных	Число беременных, охваченных УЗИ не менее 3-х раз за беременность = ----- x 100 Общее число женщин закончивших беременность родами	ф. ф. 32 ф. 111/у,
Охват беременных обследованием на альфа ФП и ХГЧ	Число беременных, обследованных на альфа ФР и ХГЧ = ----- x 100 Общее число женщин закончивших беременность родами	ф. 111/у, ф. 30
Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы статистических документов
Охват беременных обследованием на инфекции, передающиеся половым путем	Число беременных, обследованных на инфекции, передающиеся половым путем = ----- x 100 Общее число женщин закончивших беременность родам	ф. 111/у, ф. 30
Удельный процент женщин, страдающих экстрагенитальной патологией	Число беременных, страдающих экстрагенитальной патологией = ----- x 100 Общее число женщин закончивших беременность родам	ф. 32

Удельный вес женщин, страдающих анемией *	Число беременных, страдающих анемией = ----- x 100 Общее число женщин закончивших беременность родам	ф. 32
Частота абортс женщин фертильного возраста)	Число абортс = ----- x 1000 Число женщин фертильного возраста	ф. 13
Частота абортс (на 100 родившихся живыми и мертвыми)	Число абортс = ----- x 100 Число родившихся живыми и мертвыми	ф. 32 ф. 13
Соотношение родов абортс	Число всех родов = ----- x 100 Число всех абортс	ф. 32, ф. 13
Удельный вес абортс до 12 недель беременности	Число абортс до 12 недель беременности = ----- x 100 Общее число абортс	ф. 13
Удельный вес абортс от 22 – до 27 недель беременности	Число абортс от 22 – до 27 недель беременности = ----- x 100 Общее число абортс	ф. 13
Частота осложнении после абортс	Число осложнении после абортс = ----- x 100 Общее число абортс	ф. 003-1/у ф. 13
Охват женщин ВМС	Число женщин, имеющих ВМС = ----- x 100 Число женщин фертильного возраста	ф. 30
Охват женщин использующих гормональную контрацепцию	Число женщин, использующих гормональную контрацепцию = ----- x 100 Число женщин фертильного возраста	ф. 30
Показатели медицинской деятельности родильного дома		
Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы статистических документов
Частота оперативных пособий при родах *	Число оперативных пособий при родах (наложения щипцов, применение вакуум-экстрактора, ручное отделение последа и др.) = ----- x 1 000 Общее число родов в стационаре	ф. 096/у, ф. 32
Частота применения кесарева сечения в родах	Число родов, завершенных операцией кесарева сечения = ----- x 1 000 Общее число родов в стационаре	ф. 14, ф. 32
Частота осложнений в родах ***	Число родильниц, имевших осложнения в родах (разрывы промежности, кровотечение, аномалии родовой деятельности, сепсис и др.) = ----- x 1 000 Число женщин, родивших в стационаре + число женщин, родивших вне стационара	ф. 096/у ф. 32
Частота осложнений послеродовом периоде ***	Число родильниц, имевших осложнения в послеродовом периоде (кровотечение, эндометриты, расхождения швов промежности и др.) = ----- x 1 000 Общее число родов в стационаре	ф. 096/у ф. 32

Частота осложнений после кесарева сечения	Число осложнений после операций кесарева сечения = ----- x 1 000 Общее число операций кесарева сечения	ф. 096/у, ф. 14
Частота применения обезболивания при родах	Число родов с применением обезболивания = ----- x 1 000 Общее число родов в стационаре	ф. 096/у, ф. 32
Частота недоношенности	Число детей, родившихся недоношенными (живыми мертвыми) = ----- x 1 000 Общее число родившихся живыми и мертвыми	ф. 32
Показатели медицинской деятельности детской поликлиники		
Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы статистических документов
Охват дородовым патронажем	Число беременных, охваченных патронажем = ----- x 100 Общее число новорожденных	ф. 112/у
Охват ранним врачебным наблюдением новорожденных	Число новорожденных, осмотренных врачом-педиатром в первые 3 дня после выписки из родильного дома = ----- x 100 Общее число новорожденных, поступивших на наблюдение в детскую поликлинику (консультацию)	ф. 112/у
Удельный вес детей, находившихся на грудном вскармливании до 6 месяцев (6 месяцев, года)	Число детей, находившихся исключительно на грудном вскармливании, в возрасте до 3-х месяцев (6 месяцев, 1 года) = ----- x 100 Общее число детей, достигших 1 года к концу отчетного периода	ф. 112/у
Полнота охвата детей периодическими медицинскими осмотрами декретированным возрастным группам	Число детей, охваченных периодическими медицинскими осмотрами по декретированным возрастным группам = ----- x 100 Общее число детей данной возрастной группы	ф. 026/у
Частота заболеваний, выявленных у детей при периодических медицинских осмотрах	Число заболеваний, впервые выявленных у детей при периодических медицинских осмотрах = ----- x 1 000 Общее число детей, охваченных периодическими медицинскими осмотрами	ф. 026/у
Структура заболеваний, выявленных у детей при периодических медицинских осмотрах	Число отдельных нозологических форм, выявленных детей при периодических медицинских осмотрах = ----- x 100 Общее число заболеваний, выявленных при периодических медицинских осмотрах	ф. 026/у
Полнота охвата больных детей диспансерным наблюдением	Число больных детей в возрасте 0-17 лет включительно, состоящих на диспансерном учете = ----- x 1 000 Среднегодовая численность детского населения	ф. 112/у
Полнота охвата здоровых детей диспансерным наблюдением	Число здоровых детей в возрасте 0-17 лет включительно, охваченных диспансерным наблюдением = ----- x 1 000 Среднегодовая численность детского населения	ф. 112/у

Общий показатель диспансеризации детского населения	= Полнота охвата больных детей диспансерным наблюдением + Полнота охвата здоровых детей диспансерным наблюдением	ф. 112/у
---	--	----------

Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы статистических документов
Охват систематическим врачебным наблюдением детей с 0 до 3 лет	Число детей данной возрастной группы, находящихся под систематическим врачебным наблюдением = ----- x 100 Общее число детей данной возрастной группы	ф. 112/у
Инфекционная заболеваемость среди детей	Число детей, заболевших инфекционными заболеваниями = ----- x 1 000 Среднегодовая численность детского населения	ф. 112/у
Распределение детей по группам здоровья	Число детей определенного возраста I (II, III, IV, V) группы здоровья = ----- x 100 Общее число детей данной возрастной группы	ф. 112/у
Индекс здоровья	Число детей определенной возрастной группы, заболевших в течение года = ----- x 100 Общее число детей данной возрастной группы	ф. 112/у

* **Примечание:** показатель может рассчитываться по другим классам болезней и отдельным нозологическим формам.

** **Примечание:** показатель рассчитывается по отдельным видам оперативных пособий при родах.

*** **Примечание:** показатель рассчитывается по отдельным видам осложнений.

2.4. Статистика станций скорой медицинской помощи

Станция скорой медицинской помощи (СМП) является лечебно-профилактическим учреждением, предназначенным для оказания круглосуточной своевременной и качественной медицинской помощи заболевшим и пострадавшим, находящимся вне лечебно-профилактических учреждений, при катастрофах и стихийных бедствиях; осуществления своевременной транспортировки больных, пострадавших и рожениц, нуждающихся в экстренной стационарной помощи; оказания медицинской помощи больным и пострадавшим, обратившимся за помощью непосредственно на станцию СМП.

Таблица 9

Показатели деятельности станций скорой медицинской помощи

Показатели деятельности станций скорой медицинской помощи		
Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы статистических документов
Обеспеченность населения СМП	Число вызовов СМП = ----- x 1 000 Среднегодовая численность населения	ф. 40
Среднесуточная нагрузка бригад СМП	Число вызовов СМП за 1 сутки = ----- Число работающих бригад	ф. 115/у

Своевременность выездов бригад СМП	Число выездов СМП в течение 4 минут с момента вызова = ----- x 100 Общее число вызовов СМП	ф. 109/у ф. 115/у
Расхождение диагнозов СМП стационара	Число случаев расхождения диагнозов СМП и стационара = ----- x 100 Общее число больных, доставленных СМП в стационар	ф. 114/у
Удельный "ложных" вызовов	Число "ложных" вызовов СМП = ----- x 100 Общее число вызовов СМП	ф. 109/у
Удельный успешных реанимаций	Число успешных реанимаций, выполненных бригадами СМП = ----- x 100 Общее число реанимаций, выполненных бригадами СМП	ф. 110/у
Удельный летальных исходов	Число летальных исходов в присутствии бригады СМП = ----- x 100 Общее число вызовов СМП	

5. Статистика станций переливания крови

Таблица 10

Показатели медицинской деятельности станций переливания крови

Показатели медицинской деятельности станций переливания крови		
Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы стат. документов
Количество доноров на 1000 населения	Число доноров = ----- x 1 000 Среднегодовая численность населения	ф. 39
Удельный первичных доноров	Число первичных доноров = ----- x 100 Общее число доноров	ф. 39
Выполнение плана заготовки крови	Фактический объем заготовленной крови = ----- x 100 Плановый объем заготовки крови	ф. 39
Выполнение плана заготовки свежемороженой плазмы	Фактический объем заготовленной свежемороженой плазмы = ----- x 100 Плановый объем заготовки свежемороженой плазмы	ф. 39
Средний объем заготовленной цельной крови на жителя	Объем заготовленной цельной крови за год = ----- Среднегодовая численность населения	ф. 39

Удельный переработки крови	$\text{вес} = \frac{\text{Объем переработанной крови}}{\text{Объем заготовленной крови}} \times 100$	ф. 39
Удельный забракованной крови	$\text{вес} = \frac{\text{Объем забракованной крови}}{\text{Объем заготовленной крови}} \times 100$	ф. 39
Уровень донаций	$= \frac{\text{Общее число донаций}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1\,000$	ф. 39
Кратность донаций	$= \frac{\text{Общее число донаций}}{\text{Общее число доноров}}$	ф. 39
Средняя кроводачи	$\text{до} = \frac{\text{Количество заготовленной крови}}{\text{Общее количество донаций}}$	ф. 39

2.6. Статистика Центров по профилактике и борьбе со СПИД

В Российской Федерации действует единая специализированная служба по профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией, которая включает в себя Федеральный научно-методический центр Министерства здравоохранения и социального развития РФ, а также окружные (федеральных округов) и территориальные центры по профилактике и борьбы со СПИДом.

Таблица 11

Показатели медицинской деятельности Центров по профилактике и борьбе со СПИД

Показатели медицинской деятельности Центров по профилактике и борьбе со СПИД		
Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы стат. документов
Заболееваемость населения ВИЧ	$= \frac{\text{Число случаев ВИЧ}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 10\,000$	ф. 060/у
Удельный вес лиц обследованных ВИЧ	$= \frac{\text{Число обследованных на ВИЧ}}{\text{Число лиц (из групп риска), подлежащих обследованию на ВИЧ}} \times 100$	ф. 4
Полнота охвата диспансеризацией ВИЧ-инфицированных	$= \frac{\text{Число ВИЧ-инфицированных, состоящих на диспансерном учете}}{\text{Общее число ВИЧ-инфицированных}} \times 100$	ф. 61
Индекс выявляемости ВИЧ	$= \frac{\text{Число обследованных на ВИЧ с положительным результатом}}{\text{Общее число обследованных на ВИЧ}}$	ф. 060/у, ф. 4

Выявляемость путей передачи ВИЧ	Число обследованных с выявленными путями передачи ВИЧ = ----- x 100 Общее число ВИЧ-инфицированных	ф. 060/у
Распределение ВИЧ-инфицированных по основным путям заражения	Число ВИЧ - инфицированных с определенным путем заражения (половые контакты, вертикальный путь, введение наркотиков, не установлен) = ----- x 100 Общее число ВИЧ-инфицированных	ф. 060/у

2.7. Статистика врачебно-физкультурных диспансеров

Врачебно-физкультурная служба призвана решать проблемы, связанные со здоровьем граждан, занимающихся физической культурой и спортом. Основной целью медицинского обеспечения лиц, занимающихся физкультурой и спортом, является осуществление систематического контроля за состоянием здоровья, адекватностью физических нагрузок, восстановлением здоровья спортсменов средствами и методами физической культуры, формированием здорового образа жизни.

Таблица 12

Показатели медицинской деятельности врачебно-физкультурных диспансеров

Показатели медицинской деятельности врачебно-физкультурных диспансеров		
Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы статистических документов
Полнота охвата диспансерным наблюдением	Число лиц, занимающихся физической культурой и спортом, состоящих на диспансерном учете в течение года = ----- x 100 Общее число лиц занимающихся физической культурой и спортом	ф. 062/у, ф. 061/у, ф. 53 отчет специалиста
Эффективность диспансеризации	Число лиц, занимающихся физической культурой и спортом, состоящих на диспансерном учете имеющих положительную динамику течения заболевания = ----- x 100 Общее число лиц занимающихся физической культурой и спортом состоящих на диспансерном учете и нуждавшихся в лечении	ф. 030/у- 04 ф. 53,
Полнота охвата лечением	Число лиц, занимающихся физической культурой и спортом, пролеченных в течение года = ----- x 100 Число лиц, занимающихся физической культурой и спортом, нуждающихся в лечении	ф. 030/у- 04 ф. 53,
Частота травматизации	Число лиц, занимающихся физической культурой и спортом, получивших спортивную травму = ----- x 1000 Общее число лиц занимающихся физической культурой и спортом	ф. 068/у, ф. 067/у, ф. 53,

Охват ЛФК (массажем) стационарных больных	Число стационарных больных, прошедших курс ЛФК(массажа) = ----- x 100 Общее число выписанных больных	ф. 30
Охват ЛФК (массажем) амбулаторных больных	Число амбулаторных больных, прошедших курс ЛФК (массажа) = ----- x 100 Число жителей обратившихся в поликлинику	ф. 30
Количество процедур массажа на 1 больного *	Число отпущенных процедур ЛФК (массажа)	ф. 30
	Число больных, прошедших курс ЛФК (массажа)	

* Примечание: показатель рассчитывается отдельно для амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений.

2.8. Статистика деятельности специализированных служб и учреждений здравоохранения

2.8.1. Статистика онкологической службы

В систему оказания онкологической помощи населению входят смотровые и онкологические кабинеты амбулаторно-поликлинических учреждений, онкологические диспансеры, межтерриториальные специализированные онкологические отделения (центры), хосписы или отделения (центры) паллиативной помощи онкологическим больным. В 2003 году в стране действовало 117 онкологических диспансеров с общей мощностью стационарных отделений на 37408 коек. Более 5,5 тыс. врачей-онкологов оказывают специализированную помощь населению.

Основными задачами учреждений (отделений) для оказания специализированной онкологической помощи населению являются проведение целевых (скрининговых) медицинских осмотров населения с целью раннего выявления предопухолевых и опухолевых заболеваний; оказание специализированной медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями (ЗНО); ведение территориального ракового регистра; проведение диспансерного наблюдения за больными злокачественными новообразованиями.

Таблица 13

Показатели медицинской деятельности онкологической службы

Показатели медицинской деятельности онкологической службы		
Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы стат. документов
Контингенты больных ЗНО *	Число больных злокачественными новообразованиями состоящих на учете на конец отчетного года = ----- x 10 000 Среднегодовая численность населения	ф. 030-6/у ф. 35
Первичная заболеваемость ЗНО *	Число случаев злокачественных новообразований выявленных впервые в жизни в отчетном году = ----- x 10 000 Среднегодовая численность населения	ф. 030-6/у ф. 7
Морфологическая верификация диагноза ЗНО	Число больных с морфологически подтвержденным диагнозом злокачественного новообразования = ----- x 100 Общее число больных, взятых на учет с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественно	ф. 090/у 030-6/у ф. 35

	новообразования	
Индекс накопления контингентов	Число больных, состоящих на учете на конец отчетного года = ----- Общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом новообразования злокачественного	ф. 030-б/у ф. 35
Одногодичная летальность	Число умерших на первом году с момента установления диагноза злокачественного новообразования = ----- x 100 Общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования предыдущем году	ф. 030-б/у ф. 35
Показатели медицинской деятельности онкологической службы		
Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы статистических документов
Пятилетняя выживаемость	Число больных, состоящих на учете с момента установления диагноза злокачественного новообразования 5 лет и более = ----- x 100 Общее число больных злокачественными новообразованиями состоящих на учете на конец отчетного года	ф. 030-б/у ф. 35
Доля больных ЗНО, выявленных при целевых медицинских осмотрах	Число больных, у которых выявлено злокачественное новообразование при целевых медицинских осмотрах = ----- x 100 Общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования	ф. 35
Доля больных ЗНО, выявленных при целевых медицинских осмотрах с I-III стадиями ЗНО	Число больных с I-III стадиями злокачественных новообразований, выявленных при целевых медицинских осмотрах = ----- x 100 Общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования I-III стадии	ф. 35
Запущенность ЗНО	Число больных с IV стадией злокачественных новообразований всех локализаций и с III стадией визуальной локализаций = ----- x 100 Общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования	ф. 35
Доля больных закончивших специальное лечение	Число больных, закончивших специальное лечение = ----- x 100 Общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования	ф. 35
Доля посмертно учтенных онкологических больных	Число умерших от злокачественных новообразований, состоящих при жизни на учете в онкологическом учреждении = ----- x 100 Общее число умерших от злокачественных новообразований	ф. 35

* Примечание: показатель может рассчитываться по отдельным возрастно-половым группам, локализациям. Кроме этого, анализируется структура этого показателя (в %) по возрастно-половым группам, локализациям.

2.8.2. Статистика психоневрологических диспансеров

Психиатрическая помощь населению оказывается системой лечебно-профилактических учреждений. В 2003 году в Российской Федерации медицинскую помощь лицам с психическими расстройствами оказывали 448 стационаров общей мощностью на 164752 койки. Оказанием психиатрической помощи населению занято 16377 врачей-психиатров.

Основным звеном в организации внебольничной психоневрологической помощи населению является психоневрологический диспансер, который оказывает специализированную помощь взрослым, детям и подросткам.

Таблица 14

Показатели медицинской деятельности психоневрологической службы

Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы стат. документов
Первичная заболеваемость расстройствами	Число впервые в жизни зарегистрированных случаев психических расстройств <hr/> Среднегодовая численность населения	ф.36
Уровень общей инвалидизации в связи с психическими расстройствами	Число больных психическими расстройствами, имеющих группу инвалидности на конец года = ----- x 10000 Среднегодовая численность населения	ф.36
Уровень первичной инвалидности в связи с психическими расстройствами	Число больных психическими расстройствами, впервые признанных инвалидами = ----- x 10000 Среднегодовая численность населения	ф.36
Средняя длительность пребывания пользованного больного психическими расстройствами в стационаре	Число койко-дней проведенных всеми пользованными больными психическими расстройствами в стационаре = ----- x 10000 Число пользованных (1/2 (поступивших + выписанных + умерших) больных психическими расстройствами	ф.36, ф.30
Средняя длительность пребывания в стационаре выбывшего больного	Число койко-дней проведенных в стационаре выбывшими больными = ----- Число выбывших (выбывших + умерших) из стационара больных	ф.30
Повторность госпитализации больных психическими расстройствами	Число выбывших (выписанных + умерших) больных психическими расстройствами из стационара (из числа повторно госпитализированных) в течение года = ----- x 100 Общее число выбывших (выписанных + умерших) больных психическими расстройствами из стационара в течение года	ф.36

8.3. Статистика наркологических диспансеров

В Российской Федерации оказание наркологической помощи пациентам осуществляется учреждениями общей лечебной сети (психиатрические, психоневрологические и многопрофильные больницы), а также сетью специализированных наркологических учреждений. К последним относятся наркологические диспансеры (отделения, кабинеты), отделения неотложной наркологической помощи и наркологические реабилитационные центры.

В 2003 году в стране действовало 194 наркологических диспансера и 15 стационаров общей мощностью на 28823 койки, в которых специализированную наркологическую помощь оказывали 8299 врачей.

Таблица 15

Показатели деятельности наркодиспансеров

Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы стат. документов
Первичная заболеваемость (*)	Число лиц, впервые взятых на диспансерный учет по поводу наркомании (хронического алкоголизма, алкогольного психоза, токсикомании) = ----- x 100000 Среднегодовая численность населения	ф.37
Контингент наркологических больных (*)	Число лиц, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного периода + Число лиц, не посетивших диспансер (в связи со смертью, выездом, отсутствием сведений) = ----- x 100000 Среднегодовая численность населения	Ф.11
Удельный вес больных алкоголизмом с ремиссией более 1 года	Число больных алкоголизмом с продолжительностью ремиссии более 1 года = ----- x 100000 Среднегодовая численность населения	ф.11
Удельный вес наркологических больных получивших активные виды лечения	Число наркологических больных, состоящих на диспансерном учете, получивших отдельные виды лечения за отчетный период = ----- x 100 Общее число диспансерных наркологических больных, состоящих на учете на 1-ое число следующего месяца	Ф.030-1/у-02, ф.066-1/у-02
Удельный вес наркологических больных (детей), получивших активные виды лечения	Число детей (0-17 лет включительно), состоящих на диспансерном учете, получивших отдельные виды лечения за отчетный период = ----- x 100 Общее число детей (0-17 лет включительно), состоящих на диспансерном учете на 1-ое число следующего за отчетным месяца	Ф.030-1/у-02, ф.066-1/у-02
Охват активным наблюдением больных алкогольными психозами	Число больных алкогольными психозами, осмотренных психиатром (наркологом) не реже одного раза в месяц = ----- x 100 Общее число больных с алкогольным психозом, состоящих на диспансерном учете	Ф.030-1/у-02, ф.066-1/у-02

* Примечание: показатели рассчитываются как по всем, так и по отдельным заболеваниям: наркомании, токсикомании, хроническому алкоголизму, алкогольным психозам.

Основным звеном в системе организации наркологической помощи населению является наркологический диспансер, главной целью деятельности которого является организация профилактической работы по борьбе с пьянством и наркоманией, а также оказание специализированной помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией.

2.8.4. Статистика противотуберкулезных диспансеров

В 2003 году в Российской Федерации функционировало 479 противотуберкулезных диспансеров и 110 больниц общей мощностью на 80426 коек. В противотуберкулезной службе занято 9040 врачей-фтизиатров. Основными задачами службы являются своевременное выявление, специализированное лечение, динамическое наблюдение больных туберкулезом; оказание организационно-методической помощи учреждениям общелечебной сети по вопросам профилактики и раннего выявления туберкулеза; проведение вакцинации детей и подростков; организация социально-трудовой реабилитации больных туберкулезом.

Таблица 16

Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы стат. данных
Заболеваемость всеми формами туберкулеза активного	Число больных с впервые в жизни выявленным активным туберкулезом всех форм = ----- x 100000 Среднегодовая численность	ф.33
Болезненность	Число больных активным туберкулезом всех форм, состоящих на диспансерном учете = ----- x 100000 Среднегодовая численность населения	ф.33
Смертность от туберкулеза активного	Число больных, умерших от туберкулеза = ----- x 100000 Среднегодовая численность населения	ф.33
Бациллярное ядро	Число больных бациллярным туберкулезом, состоящих на диспансерном учете = ----- x 100000 Среднегодовая численность населения	ф.33
Удельный вес запущенных случаев туберкулеза	Число запущенных случаев у лиц с впервые выявленным диагнозом туберкулеза = ----- x 100000 Число больных с впервые выявленным	ф.33

	диагнозом туберкулеза	
Охват вакцинацией новорожденных	Число новорожденных вакцинированных за отчетный год = ----- x 100 Число детей родившихся живыми	ф.5
Охват взрослого населения целевыми медицинскими осмотрами	Число лиц (старше 18 лет), осмотренных на туберкулез = ----- x 100 Число лиц (старше 18 лет), подлежащих целевым медицинским осмотрам	ф.30

Показатели медицинской деятельности противотуберкулезных диспансеров

2.8.5. Статистика кожно-венерологических диспансеров

На конец 2003 года в России действовали 330 кожно-венерологических диспансеров общей мощностью более 22,4 тыс. коек; 3120 кожно-венерологических кабинетов, в которых работало 10485 врачей-дерматовенерологов.

Основным учреждением, оказывающим лечебно-профилактическую помощь больным инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), является кожно-венерологический диспансер, основными задачами которого являются профилактика, ранняя диагностика, оказание специализированной дерматовенерологической помощи населению; организация диспансерного наблюдения больных, страдающих ИППП и заразными кожными заболеваниями; оказание организационно-методической помощи учреждениям общелечебной сети по вопросам профилактики и раннего выявления ИППП и заразных кожных заболеваний.

Таблица 17

Показатели медицинской деятельности кожно-венерологических диспансеров

Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы стат. документов
Первичная заболеваемость сифилисом	Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом сифилиса = ----- x 100000 Среднегодовая численность населения	ф.34
Первичная заболеваемость гонореей	Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом гонореи = ----- x 100000 Среднегодовая численность населения	ф.34
Первичная заболеваемость чесоткой	Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом чесотки = ----- x 100000 Среднегодовая численность населения	ф.34
Первичная заболеваемость грибковыми заболеваниями	Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом грибкового заболевания	ф.34

	$= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100000$ <p>Среднегодовая численность населения</p>	
Доля, выявленных по контакту	<p>Число больных сифилисом (гонореей, чесоткой, грибковыми заболеваниями)</p> $= \frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100$ <p>Общее число зарегистрированных больных сифилисом (гонореей, чесоткой, грибковыми заболеваниями)</p>	ф.34
Число контактов на одного больного	<p>Число обследованных контактов по сифилису (гонорее, чесотке, грибковым заболеваниям)</p> $= \frac{\text{-----}}{\text{-----}}$ <p>Общее число зарегистрированных больных сифилисом (гонореей, чесотке, грибковым заболеваниями)</p>	ф.34

Утверждаю
 Главный врач больницы
 _____ И.В.Иванов
 «_____» _____ 2007 г.

График предоставления информации должностным лицам Н-ской ЦРБ

Показатель	Периодичность предоставления					
	Главный врач	Заместитель. ОМР	Заместитель. леч.	Заместитель. поликлинике	Главная медсест	
Выполнение гос. Заказа по стационар.	ЕН*	ЕМ**	ЕД***	-	-	
Результаты допол. диспансеризации	ЕМ	ЕМ	-	ЕД	-	
Больные с запущ. Формами туберкулеза	ЕМ	ЕМ	-	ЕН	-	
Случаи смерти в стационаре	ЕД	ЕМ	ЕД	-	-	
Случаи ВБИ	ЕД	ЕМ	ЕД	-	ЕД	
Заболеваемость с ВУТ	ЕМ	ЕМ	-	ЕМ	-	

* ЕН – еженедельно

** ЕМ - ежемесячно

*** ЕД - ежедневно

ПРИМЕРНЫЙ ПЛАН ОСНОВНЫХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ОБЛАСТНЫХ, МУНИЦИПАЛЬНЫХ, ГОРОДСКИХ И РАЙОННЫХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ И УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЦЕНТРЫ, СТАНЦИИ, БЮРО, САНАТОРИИ, УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ) на 2007 г.

№/п	Мероприятия	Сроки	Исполнитель	Контроль
	Основные направления деятельности областных ЛПУ и других учреждений здравоохранения			
1.				
2.				
3.				
	Основные показатели работы областных ЛПУ и учреждений здравоохранения			
1.	Процент укомплектованности и уровень квалификации медицинских кадров (выделить кадры амбулаторно-поликлинического звена).			
2.	Коэффициент совместительства (в учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь).			
3.	Численность населения на территориальных участках (терапевтических, педиатрических).			
4.	Младенческая смертность.			
5.	Уровень заболеваемости (общая, первичная), в т.ч. по ведущим нозологическим формам.			
6.	Уровень охвата диспансерным наблюдением: - по основным нозологическим формам; - лиц, нуждающихся в дополнительной диспансеризации.			
7.	Охват прикрепленного населения (взрослых и подростков)			

	флюорографическим обследованием (с учетом групп риска).			
8.	Удельный вес запущенности злокачественных новообразований (IV стадия).			
9.	Удельный вес запущенности визуальных форм злокачественных новообразований (III-IV стадия).			
10.	Охват прикрепленного населения иммунизацией (из числа подлежащих): - взрослые; - дети.			
11.	Регистрация развития поствакцинальных осложнений.			
12.	Охват населения профилактическими осмотрами (из числа подлежащих): - декретированные; - работающие с вредными и опасными условиями труда; - работники бюджетной сферы; - дети и подростки декретированных возрастов.			
13.	Число посещений к врачу-терапевту (педиатру) на 1000 прикрепленного населения.			
14.	Число посещений на дому к врачу-терапевту (педиатру) на 1000 прикрепленного населения.			
15.	Число вызовов скорой помощи на 1000 прикрепленного населения.			
16.	Число необоснованных вызовов и транспортных перевозок автомобилями скорой медицинской помощи.			
17.	Заболеваемость острыми гепатитами В, хроническими гепатитам В, краснухой и гриппом.			
18.	Обследование беременных на ВИЧ.			
19.	Уровень госпитализации на 1000 прикрепленного населения.			
20.	Охват новорожденных детей скринингом на наследственные заболевания.			
21.	Уровень плановой госпитализации детей старше 3-х лет (на 1000 прикрепленного населения).			

22.	Процент грудного вскармливания детей от 3-х до 6-ти месяцев, от 6-ти месяцев до 1-го года.			
23.	Эффективность диспансеризации – снижение частоты обострений хронических заболеваний, снижение временной нетрудоспособности.			
24.	Удовлетворенность населения медицинской помощью, оказываемой населению участковым терапевтом (педиатром) по данным анкетирования.			
25.	Процент расхождения диагнозов: поликлиника – стационар.			
26.	Работа койки.			
27.	Средняя длительность пребывания больного на койке.			
28.	Общая летальность, послеоперационная летальность.			
29.	Удельный вес послеоперационных осложнений.			
30.	Оперативная активность.			
31.	Удельный вес внутрибольничных инфекций.			
32.	Другие, в т.ч. для ФАП, ВА, УБ.			
	Контроль исполнения директивных документов			
1.	Постановления правительства РФ по реализации национального проекта.	Ежемесячно		
2.	Постановления правительства РФ.	Постоянно		
3.	Приказы МЗ РФ и СР и ФФ ОМС.	Ежеквартально		
4.	Решения коллегии департамента здравоохранения Новосибирской области.	1 раз в год		
5.	Приказы департамента здравоохранения Новосибирской области и областного фонда ОМС, ФСС и ТУ Роспотребнадзора по НСО.	Постоянно		
6.	Приказы УЗ мэрии г. Новосибирска.			
7.	Приказы по учреждению.	Постоянно		
8.	План работы учреждения на год.	Постоянно		
	Подготовка нормативных документов			
1.	Приказы по департаменту здравоохранения Новосибирской области.	Постоянно		

2.	Приказы по главному управлению здравоохранения мэрии г. Новосибирска.	Постоянно		
3.	Приказы по учреждению.	Постоянно		
	Вопросы для рассмотрения			
1.	У заместителя Губернатора области.			
2.	На постоянно действующем рабочем совещании по здравоохранению департамента здравоохранения Новосибирской области.			
3.	На аппаратных совещаниях у руководителя департамента здравоохранения Новосибирской области.			
4.	У заместителей руководителя департамента здравоохранения Новосибирской области.			
5.	У начальника отдела организации медицинской помощи и развития системы здравоохранения департамента здравоохранения Новосибирской области.			
6.	У начальника отдела кадровой и организационно-правовой работы департамента здравоохранения Новосибирской области.			
7.	У начальника главного управления здравоохранения мэрии г. Новосибирска.			
8.	У заместителя начальника главного управления здравоохранения мэрии г. Новосибирска.			
	Финансово-хозяйственная деятельность			
1.	Контроль исполнения бюджета.	Ежеквартально		
2.	Подготовка проекта бюджета на предстоящий год.	II квартал		
3.	Подготовка штатного расписания на предстоящий год.	IV квартал		
4.	Подготовка к зимнему сезону.	II-III квартал		
5.	Материально-техническое обеспечение учреждения:	Постоянно		
5.1	Подготовка помещений для размещения диагностического оборудования, поступающего в рамках национального проекта.	I-II квартал		

5.2.	Материально-техническое оснащение лечебно-профилактических учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в соответствии со стандартами оснащения.	В течение года		
5.3.	Проведение капитального, текущего ремонта или реконструкции учреждения.	Постоянно		
6.	Работа служб жизнеобеспечения учреждения.	Постоянно		
7.	Транспортное обеспечение:	Постоянно		
7.1.	Организация приема санитарного автотранспорта, поступившего в рамках национального проекта.	По мере поступления		
7.2.	Контроль за целевым использованием санитарного автотранспорта.	В течение года		
8.	Медико-техническое обеспечение:	Постоянно		
8.1	Организация приема и ввода в эксплуатацию медицинского оборудования, поступающего в рамках национального проекта.	По мере поступления		
8.2.	Организация контроля за сохранностью и эффективностью использования оборудования и расходных материалов, полученных в рамках национального проекта.	Постоянно		
8.3.	Медико-техническое оснащение лечебно-профилактических учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в соответствии со стандартами оснащения.	В течение года		
9.	Лекарственное обеспечение.	Постоянно		
10.	Обеспечение учреждения продуктами питания.	Постоянно		
11.	Работа со страховыми медицинскими организациями.	Постоянно		
	Основные организационные мероприятия			
1.	Подготовка, сдача и анализ годового отчета.	I квартал		
2.	Профильные итоговые конференции (по отделениям и службам).	I квартал		
3.	Учрежденческая итоговая конференция.	I квартал		
4.	Мероприятия по улучшению внутриведомственного контроля качества медицинской помощи:			

4.1.	Разработка и контроль исполнения регламентирующих приказов по работе внутриведомственных комиссий по организации контроля качества медицинской помощи.	I квартал		
4.2.	Составление плана работы комиссий по организации внутриведомственного контроля качества медицинской помощи.			
4.3.	Выездная работа (планирование).			
4.4.	Мониторинг основных показателей здравоохранения, в том числе и по реализации национального проекта, контроль достоверности статистического учета.	Ежемесячно		
5.	Мероприятия по проведению дополнительной диспансеризации населения:			
5.1.	Планирование профилактических медицинских осмотров, определение контингентов (декретированные, работающие во вредных и (или) опасных условиях труда, работники бюджетной сферы, дети и подростки декретированных возрастов).			
5.2.	Заключение договоров с ФОМС и ФСС на проведение дополнительной диспансеризации населения	I квартал		
5.3.	Составление списков населения, подлежащего дополнительной диспансеризации.	Январь, февраль		
5.4.	Обучение медицинского персонала ЛПУ выявлению онкопатологии визуальных локализаций.	Ежегодно (1 раз в год)		
5.5.	Контроль качества и полноты охвата населения профилактическими осмотрами	Постоянно		
5.6.	Планирование мероприятий по реабилитации и оздоровлению контингентов населения по результатам проведенных профилактических осмотров.	По мере проведения		
5.7.	Планирование мероприятий по снижению смертности среди населения трудоспособного возраста.			
6.	Организация вакцинопрофилактики:	В течение		

6.1	Анализ эпидситуации (совместно с органами территориального управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека).	года		
6.2	Определение контингентов, подлежащих вакцинопрофилактике, составление списков (для детей и взрослых) в соответствии с национальным календарем прививок и дополнительной иммунизацией населения, предусмотренной в национальном проекте.			
6.3.	Определение численности населения, подлежащего прививкам по дополнительной иммунизации против: краснухи, полиомиелита, гриппа, гепатита В.			
6.4.	Определение потребности в вакцинах и иммунобиологических препаратах и формирование заявки на их приобретение.			
6.5.	Организация холодной цепи на этапах транспортировки, хранения и использования вакцин.			
6.6.	Организация приема и хранения вакцин и иммунобиологических препаратов, поступающих в рамках национального календаря прививок.			
6.7.	Формирование дополнительных прививочных бригад для проведения дополнительной иммунизации населения.			
6.8.	Регламентирующие приказы по работе иммунологической комиссии.			
6.9.	План-график работы иммунологической комиссии.			
6.10.	Обучение медперсонала (врачи, медсестры) для получения допуска к проведению вакцинации.			
6.11.	Организация выдачи населению прививочных сертификатов.			
6.12.	Контроль за проведением вакцинации населения.			
7.	Организация профилактики ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявления и лечения больных ВИЧ:	В течение года		
7.1.	Определение численности больных ВИЧ, подлежащих лечению.			

7.2.	Формирование заявки на обеспечение потребностей в диагностических средствах и антиретровирусных препаратах.			
7.3.	Организация проведения профилактических обследований на ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С, организация и проведение лечения и динамическое наблюдение за ВИЧ-инфицированными.			
7.4.	Организация контроля за проведением мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С в наиболее социально-уязвимых к заражению группах населения.			
7.5.	Организация контроля за обеспечением ВИЧ-инфицированных антиретровирусными препаратами для лечения ВИЧ-инфекции.			
7.6.	Контроль охвата диспансерным наблюдением пациентов, инфицированных ВИЧ-инфекцией; вирусами гепатитов В и С.			
8.	Организация оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов:	В течение года		
8.2.	Мониторинг оказания медицинской помощи женщинам на период беременности и родов в рамках ОМС.			
8.1	Организация оформления и учета родовых сертификатов.			
9.	Организация обследования новорожденных детей на наследственные заболевания (галактоземию, адреногенитальный синдром и муковисцидоз):			
9.1.	Контроль поставки оборудования и расходного материала для обследования новорожденных детей на наследственные заболевания.	I квартал		
9.2.	Обучение врачей работе на поступившем оборудовании по обследованию новорожденных детей на наследственные заболевания.	I-III квартал		
9.3.	Обучение медицинских сестер родильных домов по работе с тест-бланками для забора крови.	I-III квартал		
9.4.	Контроль за целевым использованием оборудования и расходных материалов	В течение		

	для обследования новорожденных детей на наследственные заболевания.	года		
10.	Организация оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи прикрепленному населению:	<i>В течение года</i>		
10.1.	Организация отбора пациентов для направления в федеральные НИИ и ЛПУ для оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи.			
10.2.	Организация взаимодействия с департаментом здравоохранения по формированию «Листов ожидания» на оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи.			
11.	Мероприятия по оптимизации работы коечного фонда стационаров:			
11.1	Регламентирующие приказы по реструктуризации коечного фонда стационаров; по организации стационарзамещающих форм работы.			
11.2	Основные плановые, количественные и качественные показатели работы дневных стационаров, стационаров на дому.			
11.3	Стандартизация работы отделений стационара.			
11.4.	Медико-экономический анализ деятельности стационарных форм медицинской помощи.			
12.	Мероприятия по внедрению новых медицинских технологий в работу амбулаторно-поликлинической сети:			
12.1.	Оптимизация работы участковой службы: - разукрупнение территориальных участков (терапевтических, педиатрических) с целью обеспечения доступности и качества первичной медико-санитарной помощи; - организация комплексных терапевтических участков в районах Новосибирской области для повышения доступности квалифицированной медицинской помощи сельским жителям; - формирование типовой модели работы амбулаторно-поликлинических учреждений с организацией автоматизированных рабочих мест участкового			

	терапевта, педиатра.			
12.2.	Внедрение элементов стандартизации в работу поликлинического звена.			
13.	Инфекционный контроль стационара:			
13.1.	Анализ заболеваемости ВБИ.			
13.2.	План работы комиссии по профилактике ВБИ (поквартальный).			
13.3.	Учеба медицинского персонала (врачи, медсестры).			
13.4.	Внедрение алгоритмов манипуляций в практику работы отделений.			
13.5.	Профилактика ООИ (регламентирующие приказы, формирование укладок, учеба по организации работы медперсонала в условиях ООИ).			
14.	Организация лекарственного обеспечения граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг:			
14.1.	Формирование базы данных граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг.			
14.2.	Составление заявок на лекарственное обеспечение граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг.			
14.3.	Рациональная организация работы амбулаторно-поликлинических учреждений с гражданами, имеющими право на получение набора социальных услуг (совместно с аптечными учреждениями).			
14.4.	Формирование отчета и анализ деятельности учреждения по льготному лекарственному обеспечению.			
15.	Совещания:			
15.1.	Медицинский совет (вопросы по реализации национального проекта включаются ежемесячно).	Ежемесячно		
15.2.	Оперативные совещания руководителей отделений и служб.	Еженедельно		
15.3.	Совет медицинских сестер.	Ежемесячно		
15.4.	Общеучрежденческие конференции.	Ежемесячно		

15.5.	Административно-хозяйственная планерка.	Ежедневно		
15.6.	Планово-финансовая планерка.	Еженедельно		
15.7.	Лабораторной службы.	Ежемесячно		
15.8.	Отдела обязательного медицинского страхования и организационно-методической работы.	Ежемесячно		
15.9.	Внебольничной службы.	Ежемесячно		
15.10.	Лечебных отделений.	Ежемесячно		
16.	Организация делопроизводства.	Постоянно		
17.	Организация работы по ГО и ЧС.	Постоянно		
1.	Работа с кадрами Подготовка и переподготовка врачей общей (семейной) практики, врачей терапевтов участковых и педиатров участковых (в рамках национального проекта).	В течение года		
2.	Подготовка и переподготовка кадров для работы на диагностическом оборудовании, поступающем в рамках национального проекта.	В течение года		
3.	Конференции медицинских сестер.	Ежемесячно		
4.	Повышение квалификации среднего медицинского персонала.	Постоянно		
5.	Подготовка медицинских кадров (семинары, школы, дни специалистов).	Ежемесячно		
6.	Участие в семинарах, конференциях, днях специалистов.	Ежемесячно		
7.	Работа с резервом руководящих кадров.	Постоянно		
8.	Практические занятия (контроль знания и выполнения приказов) для врачей и среднего медицинского персонала отдельно:			
8.1.	По оказанию медицинской помощи в условиях чрезвычайных ситуаций.	Ежемесячно		
8.2.	По диагностике, лечению заболеваний и профилактике осложнений.	Ежемесячно		
8.3.	По предметно-количественному учету лекарственных препаратов, учету, хранению, выписыванию и использованию наркотических лекарственных средств, по рациональному использованию лекарственных средств и	Ежемесячно		

	расходных материалов.			
8.4.	По должностным инструкциям и функциональным обязанностям.	Ежегодно		
8.5.	По технике безопасности и противопожарной безопасности.	Ежегодно		
8.6.	По хранению, учету бланков больничных листов и оформлению медицинских документов.	Ежеквартально		
8.7.	Другое.			
9.	Организационно-методическая работа с:			
9.1.	Департаментом здравоохранения Новосибирской области.	Постоянно		
9.2.	Главным управлением здравоохранения мэрии г. Новосибирска.	Постоянно		
9.3.	Центральными районными (городскими) больницами.	Постоянно		
9.4.	Профильными медицинскими учреждениями.	Постоянно		
10.	Научно-практическая работа.	Постоянно		
1.	Работа с населением и общественными организациями Совместная работа с органами местного самоуправления (участие в межведомственных комиссиях при главе администрации, совместные документы, др.).			
2.	Работа с учреждениями социальной защиты.			
3.	Работа с органами УВД.			
4.	Работа с другими общественными организациями.			
5.	Работа со средствами массовой информации.	Постоянно		
5.1.	Информирование различных групп населения по вопросам профилактики и сохранения здоровья.			
5.2.	Информирование населения о показаниях и противопоказаниях к вакцинации в соответствии с национальным календарем прививок.			
6.	Работа с населением (прием граждан).	Постоянно		
7.	Анализ жалоб и обращений граждан.	Постоянно		

Примечание: в планах основных организационных мероприятий указывать месяц, а по возможности и дату проведения мероприятия.

График Проведения основных организационных мероприятий

День недели	1	2	3	4	5
Понедельник	Административно-хозяйственный совет 8 – 30 – 9-00 Аппаратное совещание 9-00 – 10-00	Административно-хозяйственный совет 8 – 30 – 9-00	Административно-хозяйственный совет 8 – 30 – 9-00 Аппаратное совещание 9-00 – 10-00	Административно-хозяйственный совет 8 – 30 – 9-00	Административно-хозяйственный совет 8 – 30 – 9-00
Вторник	Рассмотрение вопросов у зам. главного врача по медицинской части 14-00 – 15-00	Лечебно – контрольная комиссия 14 - 00 Комиссия по профилактике ВБИ 16 - 00	Рассмотрение вопросов у зам. главного врача по медицинской части 14-00 – 15-00 Занятие с фельдшерами СМП 16 - 00	Клинико-экспертная комиссия 14 – 00 Врачебная конференция 16 - 00	
Среда	Обще больничная планерка 16 - 30	Обще больничная планерка 16 – 00	Обще больничная планерка 16 - 00	Обще больничная планерка 15 - 30	Обще больничная планерка 15 - 30

Четверг	Выездной день на ФАП и УБ Комиссия по рациональному использованию НЛС 15 - 30	Выездной день на ФАП и УБ Врачебная конференция 16 - 00	Выездной день на ФАП и УБ Совет медицинских сестер 16 - 00	Выездной день на ФАП и УБ Сестринская конференция 16 - 00	
Пятница	Час контроля 16 - 00	Комиссия по изучению летальных исходов 16 – 00	Фельдшерские конференции 10 - 00	Медицинский совет 16 - 00	

Утверждаю
Главный врач района
КОВАЛЕНКО Н.В.

**План – график
проведения административных и общественных мероприятий на 2008 год**

№	Мероприятия	Срок проведения	Кто готовит
1	Аппаратные совещания у главы администрации	2-4 понедельник	Главный врач района
2	Совещания: А) Профильные итоговые конференции (по отделениям и службам) Б) Обще – больничная итоговая конференция по итогам 2007 года	<i>Март</i>	Главный врач Зам. гл. врача Зав. отделениями и службами
3	Больничный Медицинский совет	Четвертая пятница месяца	Заместители главного врача
4	Аппаратные совещания у главного врача	1-3 понедельник	Заместители главного врача
5	Клинические конференции фельдшеров СМП	Третья среда	Заместители главного врача

6	КЭК: Клинико – экспертная комиссия	Четвертый вторник четных месяцев	Зам. главного врача по лечебной части
7	Совет медицинских сестёр	Третий четверг	Главная сестра больницы
8	КИЛИ: комиссия по изучению летальных исходов	Второй вторник нечетных месяцев	Зам. по лечебной части Райпедиатр
10	ЛКК: Лечебно – контрольная комиссия	Второй вторник четных месяцев	Гл. врач
11	Обще районные фельдшерские конференции	Третья пятница	Зам. гл. врача по ОМР
12	Конференции среднего медицинского персонала	Четвертая пятница	Главная сестра больницы
13	Совещания по административно- хозяйственной части	Еженедельно	Зам главного врача по экономике
14	Аттестационная комиссия	1 раз в квартал	Главный врач района
15	Выездной день в районе	Еженедельно	Зам. гл. врача
16	Врачебные клинические конференции	Ежемесячно	ОМК И ОСМ
17	Комиссия по рациональному использованию НЛС и сильнодействующих препаратов	2 раза Ежемесячно	Председатель комиссии

Организационно-методическая работа с фельдшерско-акушерскими пунктами.					
№	Вопрос	Сроки	Кто готовит	Ответственный	Контроль
1	Составление и утверждение планов работы.	<i>Ноябрь</i>	<i>Зав. ФАП</i>	Зам. гл. врача по ОМР.	
2	Внесение коррективов в паспорт ФАП на основе данных годового отчёта.	Январь	<i>Зав. ФАП</i>	Зам. гл. врача по ОМР.	
3	Проведение фельдшерских конференций.	Раз в месяц	Специалисты	Зам. гл. врача	
4	Проверка достоверности данных годовых отчётов.	4 кв.	ОМК	Зам. гл. врача	
5	Выездная работа районных специалистов и сотрудников ОМК.	Раз в неделю	ОМК	Зам. гл. врача	
6	Разработка, составление методических рекомендаций, указаний для зав. ФАП.	Раз в квартал	Специалисты	Зам. гл. врача	
7	Проведение инструктажа по должностным инструкциям и новым регламентирующим приказам.	Раз в квартал	Специалисты	Зам. гл. врача	
8	Работа по вопросам обеспечения ФАП : канцелярскими товарами, хозяйственными товарами, оборудованием; по предоставлению транспорта для курации и наблюдения	Раз в месяц	<i>Фельдшер ОМК.</i>	Главный врач	

	больных и оказанию мед. помощи жителям отдалённых деревень; по ремонту; о готовности к отопительному сезону				
9	Осуществление систематического контроля за деятельностью ФАП путём заполнения «экспертных карт оценки деятельности ФАП».	<i>Ежемесячно</i>	<i>Специалисты фельдшера СМП фельдшер ОМК.</i>	Зам. гл. врача по ОМР Нач. мед	
10	Проводить анализ работы ФАП на основе данных ежемесячных отчётов ,выездной работы и данных экспертных карт.	Раз в квартал	Специалисты	Зам. гл. врача	
Организационно-методическая работа с участковой больницей					
1	Составление и утверждение планов работы.	<i>Ноябрь</i>	Зав. УБ	<i>Зам. гл. врача.</i>	
2	Осуществление выездной работы сотрудников ОМК и специалистов для оказания практической помощи и с целью проверки.	<i>По плану-графику ОМК.</i>	<i>Рай.специалисты ОМК</i>	Зам. гл. врача по ОМР.	
3	Проведение анализа работы УБ и, в том числе в системе ОМС.	Раз в кв.	<i>Рай.специалисты</i>	Зам. гл. врача	
4	Обеспечение новыми методическими указаниями, разработками, выписками из регламентирующих документов.	Раз в квартал	Специалисты	Зам. гл. врача	
5	Инструктаж по должностным инструкциям, приказам.	Раз в квартал	Специалисты	Зам. гл. врача	
6	Проведение конференций (внутрибольничных).	Раз в мес.	Зав. УБ	Главный врач	
7	Проведение конференций районных.	Раз в мес.	ОМК	Главный врач	
8	Оформление паспортов УБ и (корректировка на основе данных годового отчёта).	Декабрь	ОМК	Зам. гл. врача	
9	Контроль за работой УБ путём заполнения экспертных карт.				
10	Анализ работы и УБ на основе данных отчётов, выездной работы, данных экспертных карт.				
11	Проверка достоверности данных годового отчета				

Приказы по учреждению.

Мероприятия	Срок	Кто готовит	Ответственный за подготовку	Контроль
Приказ о контроле качества лечебного процесса в ЛПУ района	Январь	Зам. гл. врача Зав. поликлиникой	Главный врач.	
Приказ об утверждении советов: 1. больничного медицинского совета 2. совета медицинских сестер 3. совета по лечебному питанию	Январь	Зам. гл. врача Зав. поликлиникой	Главный врач	
Приказ об утверждении обще - больничных комиссий : 1. КЭК, 2. КИЛИ, 3. ЛКК, 4. ВБИ, 5. Формулярная комиссия, 6. по проверке сильнодействующих и наркотических средств, 7. по технике безопасности, 8. по рассмотрению письменных и устных обращений граждан	Январь	Зам. гл. врача по службам	Главный врач.	
Приказ о работе с наркотическими и сильнодействующими препаратами	Январь	Зам. по леч. работе	Главный врач.	
Приказ о внесении изменений в должностные инструкции и положения о деятельности ЛПУ	В течении года	Зам гл врача по ОМП	Главный врач.	
Приказ на лиц, ответственных за работу с архивными документами	Январь	Зам. гл. по ОМП.	Главный врач.	
Приказ на лиц, ответственных за переливание крови.	Январь	Зам. по леч. работе.	Главный врач.	
Приказ на лиц, имеющих право на дежурство по ЛПУ и на дому	Январь	Зам. по леч. работе	Главный врач	
Приказ на лиц, ответственных за ТБ	Январь	Зам. гл по экономике	Главный врач	
Приказ на лиц, ответственных за противопожарное состояние	Январь	Зам по экономике	Главный врач	
Приказ об организации профилактической работы с населением.	Январь	Зам. гл врача по ОМП	Главный врач	

Приказ « О мерах по совершенствованию токсикологической помощи населению»	Январь	<i>Зав. отд. АИР</i>	<i>Зам. гл. врача по леч. раб.</i>	
Приказ « О мерах по улучшению онкологической помощи населению Усть - Таркского района»	Январь	<i>Врач онколог</i>	<i>Зам. гл. врача по леч. раб.</i>	
<i>Приказы об улучшении работы служб</i>		<i>Зам. гл врача</i>	<i>Главный врач</i>	
<i>Текущие приказы</i>		<i>Зам. гл врача</i>	<i>Главный врач</i>	

**Краткие рекомендации
по составлению тестов для оценки знаний:**

Тесты составляются в строгом соответствии с тем материалом, который был предоставлен аттестуемым (сообщение на конференции, методические материалы, которыми обеспечены аттестуемые и т.д.).

Для того, чтобы понять усвоена тема экзаменуемым или нет следует включить в тест 15-20 вопросов.

Вопрос должен формулироваться четко, кратко и конкретно, исключать двойное толкование, быть понятным экзаменуемому.

Структура теста включает вопрос, имеющий порядковый номер и несколько вариантов ответов, из которых один должен быть правильным. В экземпляре аттестующих он выделяется, либо жирным шрифтом (пример – первый вопрос), либо обозначен «звездочкой» (пример - третий вопрос) или каким-то другим способом.

Иногда варианты правильных ответов размещаются в конце методического материала и включают номер вопрос и номер правильного ответа (например: правильные ответы: 1.3, 3.3. и т.д.). Такое расположение ответов позволяет специалистам проводить самоконтроль.

Оценка глубины знаний осуществляется либо по проценту правильных ответов (определяют какую часть составляют правильные ответы от общего количества их), либо по количеству набранных баллов. При этом каждый правильный ответ оценивается как один балл, либо устанавливается дифференцированная балльная оценка, т.е. за наиболее сложные и важные вопросы устанавливается большее количество баллов, что делает оценку более объективной. Например за простой вопрос начисляется один балл, за вопрос средней сложности – 2 балла, за сложный – 3 балла.

Пример оформления теста:

1. Профилактика заболеваний направлена на :

№1. контроль за уровнем заболеваемости

№2. снижение риска осложнений

№3. предупреждение заболеваний.

3. Профилактика может проводиться только:

№1. у больных лиц,

№2. у здоровых,

№3. во всех группах населения*.

Положение о медицинском совете

1. Больничный медицинский совет (БМС) организуется в каждой больнице для заслушивания, коллективного обсуждения и решения вопросов по обеспечению высокого уровня медицинского обслуживания населения; является совещательным органом и ежегодно утверждается приказом главного врача больницы.

2. Председателем БМС назначается главный врач, заместителем председателя - один из заместителей главного врача, секретарем - один из врачей больницы.

3. Членами БМС назначаются заведующие отделениями, представители общественных организаций, наиболее опытные и квалифицированные врачи лечебных отделений.

4. По обсуждаемым вопросам должны приниматься решения, выполнение которых является обязательным для всех отделений и служб больницы.

5. Основными задачами БМС являются:

- решение вопросов по улучшению организационных форм деятельности отделений и служб больницы и должностных лиц;

- обсуждение основных вопросов повышения качества лечебно-диагностического процесса и рационального использования коечного фонда больницы, упорядочения госпитализации больных и рациональных форм преемственности между больницей, скорой и неотложной медицинской помощью и поликлиникой, годовых и перспективных планов развития отделений и служб;

- заслушивание отчетов о деятельности заместителей главного врача больницы по профилям, в пределах их функциональных обязанностей, о работе отделений и служб больницы, лечебно-контрольной комиссии, комиссии по изучению летальных исходов, совета медицинских сестер, вопросов о состоянии работы с письмами, жалобами и заявлениями граждан.

6. Порядок работы БМС:

- работа БМС осуществляется по годовому плану, который включается в комплексный план работы больницы;

- заседания БМС проводятся не реже 1 раза в квартал и оформляются специальным протоколом;

- председатель БМС осуществляет общее руководство работой совета, утверждает план его работы, руководит проведением заседаний;

- заместитель председателя БМС готовит проведение заседаний, назначает комиссию по проверке работы отделения или службы и лиц, подготавливающих материалы для заслушивания, составляет проекты решений совета и передает их председателю БМС;

- секретарь БМС собирает материалы по планируемому к обсуждению вопросу и передает их заместителю председателя совета, контролирует и докладывает о ходе выполнения решений совета, ведет протоколы его заседаний;

члены БМС участвуют в обсуждении вопросов, вносят свои предложения по их реализации, улучшению и совершенствованию работы отделений и служб больницы, вносят свои поправки и дополнения в проект решения совета;

при обсуждении отчетов о деятельности отделений и служб присутствие сотрудников этих отделений и служб строго обязательно;

лица, ответственные за подготовку материалов для заслушивания на совете, назначаются за месяц до обсуждения вопроса;

подготовленные материалы по планируемому вопросу представляются председателю совета за неделю до проведения заседания БМС;

протоколы и решения БМС подписываются председателем и секретарем совета; документация совета- планы, протоколы, решения, материалы по выполнению решений -хранится у секретаря.

Положение

о комиссии по изучению летальных исходов

1. Общие положения

Настоящее Положение разработано в соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Законом РФ "О медицинском страховании граждан Российской Федерации", а также в соответствии с приказом Минздрава России и ФФОМС России от 24.10.96 № 363/77 "О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации".

Положение определяет цели, задачи и порядок работы комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ) - коллегиального органа контроля качества медицинской помощи (КМП) на основе материалов, полученных при анализе летальных исходов.

Рассмотрению на КИЛИ подлежат все случаи летальных исходов как после проведенных патологоанатомических или судебно-медицинских исследований, так и случаи, где вскрытие не производилось.

Ответственным за организацию работы КИЛИ является главный врач, приказом которого определяется постоянный состав и порядок работы комиссии.

2. Цель КИЛИ

Участие в работе по улучшению КМП в ЛПУ путем подготовки мотивированных заключений на основе анализа результатов экспертизы процесса оказания медицинской помощи и патологоанатомического исследования в случаях летальных исходов для принятия руководством ЛПУ эффективных управленческих решений.

3. Задачи КИЛИ

Установление состояния КМП в случаях летальных исходов.

Оценка обоснованности отмены патологоанатомического исследования в случаях, когда вскрытие не проводилось.

Оценка качества ведения медицинской документации.

Анализ причин несоответствия клинического и/или заключительного диагноза диагнозу, установленному патологоанатомическим или судебно-медицинским исследованием.

Анализ причин возникновения врачебных ошибок и их негативных последствий.

Подготовка мотивированных заключений для принятия эффективных управленческих решений, направленных на улучшение КМП.

4. Состав КИЛИ

В постоянный состав комиссии, назначаемый приказом главного врача, входят председатель, секретарь, заместители главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР. Председатель комиссии назначается главным врачом из числа заместителей главного врача по лечебной работе.

Кроме того, в работе комиссии принимают участие приглашенные лица (лечащий врач, заведующий отделением, патологоанатом, эксперты КМП, независимые эксперты и т. д.), определяемые председателем комиссии. Участие в работе комиссии всех приглашенных на заседание строго обязательно.

Ответственность за своевременность и качество проведения заседаний КИЛИ возлагается на ее председателя.

Ответственность за своевременное оповещение о проведении заседания КИЛИ постоянных членов комиссии и приглашенных лиц, а также за ведение документации КИЛИ (журнала заседаний КИЛИ, копий заключений КИЛИ и пр.) возлагается на секретаря комиссии.

Ответственность за своевременное документальное обеспечение заседаний КИЛИ возлагается на заместителя главного врача по КЭР.

5. Порядок работы КИЛИ при анализе отдельных случаев летальных исходов

При наступлении случая летального исхода заместитель главного врача по КЭР обеспечивает в установленные в ЛПУ сроки проведение экспертизы и метаэкспертизы КМП данного случая, а также согласование результатов экспертизы. В случае невозможности согласования результатов экспертизы заместителем главного врача по КЭР обеспечивается проведение независимой экспертизы случая.

Согласованные результаты экспертизы (при невозможности согласования - результаты экспертизы, метаэкспертизы и независимой экспертизы) передаются для ознакомления заведующему отделением и лечащему врачу. При несогласии с результатами экспертизы заведующий отделением и/или лечащий врач имеют право приложить к результатам экспертизы аргументированный протокол разногласий (в произвольной форме).

Затем история болезни с протоколом вскрытия, согласованными результатами экспертизы (при несогласовании - результаты экспертизы, метаэкспертизы и независимой экспертизы) в установленные в ЛПУ сроки передаются секретарю комиссии для проведения заседания КИЛИ.

Регулярность проведения заседаний КИЛИ в ЛПУ определяется приказом главного врача.

На заседании КИЛИ лечащий врач или заведующий отделением информирует комиссию о данном клиническом случае, особенностях его течения, проводившемся лечении. Заместитель главного врача по КЭР или эксперт докладывает согласованные результаты экспертизы КМП. В случае несогласования результатов экспертизы до заседания КИЛИ докладываются мнения обоих экспертов, проводивших экспертизу и метаэкспертизу, а также результаты независимой экспертизы. При проведении патологоанатомического исследования свою точку зрения на особенности данного случая, дефекты ведения больного и медицинской документации, ошибки прижизненной диагностики, причины диагностической ошибки, ее категорию и значимость для наступившего летального исхода излагает патологоанатом. При несогласии с результатами экспертизы свое аргументированное мнение высказывают

заведующий отделением и/или лечащий врач.

При неудовлетворенности представленными результатами экспертизы на заседании КИЛИ может быть принято решение о проведении повторной (в т. ч. и независимой) метаэкспертизы КМП с повторным разбором данного случая на последующих заседаниях.

Результатом работы КИЛИ является заключение о надлежащем или ненадлежащем (с определением класса) КМП данного случая с указанием основных выявленных врачебных ошибок, описанием их реальных и возможных последствий, возможных причин их возникновения, при необходимости - рекомендации по их предотвращению, а также решение о необходимости проведения дополнительного разбора данного летального случая на КЭК или клиничко-анатомической конференции (КАК).

На рассмотрение КЭК передаются все случаи ошибок клинической диагностики, отнесенных к III категории, все случаи с выявленными врачебными ошибками I ранга тяжести, а также другие случаи по решению комиссии.

При выявлении допущенных на предыдущих этапах медицинской помощи (в другом ЛПУ) дефектов диагностики и лечения, повлиявших на процесс и результаты лечения, главный врач по представлению председателя КИЛИ должен проинформировать администрацию этого учреждения о результатах комиссионного разбора.

Результаты работы КИЛИ регистрируются секретарем в специальном журнале заседаний КИЛИ, где отмечаются даты проведения заседаний, состав присутствующих, паспортные данные, номера историй болезни и протоколов вскрытий умерших, а также заключения по каждому обсуждаемому случаю летального исхода. Копия указанного заключения вклеивается секретарем в историю болезни, а в случае произведения вскрытия копия заключения передается также патологоанатому для вклейки в протокол вскрытия.

Председатель КИЛИ представляет главному врачу в письменном виде краткий отчет о каждом заседании комиссии.

По результатам проведения КИЛИ необходимые изменения, выявленные в процессе разбора, вносятся заместителем главного врача по КЭР в протокол экспертизы, считающийся окончательным.

Окончательные варианты протоколов экспертизы хранятся в соответствующей базе данных у заместителя главного врача по КЭР для последующего проведения расчета показателей и анализа состояния КМП в совокупности случаев с летальными исходами.

6. Порядок работы КИЛИ при изучении совокупности случаев летальных исходов

Не реже 2 раз в год по распоряжению председателя КИЛИ заместителем главного врача по КЭР проводятся расчет и обобщение показателей КМП по совокупности случаев летальных исходов, сгруппированных по нозологическим формам и отделениям.

Не реже 2 раз в год на заседании КИЛИ проводится анализ КМП по

совокупности случаев летальных исходов за истекший период на основании исследования представленных организатором экспертизы обобщенных данных о состоянии КМП, сгруппированных по нозологическим формам и отделениям.

По результатам проведенного анализа готовится проект управленческого решения, направленного на улучшение состояния КМП, представляемый председателем КИЛИ главному врачу.

Результаты анализа состояния КМП и проект управленческого решения регистрируются секретарем в журнале заседаний КИЛИ.

Положение

о комиссии изучения летальных исходов (КИЛИ) (ОГУЗ «ГНОКБ»)

1. Общие положения:

1.1. Комиссия по изучению летальных исходов (КИЛИ, далее Комиссия) организуется для проведения систематического анализа всех случаев летальных исходов в ОГУЗ «ГНОКБ», в том числе больных, переведенных из других ЛПУ Новосибирской области.

1.2. Председателем Комиссии является заместитель главного врача по медицинской части.

1.2.1. Члены Комиссии утверждаются главным врачом из числа главных специалистов области и ведущих специалистов ОГУЗ «ГНОКБ».

1.2.2. В состав Комиссии входят заведующий патологоанатомическим отделением ОГУЗ «ГНОКБ» и заведующий танатологическим отделением ОГУЗ «НОБСМЭ» (по согласованию).

1.2.3. Секретарем Комиссии является заведующий отделом медико-экономической статистики.

1.2.4. Заместитель председателя Комиссии руководит Комиссией в отсутствие заместителя главного врача по медицинской части.

1.3. Председателем Комиссии для оценки документов умершего пациента определяется независимый рецензент из числа ведущих специалистов Новосибирской области.

2. Задачи Комиссии:

2.1. Оценка качества оказания медицинской помощи, выявление дефектов, допущенных в диагностике, лечении, а также в организации лечебно-диагностического процесса в стационарах ОГУЗ «ГНОКБ», ЛПУ Новосибирской области и на догоспитальном этапе, определение путей для устранения выявленных нарушений и предупреждение их в последующей работе.

2.2. В Комиссию представляются следующие документы:

- заключение независимого эксперта;
- медицинская карта стационарного больного из ОГУЗ «ГНОКБ»;
- медицинская карта амбулаторного больного из ОГУЗ «ГНОКБ»;
- медицинская карта стационарного больного, переведенного в ОГУЗ «ГНОКБ»

из стационаров ЛПУ области (в случае выявления независимым рецензентом дефектов оказания медицинской помощи в данном ЛПУ);

- медицинская карта амбулаторного больного, переведенного в ОГУЗ «ГНОКБ» из стационаров ЛПУ области (в случае выявления независимым рецензентом дефектов оказания медицинской помощи в данном ЛПУ);

- протокол вскрытия (если труп умершего подвергался патолого-анатомическому или судебно-медицинскому исследованию);

- документы дополнительных исследований;

- заключение заведующего отделением, в котором умер пациент;

- заключение заместителя главного врача по медицинской части ЛПУ, из которого умерший пациент был переведен в ОГУЗ «ГНОКБ» (в случае выявления независимым рецензентом дефектов оказания медицинской помощи в данном ЛПУ).

2.3. Комиссия определяет адекватность и своевременность:

- диагностических мероприятий;

- постановки клинического диагноза;

- лекарственной терапии;

- определения показаний к оперативному вмешательству и степени риска оперативного вмешательства;

- проведенных инвазивных методов диагностики и лечения (в том числе методов их обеспечения);

- ведения медицинской документации.

3. Регламент работы Комиссии:

3.1. При проведенном патолого-анатомическом (судебно-медицинском) исследовании трупа умершего больного, медицинские документы передаются независимому рецензенту в течение 3 дней.

3.2. В случае совпадения заключений рецензента и патологоанатома (судебно-медицинского эксперта) по оценке качества оказания медицинской помощи, полном совпадении клинического и патолого-анатомического (судебно-медицинского) диагнозов, при отсутствии замечаний у рецензента, очного обсуждения на комиссии летального случая не производится, случаи регистрируются в журнале протоколов комиссии в обычном порядке. Сопоставление клинического и патолого-анатомического (судебно-медицинского) диагнозов проводится на основе соответствующего Положения.

3.3. В случаях, не обозначенных в п. 3.2. производится разбор случая смерти больного на заседании Комиссии.

3.3.1. На Комиссии доклад по умершему пациенту делает член комиссии, назначаемый председателем комиссии.

3.3.2. На заседание Комиссии приглашаются (отдельно по разбору каждого случая):

- заведующий отделением ОГУЗ «ГНОКБ», в котором умер пациент;

- руководители структурных подразделений ОГУЗ «ГНОКБ», в которых по заключению независимого рецензента, были допущены дефекты лечебно-диагностического процесса;

- заместитель главного врача по медицинской части ЛПУ, из которого умерший

пациент был переведен в ОГУЗ «ГНОКБ», в случае, если по заключению независимого рецензента, были допущены дефекты лечебно-диагностического процесса.

3.3.3. В случае согласия председателя и членов Комиссии с докладчиком, совместное решение фиксируется в протоколе Комиссии. В случае несогласия сторон рассмотрение спорного случая выносится на клинико-анатомическую конференцию.

3.4. Все случаи прижизненной диагностической ошибки, когда ее причиной послужили дефекты диагностического процесса в ОГУЗ «ГНОКБ» или на предыдущих этапах, повлекшие неадекватную и неправильную тактику лечения и приведшие к смерти больного, все случаи ятрогенных осложнений, после их обсуждения на заседании Комиссии, оформляются в виде организационных документов.

3.5. Ежемесячно до 15 числа следующего за отчетным месяцем секретарь Комиссии составляет сводную информацию об итогах работы Комиссии с указанием итогового показателя лечебно-диагностического процесса по каждому экспертному случаю, предложений и планируемых или выполненных мероприятий по устранению выявленных нарушений. Председатель Комиссии проводит анализ деятельности комиссии 1 раз в квартал.

3.6. Результаты работы Комиссии доводятся до сотрудников ОГУЗ «ГНОКБ» на аппаратных совещаниях и до ЛПУ Новосибирской области информационными письмами.

**Положение
о лечебно-контрольной комиссии (ЛКК)
ОГУЗ «ГНОКБ»**

1. Общие положения:

1.1. Лечебно-контрольные комиссии (ЛКК, далее Комиссия) создаются для систематического контроля лечебно-диагностического процесса в ОГУЗ «ГНОКБ».

1.2. Комиссии создаются в терапевтической, хирургической, акушерско-гинекологической и педиатрической клиниках.

1.3. Экспертизе на Комиссии подлежат случаи:

- ВБИ;
- осложнений диагностических процедур;
- послеоперационных осложнений;
- осложнений, возникших после проведения анестезиологического пособия;
- осложнений заболеваний, развившихся в ходе медицинских манипуляций;
- незапланированных повторных переводов в отделения реанимации (регоспитализации);
- переводов в отделение реанимации доношенных новорожденных;
- длительных госпитализаций (более 30 дней);
- сопровождающиеся жалобами (обращениями) пациентов и их законных представителей.

1.4. Председателем профильной Комиссии является заместитель главного врача по службе, членами комиссии назначаются специалисты из состава заведующих отделениями, ведущих специалистов ОГУЗ «ГНОКБ».

1.5. Председателем общебольничной Комиссии является заместитель главного врача по медицинской части.

2. Задачи Комиссии:

2.1. Анализ адекватности и своевременности диагностики, обоснованности назначения лечения, качества ведения медицинской документации.

2.2. Выявление ошибок и дефектов в проведении лечебно-профилактических мероприятий на догоспитальном этапе и во время лечения в стационаре.

2.3. Разработка и реализация мероприятий по устранению и предупреждению ошибок и дефектов в диагностике и лечении.

3. Регламент работы Комиссии:

3.1. Председатель профильной Комиссии готовит заседание Комиссии, определяет случаи оказания медицинской помощи для проведения экспертной оценки.

3.2. Секретарь профильной Комиссии передает медицинские карты стационарного больного и другую документацию для проведения экспертизы членам Комиссии или рецензентам.

3.3. На каждый случай экспертной оценки заполняется «Карта экспертной

оценки». При экспертизе оценивается своевременность и полноценность проведения диагностических и лечебных мероприятий, адекватность тактики ведения пациента, выявляются дефекты и анализируются их причины на догоспитальном этапе и во время лечения в стационаре.

3.4. На заседаниях Комиссии рассматриваются заключения и замечания по лечебно-диагностическому процессу и вносятся предложения по его совершенствованию, разрабатываются мероприятия по устранению выявленных недостатков и осуществляется контроль за их реализацией.

3.5. Заседания Комиссии проходят ежемесячно. Секретарь Комиссии ведет протокол заседаний.

3.6. Ежемесячно до 15 числа месяца следующего за отчетным секретарь Комиссии составляет сводную информацию об итогах работы Комиссии в виде таблицы (приложение № 15) и передает ее в отдел медико-экономического анализа с указанием итогового показателя лечебно-диагностического процесса по каждому экспертному случаю, предложений, выполненных мероприятиях по устранению выявленных нарушений.

3.7. Документация Комиссии (протоколы, решения, «Карты экспертной оценки») хранится у секретаря Комиссии.

3.8. Председатель профильной Комиссии анализирует итоги работы комиссии за квартал и передает справку в общебольничную Комиссию.

3.9. Заседание общебольничной Комиссии проходит ежеквартально. На заседаниях комиссии обсуждаются итоги работы профильных Комиссий. Разрабатываются мероприятия по устранению и предупреждению ошибок и дефектов в лечебно-диагностическом процессе.

3.10. Заседание Комиссии оформляется протоколом, который хранится у секретаря общебольничной Комиссии с отчетами Комиссии.

3.11. Решение работы Комиссии утверждается главным врачом, результаты работы Комиссии доводятся до сведения сотрудников на аппаратных совещаниях.

Положение
о порядке организации и проведения лечебно-контрольных комиссий
в лечебно-профилактических учреждениях

Лечебно-контрольные комиссии (ЛКК), организуются во всех лечебно-профилактических учреждениях и являются органами оперативного контроля состояния лечебно-диагностического процесса, в т. ч. и на основании анализа материалов патолого-анатомического исследования.

В состав ЛКК входят главный врач лечебно-профилактического учреждения или его заместитель по лечебной работе и наиболее квалифицированные врачи учреждения по различным специальностям. Обязательно участие заведующего патолого-анатомическим отделением (учреждением).

Задачи комиссии

1. Контроль диагностической деятельности больничных отделений и правильности организации лечебного процесса.

2. Систематический контроль внедрения и широкого использования новейших и обоснованных методов исследования.

3. Компетентная и научная проверка методов и содержания лечебно-диагностической работы врачей.

Лечебно-контрольной (клинико-экспертной, врачебной) комиссией обсуждаются и анализируются наблюдения летальных исходов:

- с ошибками клинической диагностики, особенно отнесенными к III категории;
- опасными осложнениями диагностических, хирургических, терапевтических, анестезий логических, реанимационных пособий (ятрогенные осложнения);
- лечебно-диагностическими ошибками при ургентной патологии (хирургической, урологической, терапевтической, акушерской и иной);
- оставшиеся спорными или вынесенные на ЛКК по иным причинам после их обсуждения на заседании комиссии (подкомиссии) по изучению летальных исходов (КИЛИ, ПИЛИ);
- все случаи ошибок прижизненной диагностики, закончившиеся тяжелыми осложнениями;
- случаи жалоб на лечение и уход за больными.

При этом ЛКК выявляет все ошибки, недочеты, допущенные при обследовании больного, установлении диагноза, назначении и проведении лечения. ЛКК обязана систематически контролировать степень полноты клинического, лабораторного, рентгенологического, морфологического, функциональных методов исследования, правильность и своевременности лечения больных, включая оперативные вмешательства. В задачу ЛКК входит также выявлена дефектов работы оперативного блока, аптеки, лабораторий, различных вспомогательных кабинетов, контроль лечебного питания, правильности и своевременности консультаций.

Организация и порядок работы комиссии

День и час заседания ЛКК, состав ее участников, повестка заседания, выбор и назначение рецензентов по случаям, подлежащим анализу, устанавливаются главным врачом (заместителем по лечебной работе) данного лечебно-профилактического учреждения, являющимся председателем ЛКК. Сопредседателем является заместитель главного врача по клинико-экспертной работе (если такая должность введена в ЛПУ).

Постоянный секретарь ЛКК заблаговременно оповещает постоянных и приглашенных участников разбора о времени проведения заседания ЛКК, повестке заседания, передает рецензентам всю информацию и документацию, необходимую для проведения разбора.

Рецензент, назначенный для анализа конкретного случая, в письменном виде представляет свое суждение. Рецензентом может являться врач-клиницист данного лечебно-профилактического учреждения, сотрудник клинической кафедры или научного медицинского учреждения, базирующегося в данном лечебном учреждении.

Клиническую часть анализируемого наблюдения докладывает лечащий врач, патолого-анатомическую - врач-патологоанатом или заведующий патолого-анатомическим отделением (учреждением).

При необходимости проводится обсуждение представленных материалов. Основные положения, выдвигаемые докладчиками, фиксируются секретарем ЛКК (КЭК, ВК) в специальном журнале комиссии.

Председатель ЛКК подводит итоги обсуждения каждого случая и предлагает для утверждения проект решения.

Решения, принятые ЛКК, доводятся до сведения врачебного персонала данного лечебно-профилактического учреждения на врачебной конференции и на ближайшем заседании КИЛИ (ПИЛИ).

ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

1. Настоящий Порядок предназначен для организации деятельности врачебной комиссии, создаваемой в медицинской организации, независимо от ее организационно-правовой формы, формы собственности и ведомственной принадлежности.

2. Врачебная комиссия создается в медицинских организациях с целью принятия решений по вопросам диагностики, лечения, реабилитации, определения трудоспособности граждан и профессиональной пригодности некоторых категорий работников, иным медико-социальным вопросам, а также осуществления контроля качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе оценки обоснованности и эффективности назначения лекарственных средств.

3. Врачебная комиссия состоит из председателя, одного или двух заместителей, секретаря и членов комиссии.

4. Председателем врачебной комиссии является руководитель медицинской организации или один из заместителей руководителя медицинской организации, имеющий высшее медицинское образование.

5. Заместителем председателя врачебной комиссии является заместитель руководителя медицинской организации по медицинской части, который осуществляет свою деятельность в соответствии с приложением N 1 к настоящему Порядку, и (или) заместитель руководителя медицинской организации по экспертизе временной нетрудоспособности, который осуществляет свою деятельность в соответствии с приложением N 2 к настоящему Порядку.

6. Секретарем врачебной комиссии является медицинский работник, имеющий среднее медицинское образование, обеспечивающий деятельность врачебной комиссии.

7. Членами врачебной комиссии являются врачи-специалисты (в том числе врач - клинический фармаколог) как из числа штатных сотрудников, так и других медицинских организаций.

8. Персональный состав врачебной комиссии утверждается руководителем медицинской организации.

9. В своей деятельности врачебная комиссия руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, нормативными

правовыми актами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, нормативными актами органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации и органа местного самоуправления и настоящим Порядком.

10. Врачебная комиссия осуществляет следующие функции:

- выдачу листов нетрудоспособности сроком более чем на 30 дней;
- экспертизу временной нетрудоспособности с целью определения необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу;
- принятие решения о направлении гражданина в установленном порядке на медико-социальную экспертную комиссию, в том числе при наличии у этого гражданина признаков инвалидности;
- выдачу заключения о наличии у граждан медицинских показаний для получения ими лечения в медицинских учреждениях за счет средств федерального бюджета;
- выдачу медицинского заключения о характере и степени тяжести повреждения здоровья лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
- определение объема лечения лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;
- выдачу медицинского заключения о наличии у лица, получившего повреждение здоровья вследствие несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, медицинских показаний к определенному курсу медицинской реабилитации;
- принимает решение о внеочередном оказании медицинской помощи отдельным категориям граждан;
- принимает решение о применении лекарственных средств, не входящих в стандарт медицинской помощи, в случае недостаточности фармакотерапии при лечении отдельных заболеваний по жизненно важным показаниям и при угрозе жизни и здоровью пациента;
- принимает решение о выписке лекарственных средств гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, применяемых по решению врачебной комиссии;
- принимает решение об одномоментном назначении льготным категориям граждан:
 - пяти и более лекарственных препаратов одному больному;
 - наркотических средств, психотропных, сильнодействующих и ядовитых веществ, анаболических гормонов;
- принимает решение о выписке наркотических и ненаркотических анальгетиков больным, страдающим онкологическими заболеваниями, по представлению лечащего врача без осмотра пациента;
- осуществляет проверку обоснованности назначения и выписки лекарственных средств гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, и

проводит плановые еженедельные или внеплановые проверки медицинской документации;

- осуществление совместно с лечащим врачом медицинского отбора и направления на санаторно-курортное лечение граждан, в том числе детей, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг;

- выдачу заключений о показании или противопоказанности санаторно-курортного лечения гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, другим категориям граждан - в сложных и конфликтных ситуациях;

- осуществление медицинского отбора больных после острого инфаркта миокарда, операций на сердце и магистральных сосудах, острого нарушения мозгового кровообращения, операций по поводу язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, панкреатита (панкреонекроза), после удаления желчного пузыря, беременных женщин групп риска, а также больных, пролеченных по поводу нестабильной стенокардии, по поводу сахарного диабета, направляемых на долечивание (реабилитацию) непосредственно после стационарного лечения в специализированные санатории (отделения);

- выдачу заключений о нуждаемости ребенка в обучении на дому по медицинским показаниям;

- выдачу заключений о возможности предоставления студентам академического отпуска по медицинским показаниям;

- выдачу заключений о проведении государственной (итоговой) аттестации выпускников IX, XI (XII) классов, обучавшихся по состоянию здоровья на дому, в оздоровительных образовательных учреждениях санаторного типа для детей, нуждающихся в длительном лечении, находившихся в лечебно-профилактических учреждениях более 4 месяцев, и детей-инвалидов, в обстановке, исключающей влияние негативных факторов на состояние их здоровья, и в условиях, отвечающих физиологическим особенностям и состоянию здоровья выпускника;

- рассматривает обращения граждан по вопросам качества лечебно-диагностических мероприятий.

11. Врачебная комиссия осуществляет иные функции, если такие функции предусмотрены федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации и актами федеральных органов исполнительной власти.

12. Врачебная комиссия проводит заседания на основании плана-графика заседаний врачебной комиссии, утвержденного руководителем медицинской организации. Внеплановые заседания проводятся по решению председателя врачебной комиссии, согласованному с руководителем медицинской организации.

13. Решение врачебной комиссии считается принятым, если его поддержало большинство членов врачебной комиссии из числа присутствующих на заседании. Решение врачебной комиссии вносится в первичные медицинские документы.

14. По требованию лица, в отношении которого принято решение врачебной комиссии, выдается справка о решении врачебной комиссии, которая подписывается председателем (в случае его отсутствия - заместителем председателя) врачебной комиссии и удостоверяется печатью медицинской организации.

Примечание.

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 15.04.2005 N 275 утверждена учетная форма N 315/у "Медицинское заключение о характере полученных повреждений здоровья в результате несчастного случая на производстве и степени их тяжести".

Приложение N 1
к Порядку
организации деятельности
врачебной комиссии
медицинской организации,
утвержденному Приказом
Минздравсоцразвития России
от 14.03.2007 N 170

**ПОЛОЖЕНИЕ
О ЗАМЕСТИТЕЛЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ЧАСТИ**

1. Настоящее Положение регулирует организацию деятельности заместителя руководителя медицинской организации по медицинской части.

2. На должность заместителя руководителя медицинской организации по медицинской части назначается специалист, имеющий высшее медицинское образование.

3. Заместитель руководителя медицинской организации по медицинской части назначается на должность и освобождается от должности руководителем медицинской организации.

4. Заместитель руководителя медицинской организации по медицинской части является заместителем председателя врачебной комиссии и отвечает за организацию лечебно-диагностической работы медицинской организации, работу по контролю качества и эффективности профилактических, лечебных, диагностических и реабилитационных мероприятий и оценку обоснованности назначения лекарственных средств.

5. В своей деятельности заместитель руководителя медицинской организации по медицинской части руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, нормативными актами органа исполнительной власти субъекта

Российской Федерации и органа местного самоуправления и настоящим Положением.

6. Основными задачами заместителя руководителя по медицинской части являются:

руководство профилактическими, лечебно-диагностическими и реабилитационными мероприятиями;

организация внедрения и применения в практике работы отделений, и кабинетов современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;

обеспечение внедрения в деятельность медицинских организаций стандартов медицинской помощи;

оценка качества и эффективности профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий на разных сроках лечения, проводимых лечащим врачом в соответствии со стандартами медицинской помощи;

проведение анализа заболеваемости прикрепленного населения, обеспечение разработки и реализации мероприятий по ее снижению;

обеспечение контроля за осуществлением медицинской деятельности подразделениями медицинской организации и отдельными специалистами;

разработка и организация мероприятий по улучшению качества и доступности медицинской помощи населению;

оценка эффективности проводимых индивидуальных программ реабилитации;

организация врачебных конференций по вопросам повышения и обеспечения качества профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий;

взаимодействие с медико-социальными экспертными комиссиями, со страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования, исполнительными органами Фонда социального страхования Российской Федерации по вопросам, относящимся к компетенции;

участие в совещаниях, научно-практических конференциях по вопросам оказания медицинской помощи населению;

контроль за деятельностью медицинских работников в пределах своей компетенции;

контроль за ведением медицинской документации, статистического учета и отчетности по вопросам, относящимся к компетенции.

Приложение N 2
к Порядку организации деятельности врачебной комиссии
медицинской организации, утвержденному Приказом
Минздравсоцразвития России
от 14.03.2007 N 170

**ПОЛОЖЕНИЕ
О ЗАМЕСТИТЕЛЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ О ЭКСПЕРТИЗЕ ВРЕМЕННОЙ
НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**

1. Настоящее Положение регулирует организацию деятельности заместителя руководителя медицинской организации по экспертизе временной нетрудоспособности.

2. На должность заместителя руководителя медицинской организации по экспертизе временной нетрудоспособности назначается специалист, имеющий высшее медицинское образование и прошедший специализацию по экспертизе временной нетрудоспособности.

3. Заместитель руководителя медицинской организации по экспертизе временной нетрудоспособности назначается на должность и освобождается от должности руководителем медицинской организации.

4. Заместитель руководителя медицинской организации по экспертизе временной нетрудоспособности является заместителем председателя врачебной комиссии по экспертизе временной нетрудоспособности, а также по определению профессиональной пригодности некоторых категорий работников и иных медико-социальных вопросов.

5. В своей деятельности заместитель руководителя медицинской организации по экспертизе временной нетрудоспособности руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения и социального развития, нормативными актами органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации и органа местного самоуправления и настоящим Положением.

6. Основными задачами заместителя руководителя по экспертизе временной нетрудоспособности являются:

контроль за организацией и проведением экспертизы временной нетрудоспособности в медицинской организации;

проведение анализа заболеваемости населения с временной утратой трудоспособности, первичного выхода больных на инвалидность, обеспечение разработки и реализации мероприятий по их снижению;

участие в подготовке документов, регламентирующих организацию и проведение экспертизы временной нетрудоспособности;

оценка экспертной деятельности лечащих врачей и организация работы по экспертизе временной нетрудоспособности заведующих отделениями медицинской организации;

контроль за обоснованностью выдачи и продления листков нетрудоспособности;

обеспечение повышения квалификации специалистов медицинской организации по вопросам проведения экспертизы временной нетрудоспособности;

организация врачебных конференций по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности;

принятие участия в совещаниях, научно-практических конференциях по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности;

внесение в установленном порядке предложений по вопросам, входящим в компетенцию;

контроль за ведением медицинской документации, статистического учета и отчетности по курируемым разделам работы;

осуществление взаимодействия с бюро медико-социальной экспертизы, со страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования, исполнительными органами Фонда социального страхования Российской Федерации, другими медицинскими организациями и учреждениями социальной защиты населения по вопросам, относящимся к его компетенции.

При отсутствии указанной должности в штатном расписании медицинской организации выполнение функциональных обязанностей заместителя руководителя медицинской организации по экспертизе временной нетрудоспособности возлагается на заместителя руководителя медицинской организации по медицинской части или руководителя медицинской организации

Положение о комиссии по профилактике внутрибольничных инфекций (КПВБИ)

Положение о комиссии по профилактике ВБИ (КПВБИ, далее Комиссия) разработано на основании приказов МЗ СССР от 31.07.1978 № 720, МЗ СССР от 14.08.1989 № 408, МЗ РФ от 26.11.1997 № 345, МЗ СССР от 16.08.1989 № 475, МЗ СССР от 13.12.1989 № 654 в отношении профилактики ВБИ, эпидемиологического надзора и анализа заболеваемости ВБИ, профилактики гнойно-септических (ГСИ) и традиционных инфекций.

Председателем Комиссии является заведующий отделом клинической эпидемиологии. В состав Комиссии входят госпитальный эпидемиолог, врач-бактериолог, клинический фармаколог, главная медицинская сестра больницы, состав комиссии утверждается главным врачом.

Задачи Комиссии:

1. Комиссия проводит контроль за проведением в ОГУЗ «ГНОКБ» эпидемиологического надзора за ВБИ, предусматривающий:

1.1. выявление, учет, регистрацию ВБИ;

1.2. анализ заболеваемости гнойно-септическими осложнениями, вирусными гепатитами, кишечными инфекциями, ВИЧ-инфекцией;

1.3. выявление групп и факторов риска возникновения ВБИ;

1.4. определение предвестников осложнения эпидемиологической обстановки, оценку и прогнозирование эпидемиологической ситуации по ВБИ;

1.5. анализ заболеваемости медицинского персонала;

1.6. оценку эффективности проводимых мер профилактики для осуществления микробиологического мониторинга в больнице и поддержания санитарно-противоэпидемического благополучия в подразделениях больницы.

2. Контроль за организацией проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий по профилактике ВБИ в больнице.

3. Контроль за организацией санитарно-противоэпидемического режима в подразделениях больницы.

4. Внедрение новых научно обоснованных систем профилактики и противоэпидемических мероприятий, направленных на снижение ВБИ в стационаре.

5. Контроль за подготовкой документации по санитарно-эпидемиологическим вопросам (приказов, решений медицинских советов, информационных бюллетеней).

6. Определение оптимальных схем применения антибактериальных препаратов:

6.1. сбор данных относительно проведенной антимикробной профилактики и лечения с учетом чувствительности микроорганизмов;

6.2. разработка схем контроля затрат на антимикробную профилактику и лечение;

6.3. оценка проведения антибиотикопрофилактики и лечения включая, препараты, дозировку, срок, время и стоимость;

6.4. внедрение оптимальных схем антибиотикопрофилактики, основанных на полученных данных;

6.5. мониторинг влияния улучшений на уровне затрат и инфекций.

7. Контроль за обучением медицинского персонала по профилактике ВБИ.

Права Комиссии:

1. Требовать от должностных лиц предоставления и использования в работе сведений и документов, касающихся лечебно-диагностического процесса, материалов исследований и вскрытий для выполнения вопросов эпидемиологического характера.

2. Выходить к администрации больницы с предложениями о внеплановой санитарной обработке отделений при неблагоприятной эпидемиологической обстановке.

3. Вносить предложения в администрацию больницы по улучшению работы подразделений в вопросах профилактики ВБИ, укрепления материально-технической базы для поддержания должного санитарно-противоэпидемического режима.

4. Требовать от медицинского персонала ЛПУ выполнения норм и правил санитарно-эпидемиологического режима.

5.

Регламент работы Комиссии:

1. Комиссия работает согласно плана, утвержденного главным врачом больницы.

2. Заседание Комиссии проводят по плану 1 раз в квартал, внеочередные по необходимости.

3. С протоколами Комиссии председатель знакомит главного врача больницы.

4. В конце года составляется отчет о работе Комиссии с предоставлением справки главному врачу больницы.

Положение о комиссии по стандартизации (КС)

1. Общие положения

Комиссия по стандартизации (КС, далее Комиссия) является совещательным органом призванным рассматривать вопросы, связанные с проведением работ в области стандартизации лечебно-диагностического процесса в больнице.

В своей работе Комиссия руководствуется действующим законодательством, приказами и распоряжениями главного врача больницы, нормативными и инструктивно-методическими документами Минздравсоцразвития РФ, департамента здравоохранения Новосибирской области.

Председателем Комиссии является заместитель главного врача по медицинской части. Секретарем Комиссии является начальник отдела медико-экономической статистики.

2. Цели и задачи Комиссии:

2.1 Определение основных направлений работы по стандартизации в больнице.

2.2 Рассмотрение разрабатываемых систем классификации, кодирования и каталогизации в больнице (основными объектами стандартизации являются: организационные технологии; медицинские услуги; технология выполнения медицинских услуг; качество медицинских услуг; квалификация медицинского, вспомогательного персонала; учетно-отчетная документация, используемая в системе здравоохранения и медицинского страхования; информационные технологии).

2.3 Рассмотрение систем оценки показателей качества и экономических характеристик медицинских услуг и других видов услуг, установление требований к их номенклатуре, объему и качеству.

2.4 Рассмотрение документов по стандартизации лечебно-диагностического процесса на основе клинико-экономических стандартов (КЭС).

2.5 Обобщение опыта работы по стандартизации в больнице и подготовка предложений для департамента здравоохранения Новосибирской области.

3. Регламент работы Комиссии:

3.1. Заседание Комиссии проводится 1 раз в месяц. При необходимости собирается внеочередное совещание, решение, о сборе которого принимает председатель Комиссии.

3.2. Пересмотр справочников, КЭС для использования в больнице проводится не реже 1 раза в квартал. Основанием для рассмотрения вопроса о внесении изменений в справочники, нормативы является заявка, подписанная заведующим отделением, согласованная с председателем Комиссии (заместителем председателя). Заявка подается секретарю Комиссии.

3.3. Повестка Комиссии формируется секретарем по мере поступления заявок и в соответствии с планом работы Комиссии, утверждается председателем Комиссии.

3.4. Для участия в работе Комиссии могут привлекаться необходимые специалисты (эксперты), в соответствии со спецификой обсуждаемого вопроса.

3.5. Решения принимаются большинством голосов членов Комиссии.

3.6. Протоколы заседания Комиссии подписываются председателем и секретарем Комиссии, сшиваются вместе с представленными справками и документами и хранятся у секретаря Комиссии.

**Примерное положение
о совете по сестринскому (фельдшерскому, акушерскому) делу
медицинской организации**

1. Общие положения

1.1. Совет по сестринскому (фельдшерскому, акушерскому) делу (далее по тексту - Совет) организуется в медицинских организациях для совершенствования, координации и анализа деятельности среднего медицинского персонала.

1.2. Совет в своей работе руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, территориальных органов управления здравоохранением, Уставом медицинской организации и настоящим Положением.

1.3. В состав Совета входят наиболее опытные, квалифицированные средние медицинские работники, организаторы сестринского дела, представители руководства учреждения, образовательных и общественных организаций.

1.4. Совет избирается на общем собрании коллектива медицинской организации в количестве не менее 5 человек.

1.5. Решения и рекомендации Совета являются основой для подготовки положений, приказов и других нормативных и методических документов по организации деятельности среднего медицинского персонала в медицинской организации.

2. Задачи и функции

2.1. Основными задачами Совета являются:

- проведение мероприятий по совершенствованию организации и оказанию современных видов сестринской помощи пациентам, в зависимости от профиля учреждения;
- повышение качества работы среднего медицинского персонала на основе внедрения стандартов медицинской помощи;
- содействие в развитии новых организационных форм и технологий сестринской деятельности, в т. ч. медицинской документации;
- участие в управлении сестринским персоналом и расстановке кадров с учетом требований должности и потенциала работника, на основе современных технологий определения компетенции специалиста;
- обеспечение мероприятий по совершенствованию профессиональных знаний, практических умений среднего медицинского персонала и осуществление контроля за их деятельностью;
- создание программы оценочных критериев деятельности персонала, с целью своевременного осуществления планирования повышения квалификации, профессиональной переподготовки, аттестации и сертификации специалистов;
- участие в аттестации специалистов на присвоение квалификационных категорий и разработка методических рекомендаций по процедуре ее проведения;
- обеспечение обучения организаторов сестринского дела по вопросам управления, экономики, финансам, праву, менеджменту;
- участие в формировании действенного резерва организаторов сестринского дела;

- проведение систематической воспитательной работы по повышению престижа и значимости профессии, профилактике медицинских ошибок и этико-деонтологических нарушений;

обеспечение социальных гарантий для медицинских сестер, поддержание оптимальных взаимоотношений между работодателем и работниками по обеспечению справедливой системы оплаты труда, социальной защиты работников, создания благоприятных производственных отношений и здорового климата;

участие в мероприятиях по охране труда и других условий, позитивно влияющих на качество труда и качество жизни среднего медперсонала;

обеспечение защиты прав средних медицинских работников при возникновении трудовых споров и в случаях профессиональной ответственности, а также в области медицинской этики;

организация работы по усилению общественного контроля, развитию самоуправления и взаимодействия с ассоциациями средних медицинских работников;

получение и обмен информацией в области сестринского дела.

2.2. В соответствии с задачами Совет выполняет следующие функции:

проводит мероприятия по совершенствованию организации и оказанию современных видов сестринской помощи пациентам, в зависимости от профиля учреждения;

способствует внедрению стандартов медицинской помощи;

содействует развитию новых организационных форм и технологий сестринской деятельности, в т. ч. медицинской документации;

участвует в управлении сестринским персоналом и расстановке кадров с учетом требований должности и потенциала работника, на основе современных технологий определения компетенции специалиста;

осуществляет производственный контроль работы сестринского персонала с целью оценки качества оказываемой помощи пациентам;

обеспечивает мероприятия по совершенствованию профессиональных знаний, практических умений среднего медицинского персонала и осуществляет контроль за их деятельностью;

разрабатывает программы оценочных критериев деятельности персонала и участвует в составлении планов повышения квалификации, аттестации и сертификации специалистов;

участвует в аттестации специалистов на присвоение квалификационных категорий и разрабатывает методические рекомендации по процедуре ее проведения;

обеспечивает обучение организаторов сестринского дела по вопросам управления, экономики, финансам, праву, менеджменту;

представляет предложения по формированию действенного резерва организаторов сестринского дела;

проводит воспитательную работу по повышению престижа и значимости профессии, профилактике медицинских ошибок и этико-деонтологических нарушений;

разрабатывает мероприятия по материальному стимулированию и другим видам поощрения средних медицинских работников; участвует в мероприятиях по охране труда;

обеспечивает защиту прав средних медицинских работников при возникновении трудовых споров и в случаях профессиональной ответственности, а также в области медицинской этики;

организует работу по усилению общественного контроля, развитию самоуправления

и взаимодействия с ассоциациями средних медицинских работников;

осуществляет сбор и обмен информации в области сестринского дела; готовит предложения по перспективным и текущим планам развития сестринского дела в учреждении;

готовит предложения и кандидатуры специалистов для представления к наградам, званиям и другим поощрениям;

проводит работу по реализации принципов Этического кодекса медицинских сестер России;

осуществляет взаимодействие с руководством учреждения, общественными профессиональными ассоциациями по вопросам, относящимся к компетенции Совета;

содействует в проведении исследовательской работы в повседневной практике сестринского персонала;

участвует в разработке унифицированной сестринской документации;

содействует обеспечению технического оснащения и компьютеризации рабочих мест.

3. Права Совета

3.1. Совет имеет право:

- вносить кандидатуры членов Совета в состав аттестационной, клинико-экспертной, ревизионной комиссий, в совет медицинской организации;

- вносить предложения по реорганизации сестринских служб подразделений медицинской организации;

- вносить предложения по формированию штатного расписания и организации рабочего времени;

- проводить рейды-проверки по контролю за организацией труда, отдыха и выполнение должностных обязанностей среднего и младшего медперсонала, а также за соблюдением трудовой дисциплины;

- проводить мероприятия, которые требуют использования имущества и денежных средств по распоряжению главного врача;

- запрашивать необходимую информацию по вопросам, относящимся к компетенции Совета;

- создавать рабочие группы по подготовке мероприятий, включенных в план Совета;

- привлекать специалистов для подготовки документов, касающихся вопросов сестринского дела;

- распространять информационные, методические и другие материалы, относящиеся к компетенции Совета;

- представлять руководству медицинской организации отчеты о своей деятельности.

4. Структура и организация деятельности

4.1. Совет создается и его состав утверждается приказом руководителя медицинской организации.

4.2. Руководит и координирует работу председатель.

4.3. Председателем Совета является главная медицинская сестра (акушерка, фельдшер) медицинской организации.

4.3. Совет определяет основные направления своей деятельности, разрабатывает

план работы на 1 год, перспективные планы.

4.4.Заседания Совета проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в месяц и оформляются протоколом.

4.5.Техническую работу по оформлению протоколов ведет секретарь Совета.

4.6.Решения Совета принимаются большинством голосов присутствующих на заседаниях путем открытого голосования.

4.7.Решения Совета, относящиеся к его компетенции, после согласования с руководством являются обязательными по исполнению для всех работников медицинской организации.

Приложение 23.

Утверждено
приказом Минздравсоцразвития России от
29.05.06 №413

Типовое положение о комиссии по охране труда

1. Типовое положение о комиссии по охране труда (далее - Положение) разработано в соответствии со статьей 218 Трудового кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, № 1, ч. 1, ст. 3) для организации совместных действий работодателя, работников, профессиональных союзов или иного уполномоченного работниками представительного органа по обеспечению требований охраны труда, предупреждению производственного травматизма и профессиональных заболеваний и сохранению здоровья работников, а также для разработки организациями на его основе положений о комиссиях по охране труда с учетом специфики их деятельности.

2. Положение предусматривает основные задачи, функции и права комиссии по охране труда (далее - Комиссия).

3. Комиссия является составной частью системы управления охраной труда организации, а также одной из форм участия работников в управлении организацией в области охраны труда. Ее работа строится на принципах социального партнерства.

4. Комиссия взаимодействует с государственными органами управления охраной труда, органами федеральной инспекции труда, другими государственными органами надзора и контроля, а также с технической инспекцией труда профсоюзов.

5. Комиссия в своей деятельности руководствуется законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации об охране труда, генеральным, региональным, отраслевым (межотраслевым), территориальным соглашениями, коллективным договором (соглашением по охране труда), локальными нормативными правовыми актами организации.

6. Положение о Комиссии организации утверждается приказом (распоряжением) работодателя с учетом мнения выборного профсоюзного органа и (или) иного уполномоченного работниками организации представительного органа.

7. Задачами Комиссии являются:

7.1. разработка на основе предложений членов Комиссии программы совместных действий работодателя, профессиональных союзов и (или) иных уполномоченных работниками представительных органов по обеспечению требований охраны труда, предупреждению производственного травматизма, профессиональных заболеваний;

7.2. организация проведения проверок состояния условий и охраны труда на рабочих местах, подготовка соответствующих предложений работодателю по решению проблем охраны труда на основе анализа состояния условий и охраны труда, производственного травматизма и профессиональной заболеваемости;

7.3. информирование работников о состоянии условий и охраны труда на рабочих местах, существующем риске повреждения здоровья и о полагающихся работникам компенсациях за работу во вредных и (или) опасных условиях труда,

средствах индивидуальной защиты.

8. Функциями Комиссии являются:

8.1. рассмотрение предложений работодателя, работников, профессиональных союзов и (или) иных уполномоченных работниками представительных органов для выработки рекомендаций, направленных на улучшение условий и охраны труда работников;

8.2. оказание содействия работодателю в организации обучения работников по охране труда, безопасным методам и приемам выполнения работ, а также проверки знаний требований охраны труда и проведения своевременного и качественного инструктажа работников по охране труда;

8.3. участие в проведении обследований состояния условий и охраны труда в организации, рассмотрении их результатов и выработке рекомендаций работодателю по устранению выявленных нарушений;

8.4. информирование работников организации о проводимых мероприятиях по улучшению условий и охраны труда, профилактике производственного травматизма, профессиональных заболеваний;

8.5. доведение до сведения работников организации результатов аттестации рабочих мест по условиям труда и сертификации работ по охране труда;

8.6. информирование работников организации о действующих нормативах по обеспечению смывающими и обеззараживающими средствами, сертифицированной специальной одеждой, специальной обувью и другими средствами индивидуальной защиты, правильности их применения, организации хранения, стирки, чистки, ремонта, дезинфекции и обеззараживания;

8.7. содействие в организации проведения предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров и соблюдения медицинских рекомендаций при трудоустройстве;

8.8. содействие своевременному обеспечению работников организации, занятых на работах с вредными или опасными условиями труда, молоком, другими равноценными пищевыми продуктами и лечебно-профилактическим питанием;

8.9. участие в рассмотрении вопросов финансирования мероприятий по охране труда в организации, обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также осуществление контроля за расходованием средств организации и Фонда социального страхования Российской Федерации (страховщика), направляемых на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний;

8.10. содействие работодателю во внедрении в производство более совершенных технологий, новой техники, автоматизации и механизации производственных процессов с целью создания безопасных условий труда, ликвидации тяжелых физических работ;

8.11. подготовка и представление работодателю предложений по совершенствованию работ по охране труда и сохранению здоровья работников, созданию системы морального и материального поощрения работников, соблюдающих требования охраны труда и обеспечивающих сохранение и улучшение состояния здоровья;

8.12. рассмотрение проектов локальных нормативных правовых актов по охране труда и подготовка предложений по ним работодателю, профсоюзному выборному органу и (или) иному уполномоченному работниками представительному органу.

9. Для осуществления возложенных функций Комиссия предоставляются следующие права:

9.1. получать от работодателя информацию о состоянии условий труда на рабочих местах, производственного травматизма и профессиональных заболеваний, наличии опасных и вредных производственных факторов и мерах по защите от них, о существующем риске повреждения здоровья;

9.2. заслушивать на заседаниях Комитета сообщения работодателя (его представителей), руководителей структурных подразделений и других работников организации о выполнении ими обязанностей по обеспечению безопасных условий и охраны труда на рабочих местах и соблюдению гарантий прав работников на охрану труда;

9.3. заслушивать на заседаниях Комитета руководителей и других работников организации, допустивших нарушения требований охраны труда, повлекших за собой тяжелые последствия, и вносить работодателю предложения о привлечении их к ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации;

9.4. участвовать в подготовке предложений к разделу коллективного договора (соглашения по охране труда) по вопросам, находящимся в компетенции Комиссии;

9.5. вносить работодателю предложения о поощрении работников организации за активное участие в работе по созданию условий труда, отвечающих требованиям безопасности и гигиены;

9.6. содействовать разрешению трудовых споров, связанных с нарушением законодательства об охране труда, изменением условий труда, вопросами предоставления работникам, занятым во вредных и (или) опасных условиях труда, компенсаций.

10. Комитет создается по инициативе работодателя и (или) по инициативе работников либо их представительного органа на паритетной основе (каждая сторона имеет один голос вне зависимости от общего числа представителей стороны) из представителей работодателя, профессиональных союзов или иного уполномоченного работниками представительного органа.

11. Численность Комитета определяется в зависимости от численности работников в организации, специфики производства, количества структурных подразделений и других особенностей, по взаимной договоренности сторон, представляющих интересы работодателя и работников.

12. Выдвижение в Комитет представителей работников организации может осуществляться на основании решения выборного(ых) органа(ов) первичной(ых) профсоюзной(ых) организации(ий), если он (они) объединяет(ют) более половины работающих, или на собрании (конференции) работников организации; представителей работодателя - работодателем.

Состав Комиссии утверждается приказом (распоряжением) работодателя.

13. Комиссия избирает из своего состава председателя, заместителей от каждой стороны и секретаря. Председателем Комитета, как правило, является работодатель или его ответственный представитель, одним из заместителей является представитель выборного профсоюзного органа и (или) иного уполномоченного работниками представительного

органа, секретарем - работник службы охраны труда.

14. Комитет осуществляет свою деятельность в соответствии с разрабатываемыми им регламентом и планом работы.

15. Члены Комиссии должны проходить обучение по охране труда за счет средств работодателя, а также средств Фонда социального страхования Российской Федерации (страховщика) в соответствии с порядком, установленным федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по нормативно-правовому регулированию в сфере труда, по направлению работодателя на специализированные курсы не реже одного раза в три года.

16. Члены Комиссии информируют не реже одного раза в год выборный(е) орган(ы) первичной профсоюзной организации(ий) или собрание (конференцию) работников о проделанной ими в Комиссии работе. Выборный(е) орган(ы) первичной профсоюзной организации(ий) или собрание (конференция) работников организации вправе отзывать из Комитета своих представителей и выдвигать в его состав новых представителей. Работодатель вправе своим решением отзывать своих представителей из Комитета и назначать вместо них новых представителей.

17. Обеспечение деятельности Комиссии, ее членов (освобождение от основной работы на время исполнения обязанностей, прохождения обучения и т. п.) устанавливаются коллективным договором, локальным нормативным правовым актом организации.

**Введено в действие
Правилами пожарной безопасности
для учреждений здравоохранения. ППБО 07-91,
утвержденными приказом Минздрава СССР от 30.08.91 № 250**

Положение

о пожарно-технических комиссиях в учреждениях здравоохранения

1. Общие положения

1.1. В целях привлечения широких масс медицинского персонала, инженерно-технических работников, рабочих и служащих к проведению профилактических противопожарных мероприятий в лечебно-профилактических, санитарно-профилактических и аптечных учреждениях, научно-исследовательских центрах и институтах, учебных заведениях и других организациях и предприятиях системы здравоохранения создаются пожарно-технические комиссии.

1.2. Пожарно-техническая комиссия назначается по учреждению в составе заместителя руководителя по административно-хозяйственной работе или главного инженера (председатель), инженеров (старших инженеров) по пожарной безопасности и охране труда, специалистов по энергетике и водоснабжению, механика, начальника пожарной охраны (добровольной пожарной дружины) и других лиц по усмотрению руководителя учреждения.

В состав комиссии вводится представитель от профсоюзной организации учреждения.

1.3. В своей практической работе пожарно-технические комиссии должны поддерживать постоянную связь с местными органами государственного пожарного надзора.

2. Основные задачи и порядок работы пожарно-технической комиссии

2.1. Основные задачи пожарно-технической комиссии:

выявление пожароопасных нарушений и недочетов в технологических процессах производства, энергетическом и газовом оборудовании, холодильных установках, системах отопления и вентиляции, складском хозяйстве, которые могут привести к возникновению пожара, взрыва или аварии, и разработка мероприятий, направленных на их устранение;

содействие пожарной охране учреждения в организации и проведении профилактической работы, установлении и поддержании строгого противопожарного режима;

организация рационализаторской и изобретательской работы по вопросам пожарной безопасности;

проведение массово-разъяснительной работы среди рабочих, служащих, студентов, медицинских и инженерно-технических работников по вопросам соблюдения противопожарных правил и режимных требований.

2.2. Пожарно-техническая комиссия для осуществления поставленных задач должна:

ежегодно не реже 1 раза в квартал проводить детальный осмотр территории и всех зданий и помещений учреждения с целью выявления противопожарных нарушений,

намечать пути и способы их устранения с указанием конкретных сроков выполнения;

проводить с рабочими, служащими, студентами, преподавателями, медицинскими и инженерно-техническими работниками беседы и лекции на противопожарные темы;

выносить вопросы о противопожарном состоянии учреждений или отдельных подразделений на обсуждение местных профсоюзных организаций, а также на производственные совещания;

разрабатывать и представлять БРИЗу учреждения темы по вопросам пожарной безопасности и способствовать внедрению в практику мероприятий, направленных на улучшение противопожарного состояния учреждения;

принимать активное участие совместно с администрацией в разработке инструкций по пожарной безопасности;

проводить пожарно-технические конференции в учреждении с участием специалистов пожарной охраны, научно-технических работников, профсоюзных организаций, членов коллектива по вопросам пожарной безопасности;

проводить общественные смотры противопожарного состояния учреждения, проверку боеготовности добровольных пожарных дружин, а также проверять выполнение противопожарных мероприятий, предложенных государственным пожарным надзором.

В зависимости от местных условий руководитель учреждения может поручить пожарно-технической комиссии проведение и других мероприятий, связанных с обеспечением пожарной безопасности.

2.3. В крупных учреждениях, кроме пожарно-технической комиссии, могут создаваться пожарно-технические комиссии структурных подразделений. В этом случае пожарно-техническая комиссия контролирует работу других пожарно-технических комиссий и руководит ими, решает вопросы улучшения противопожарного состояния учреждения в целом и разрабатывает мероприятия по предупреждению пожаров на наиболее пожароопасных участках.

2.4. Все противопожарные мероприятия, намеченные пожарно-технической комиссией к выполнению, оформляются актом, утверждаются руководителем учреждения (подразделения) и подлежат выполнению в установленные сроки.

Повседневный контроль за выполнением противопожарных мероприятий, предложенных комиссией, возлагается непосредственно на начальника пожарной охраны, инженера по противопожарной безопасности, начальника добровольной пожарной дружины или лиц, их замещающих.

2.5. Пожарно-техническая комиссия не имеет права отменять или изменять мероприятия, предусмотренные предписаниями государственного пожарного надзора. В тех случаях, когда, по мнению комиссии, имеется необходимость изменения или отмены этих мероприятий, она представляет свои предложения руководителю учреждения, который согласовывает этот вопрос с органами государственного пожарного надзора.

**Инструкция
о порядке регистрации, рассмотрения и разрешения обращений граждан
(пациентов)**

1. Настоящая Инструкция определяет порядок регистрации, рассмотрения и разрешения жалоб пациентов в клиничко-экспертной (врачебной) комиссии ЛПУ.

2. В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю ЛПУ, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации и лицензионные комиссии либо в суд.

3. Обращения пациентов предъявляются в письменной форме и подписываются пациентом или его представителем.

4. Жалобы, не содержащие личной подписи пациента, его фамилии, имени и отчества, адреса, не рассматриваются.

5. В претензии указываются:

- обстоятельства, послужившие основанием для обращения;
- доказательства, подтверждающие обстоятельства дела;
- ссылки на нормативно-правовые акты, договор или иные правоустанавливающие документы в обоснование претензии;
- требования заявителя;
- перечень прилагаемых к жалобе документов и других доказательств;
- иные сведения, которые пациент считает необходимым указать для разрешения спора.

6. Жалобы пациентов установленной формы регистрируются в день их поступления в журнале (книге) регистрации жалоб пациентов.

7. Началом срока рассмотрения и разрешения жалобы считается день ее регистрации.

8. Клиничко-экспертной комиссией производится клиничко-экспертное разбирательство конфликта в течение 30 дней.

9. По результатам рассмотрения претензии ЛПУ принимает соответствующее решение.

10. Ответ на жалобу пациента должен быть аргументированным, со ссылкой на конкретные нормы законодательства Российской Федерации, с освещением всех поставленных в ней вопросов и принятых мер по факту нарушения прав пациента.

11. При признании претензии пациента необоснованной результаты разбирательства доводятся до сведения пациента в письменной форме с сообщением об отказе в удовлетворении имущественных требований.

12. В случае признания в ходе разбирательства претензии пациента обоснованной в ответе указываются признанная сумма, срок и способ удовлетворения претензии.

Во исполнение данной инструкции в ЛПУ можно разработать форму претензий пациента и книги (журнала) регистрации обращений (жалоб). Форма претензий оформляется по аналогии с иском заявлением.

Книга (журнал) регистрации жалоб пациентов

№ п/п	Дата поступления жалобы	Лицо, обратившееся жалобой (Ф.И.О., адрес тел.)	Краткое содержание жалобы	Назначенные дата время рассмотрения жалобы	Подпись лица принявшего жалобу	Примечание

ПОЛОЖЕНИЕ

об аппаратных совещаниях у главного врача

Аппаратные совещания у главного врача организуются в ЦРБ в целях:

- систематического обмена информацией;
- совершенствования управления лечебно-диагностическим процессом, максимальной эффективного использования материальных ресурсов;
- подготовки информации и выработки предложений на совещания, проводимые в администрации района.

Организация работы аппаратных совещаний

1. Участниками аппаратных совещаний являются заведующие отделениями, кабинетами, службами, заместители главного врача;
2. Главный врач ведет аппаратное совещание. Секретарь — заместитель главного врача по ОМР или другое специально назначенное должностное лицо;
3. Ежегодно составляется план аппаратных совещаний.
4. Заседания проводятся 1 раз в неделю (устанавливается день недели, время и место проведения).
5. В случае заслушивания вопроса о работе отделения, кабинета обязательными участниками совещания являются работники отделения, кабинета.

Основные вопросы, рассматриваемые на аппаратных совещаниях

1. Итоги работы за месяц, квартал.
2. Анализ дефектов и работе, подготовка заседаний медицинской Совета
3. Подготовка докладов на заседания межведомственной комиссии в администрации МО.
4. Обсуждение текущих задач и проблем, контроль за выполнением некоторых мероприятий, решений различных органов ЦРБ и др.
5. Текущая информация.

Документация

1. План аппаратных совещаний.
2. Папка оперативной информации, документации.
3. Папка отчетов, справок.
4. Журнал решений аппаратных совещаний.

Рекомендации по оформлению некоторых документов

Протокол:

Протокол – документ, фиксирующий ход коллегиального обсуждения вопросов и принятия решений на собраниях, совещаниях, конференциях и заседаниях.

Протокол ведется во время заседания. В случае, когда заседание стенографируется или ведется его магнитофонная запись, протокол составляют после их расшифровки.

По форме протоколы могут быть двух видов:

краткий – содержит обсуждаемые вопросы, фамилии докладчиков, выступающих, принятые решения;

полный – содержит запись всех выступлений докладчиков и участников.

Краткая форма протокола используется при наличии стенограммы, когда прилагаются тексты докладов и выступлений, а также для протоколирования оперативных совещаний.

Протокол печатается на общем бланке или на стандартных листах бумаги формата А4 и имеет следующие реквизиты:

наименование больницы;

наименование вида документа;

заголовок;

дату документа;

регистрационный номер документа;

место составления (указывается в том случае, если проходило выездное протоколируемое событие не в Новосибирске);

текст документа;

подпись;

утверждение документа (при необходимости).

Требования к отдельным видам протоколов определяются нормативными правовыми актами Российской Федерации и Новосибирской области.

При оформлении протокола реквизиты располагаются следующим образом:

Наименование больницы - печатается от границы верхнего поля и выравнивается по центру.

Наименование документа - слово **ПРОТОКОЛ** печатается через 2 межстрочных интервала, ниже предыдущего реквизита прописными буквами и выравнивается по центру.

Через 1 межстрочный интервал ниже строчными буквами печатается *заголовок* заседания (конференции, собрания, совещания) и наименование коллегиального органа в родительном падеже. Слова выравниваются по центру и выделяются полужирным шрифтом.

Дата и номер протокола оформляются цифровым способом и печатаются через 2 межстрочных интервала ниже предыдущего реквизита полужирным шрифтом. *Датой протокола* является дата проведения протоколируемого события.

Если оно продолжается несколько дней, то через тире указывают даты начала и окончания совещания.

Протоколам присваиваются порядковые номера в пределах календарного года отдельно по каждой группе протоколов: протоколы заседания Больничного совета, Аппаратного совещания, комиссий и др. Протоколы совместных заседаний имеют составные номера, включающие порядковые номера протоколов организаций, принимавших участие в заседании.

Место составления печатается через 2 межстрочных интервала после предыдущего реквизита и выравнивается по центру.

Текст протокола, как правило, состоит из двух частей: *вводной* и *основной*.

Во *вводной части* оформляются следующие реквизиты:

председатель или председательствующий;

секретарь;

присутствовали;

повестка дня;

докладчики по каждому пункту повестки дня.

Слова *Председатель*, *Секретарь*, *Присутствовали* оформляются от левой границы текстового поля полужирным шрифтом, печатаются с прописной буквы.

После слов *Председатель*, *Секретарь* ставится тире, после слова *Присутствовали* - двоеточие.

Реквизит *секретарь* не оформляется, если заседание не предусматривает такой должности. В этом случае ведение протокола производится лицом, ответственным за ведение протокола.

Реквизит *присутствовали* состоит из списка членов коллегиального органа, участвовавших в заседании, и списка приглашенных. Оформлять можно следующим образом:

фамилии и инициалы членов коллегиального органа перечисляются в алфавитном порядке, через запятую;

указывается наименование должностей приглашенных, фамилии и инициалы. Наименование должностей можно указывать обобщенно, справа фамилия и инициалы в алфавитном порядке, например:

Зам. главного врача по лечебной работе - Андреев В.А.

Зав. терапевтическим отделением - Сидоров А.В.

список присутствующих может прилагаться к протоколу, тогда после перечисления обобщенных названий должностей в скобках указывается (список прилагается). В списке фамилии приглашенных указываются также в алфавитном порядке. Если приглашенные участвовали в обсуждении только одного вопроса, то составляются списки приглашенных по каждому вопросу.

Слова *ПОВЕСТКА ДНЯ* пишутся прописными буквами и выравниваются по центру. Вопросы в повестке дня оформляются от границы левого поля, нумеруются арабскими цифрами и формулируются в предложном падеже с предлогами *О ...* или *Об ...*. Не рекомендуется вопрос или группу вопросов формулировать словом *Разное*.

Реквизит *повестка дня* можно не указывать, если в основной части протокола указывается наименование обсуждаемого вопроса, которое оформляется по центру полужирным шрифтом.

Вводная часть протокола отделяется от основной части сплошной чертой.

Основная часть протокола печатается через 1 межстрочный интервал.

В протоколах тексты выступлений излагаются от третьего лица единственного числа.

Текст основной части протокола состоит из разделов, соответствующих пунктам повестки дня. Построение записи обсуждения каждого вопроса повестки дня осуществляется по схеме *СЛУШАЛИ – ВЫСТУПИЛИ – РЕШИЛИ*. Слова *СЛУШАЛИ*, *ВЫСТУПИЛИ*, *РЕШИЛИ* пишутся прописными буквами, каждое – от левой границы текстового поля, после них ставится двоеточие. Перед словом *СЛУШАЛИ* ставится номер вопроса повестки дня, а также может указываться наименование обсуждаемого вопроса.

В разделе *СЛУШАЛИ* приводятся фамилии, инициалы и должности докладчиков, если наименование должности не указано в повестке дня. Затем дается содержание доклада (сообщения, информации, отчета). Если текст доклада прилагается к протоколу, то делается ссылка об этом.

В разделе *ВЫСТУПИЛИ* приводятся фамилии и инициалы выступающих.

Вопросы к докладчику, выступающим и ответы протоколируются по мере их поступления, но вместо слов *вопрос*, *ответ* указываются фамилии и инициалы.

В разделе *РЕШИЛИ* излагаются принятые решения по данному вопросу повестки дня, которые оформляются как постановляющая (распорядительная) часть правовых актов.

При необходимости приводятся итоги голосования.

Содержание особого мнения, высказанного во время обсуждения, записывается в тексте протокола после соответствующего решения.

Реквизит *подпись* отделяется от текста 3 межстрочными интервалами.

Протокол заседания подписывается председателем (председательствующим) и секретарем, при его отсутствии только председателем.

Протокольные решения доводятся до исполнителей в виде выписок из соответствующих протоколов.

Образец оформления полного протокола приведен в приложении № 12.

Принятые решения до заинтересованных лиц обычно доводятся в виде выписок.

Выписка из протокола:

Выписка из протокола – это точная копия части протокола.

При оформлении выписки из протокола используются следующие реквизиты:

наименование больницы;

наименование вида документа;

номер протокола;

дата протокола;

заголовок;

текст;

подпись;

заверение копии документа;

оттиск печати.

Дата, регистрационный номер документа, заголовок переносятся с протокола, из которого делается выписка.

Из текста протокола воспроизводится вводная часть, далее указывается пункт, из которого делается выписка. Нумерация пунктов не меняется (если пункт был вторым, то он останется вторым и в выписке).

Из основной части полностью переносится текст необходимого пункта.

Реквизит *подпись* оформляется без указания личных подписей. Для придания юридической силы выписке оформляется реквизит *отметка о заверении копии документа*. При направлении выписки в сторонние организации подпись заверяется оттиском печати.

Образец оформления выписки из протокола приведен в приложении № 13.

Образец оформления краткого протокола

Н-ская центральная районная больница

ПРОТОКОЛ заседания лечебно-контрольной комиссии

26.12.2005

№ 6

Председатель

фамилии и инициалы

Присутствовали:
члены лечебно-контрольной комиссии

фамилии и инициалы
в алфавитном порядке

руководители структурных подразделений

фамилии и инициалы
в алфавитном порядке

фельдшеры ФАПов

фамилии и инициалы
в алфавитном порядке

1. Разбор случая смерти Пронькина А.Л.

СЛУШАЛИ:

Гергера В.И. – лечащего врача

ВЫСТУПИЛИ:

Зиненко В.И., Морозов А.В., Бугаков Ю.Ф., Аронов А.М.

РЕШИЛИ:

Признать случай смерти Пронькина А.Л. не предотвратимым (травма не совместимая с жизнью)

2. Об организации ранней диагностики визуальных форм онкологических заболеваний в Елейской УБ.

СЛУШАЛИ:

Болотова С.Р. – главного врача Елейской УБ.

ВЫСТУПИЛИ:

Беспалов А.А., Журавский В.В., Мускин Р.О., Пронина В.А., Козлов А.А., Аксененко Р.В.

РЕШИЛИ:

1. Признать организацию работы по раннему выявлению визуальных форм онкологических заболеваний в Елейской УБ неудовлетворительной.

2. Заместителю главного врача по поликлинике В.А.Петрову

2.1. Совместно с главным врачом Елейской УБ организовать обучение фельдшеров ФАП раннему выявлению визуальных форм онкологических заболеваний с последующим тестовым контролем усвоения ими материала.

2.2. Все случаи выявления запущенных форм онкологических заболеваний рассматривать на заседаниях ЛКК.

Председатель

Личная подпись

В.О.Толокнов

Образец оформления выписки из протокола

Н-ская центральная районная больница

**ВЫПИСКА ИЗ ПРОТОКОЛА
заседания лечебно-контрольной комиссии**

14.10.2005

№ 6

Председатель - **Кривеков В.Г.**

Секретарь - **Огородническая З.К.**

Присутствовали: **Анина Н.Н., Баранкова Н.М., Герасименко В.Ф.
Гусаков В.В.,**

Приглашенные: **руководители структурных подразделений больницы
(список прилагается)**

2. СЛУШАЛИ:

О случае смерти Крошенинникова А.В.

Доклад лечащего врача Огородовой З.К.

ВЫСТУПИЛИ:

Анина Н.Н. - краткая запись выступления.

Баранкова Н.М. – краткая запись выступления.

Герасименко В.Ф. – краткая запись выступления.

РЕШИЛИ:

Утвердить:

1. Признать смерть Крошенинникова А.В. предотвратимой

2. Направить на усовершенствование врача Огородову З.К., отменить выплату надбавок к заработной плате сроком на 6 мес.

Председатель

В.Г.Кривеков

Секретарь

З.К.Огородниукая

Верно

Секретарь

Личная подпись

З.К.Огородникова

Дата

**Карта
экспертной оценки качества экспертизы временной нетрудоспособности**

«_____» _____ 200 г.

№ _____

Отделение _____

Ф.И.О., пациента _____ возраст _____

Медицинская карта стационарного больного _____

Дата госпитализации _____ Дата выписки _____

Кем направлял пациент _____

Диагноз _____

Код МЭС _____ Код МКБ-10 _____

Госпитализация:

1. Обоснованность госпитализации (1 - обоснована, 2 - не обоснована).
2. Своевременность госпитализации (1 - своевременна, 2 - несвоевременна).
3. Причины несвоевременной госпитализации (1 - отсутствие мест в отделении, 2 - отказ от госпитализации, 3 - несвоевременное обращение к врачу, 4 - дефект работы врача, 5 - несвоевременная транспортировка, 6 - особенности течения заболевания, 7 - неадекватное догоспитальное обследование, 8 - другие причины).
4. Первичная – 1, повторная – 2.
5. Причины повторной госпитализации (1 - особенности течения заболевания, 2 - преждевременная выписка при предыдущей госпитализации, 3 - неадекватность лечения при предыдущей госпитализации, 4 - очередное обострение, 5 - социальные показания, 6 - другие причины).
6. Госпитализация в данное отделение (1 - обоснованна, 2 – необоснованна).

Ведение медицинской документации:

1. Наличие информированного согласия пациента (1- есть, 2 - нет).
2. Наличие обоснования диагноза в записи первичного осмотра лечащего врача (1 - есть, 2 - нет).
3. Наличие диагностической концепции в записи первичного осмотра врача (1 - есть, 2 - нет).
4. Наличие плана обследования и лечения в записи первичного осмотра врача (1 - есть, 2 - нет).
5. Наличие предоперационной концепции у оперированного больного (1 - есть, 2 - нет).
6. Наличие в медицинской карте записи осмотров пациента заведующим отделением (1 - есть, 2 - нет).
7. Наличие в медицинской карте записи осмотров пациента клиническим куратором (1 - есть, 2 - нет).
8. Наличие этапного эпикриза (1 – есть, 2 - нет).
9. Адекватность этапных эпикризов (1 - адекватно, 2 - неадекватно).
10. Наличие в выписном эпикризе рекомендаций по дальнейшему амбулаторному лечению (1 - есть, 2 - нет).
11. Адекватность рекомендаций по дальнейшему лечению (1 - адекватно, 2 –

неадекватно).

12.Наличие других дефектов оформления медицинской карты стационарного больного (указать какие):

– 1. Своевременность осмотров пациента лечащим врачом (1 - своевременно, 2 - несвоевременно).

2. Своевременность осмотров пациента заведующим отделением (1 - своевременно, 2 - несвоевременно).

3. Своевременность осмотров пациента клиническим куратором отделения (1 - своевременно, 2 - несвоевременно).

Первичное обследование пациента:

1. Сбор анамнеза (1 - адекватно, 2 - неадекватно).

2. Клинический осмотр пациента (1 – адекватно, 2 - неадекватно).

Инструментальное обследование:

1. Адекватность инструментальных исследований (1 - адекватно, 2 - неадекватно).

2. Объем инструментальных исследований (1 - недостаточный, 2 - адекватный, 3 - избыточный).

3. Своевременность инструментальных исследований (1 - своевременно, 2 - несвоевременно).

Лабораторные исследования:

1. Адекватность лабораторных исследований (1 - адекватно, 2 - неадекватно).

2. Объем лабораторных исследований (1 - недостаточный, 2 - адекватный, 3 - избыточный).

3. Своевременность лабораторных исследований (1 - своевременно, 2 - несвоевременно).

Консультации:

1. Адекватность консультаций (1 - адекватно, 2 - неадекватно).

2. Объем консультаций (1 - недостаточный, 2 - адекватный, 3 - избыточный).

3. Своевременность консультаций (1 - своевременно, 2 - несвоевременно).

Медикаментозное лечение:

1. Адекватность медикаментозного лечения (1 - адекватно, 2 - неадекватно).

2. Объем медикаментозного лечения (1 - недостаточный, 2 - адекватный, 3 - избыточный).

3. Своевременность медикаментозного лечения (1 - своевременно, 2 - несвоевременно).

Немедикаментозное лечение:

1. Адекватность немедикаментозного лечения (1 - адекватно, 2 - неадекватно).

2. Объем немедикаментозного лечения (1 - недостаточный, 2 - адекватный, 3 - избыточный).

3. Своевременность немедикаментозного лечения (1 - своевременно, 2 - несвоевременно).

Оперативное лечение:

1. Обоснованность оперативного лечения (1 - обосновано, 2 - не обосновано).

2. Адекватность оперативного лечения (1 - адекватно, 2 - неадекватно).
3. Своевременность оперативного лечения (1 - своевременно, 2 - несвоевременно).
4. Своевременность назначения операции (1 - своевременно, 2 - несвоевременно).

Осложнения:

1. После проведения инструментальных диагностических исследований (1 - есть, 2 - нет).
2. После приема медикаментов (1 - есть, 2 - нет).
3. Послеоперационные осложнения (1 - есть, 2 - нет).
4. Внутрибольничные инфекции (1 - есть, 2 - нет).

Результат лечения:

1. Достижение запланированного результата лечения (1 - достигнут, 2 - не достигнут).

Оценка диагноза:

1. Диагноз установлен своевременно (1 - да, 2 - нет).
2. Причины несвоевременной установки диагноза (1 - клиническая особенность заболевания, 2 - неадекватность обследования, 3 - недостаточная квалификация врача, 4 - неполная консультативная помощь, 5 - другие причины).
3. Формулировка диагноза, наличие клинико-функциональной характеристики (1 - есть, 2 - нет).

Оценка ЭВН:

1. Обоснованность случая временной нетрудоспособности (1 - обоснован, 2 - не обоснован).
2. Обоснованность длительности временной нетрудоспособности (1 - обоснована, 2 - не обоснована).
3. Оформление документации о временной нетрудоспособности (1 - адекватно, 2 - неадекватно).
4. Нарушения Инструкции (1 - есть, 2 - нет).
5. Своевременность продления временной нетрудоспособности через ВК (1 - своевременно, 2 - несвоевременно).
6. Заключение о трудоспособности, трудовые рекомендации в выписном эпикризе (1 - адекватно, 2 - неадекватно).
7. Сведения о листке нетрудоспособности в выписном эпикризе, дате его продления, дате явки к врачу и дате выхода на работу (1 - есть, 2 - нет).

Особые

отметки

эксперта

Ф.И.О. и должность эксперта _____

Подпись

Краткие рекомендации по подготовке и оформлению решений Медицинского Совета

Проект решения оформляется ответственными лицами до заседания совета на основе справки, которая готовится коллегиально и объективно отражает положение дел. Проект решения предварительно раздается членам МС и другим заинтересованным лицам не позднее, чем за неделю до заседания. Используется либо специальный бланк, либо все необходимые атрибуты оформляются при подготовке документа (имеется компьютерный вариант). В верхнем правом углу размещается слово «Проект», которое после принятия решения удаляется.

В решении в обязательном порядке указывается дата проведения заседания (принятия решения), а так же порядковый номер, при этом каждый год нумерация начинается с 1. Ниже даты и порядкового номера слева, располагается содержание (название) рассматриваемого вопроса, которое занимает не более половины страницы.

Первая часть решения представляет собой констатирующую часть, в ней кратко излагается суть рассматриваемого вопроса, приводятся конкретные факты и цифры, дается оценка.

Во второй части размещается само решение, которое включает конкретные мероприятия с указанием ответственных за исполнение лиц и сроков исполнения. Пункты решения должны быть краткими, конкретными, исключать двойное толкование и логически вытекать из справки по проверке и содержания констатирующей части. Обязательно включает срок проведения контрольной проверки исполнения, указывается должностное лицо, на которое возлагается контроль за исполнение решения в целом. Как правило это один из заместителей главного врача.

Муниципальное учреждение здравоохранения
«Здвинская центральная районная больница»
Медицинский совет

РЕШЕНИЕ

20 ноября 2007 г.

№ 8

О ходе выполнения приоритетного
национального проекта «Здоровье»

Содержание решения (констатирующая часть и постановляющая)

Председатель
Секретарь

В.И.Крокус
М.И Иванова

Карта
экспертной оценки летального исхода

Дата проведения экспертизы _____

Отделение _____

Лечащий врач _____

ФИО пациента, возраст _____

№ медицинской карты стационарного больного _____

№ протокола вскрытия _____

Дата поступления _____ Дата смерти _____

Проведено койко-дней _____

Диагноз клинический _____

Диагноз патологоанатомический (судебно-медицинский) _____

Сопоставление клинического и патологоанатомического (судебно-медицинского) диагнозов

Наличие расхождения клинического и патологоанатомического (судебно-медицинского) диагнозов (1.- есть, 2.- нет)

Причина ошибки диагноза*

I	II	III
Диагноз основного заболевания _____		

Смертельное осложнение _____

Важнейшее сопутствующее заболевание (категория ошибки не устанавливается)

Своевременность диагностики

1. Своевременность постановки основного диагноза (1.- своевременно, 2.- несвоевременно)

2. Своевременность диагностирования смертельного осложнения (1.- своевременно, 2.- несвоевременно)

Основные дефекты ведения пациента (неадекватность)

1. Сбор анамнеза _____

2. Обследование _____

3. Консервативное лечение _____

4. Оперативное лечение _____

5. Консультации _____

6. Ведение медицинской документации _____

*Краткое заключение рецензента ***

Заключение о расхождении клинического и патологоанатомического (судебно-медицинского) диагнозов (в случае расхождения определяется причина объективная или субъективная), своевременности диагностики основного заболевания, смертельного осложнения, наличия

ФИО, должность рецензента _____

Подпись _____

Дата проведения КИЛИ _____

Решение КИЛИ _____

Предложения КИЛИ по устранению выявленных нарушений, совершенствованию лечебно-диагностического процесса:

Организационные мероприятия _____

Внедрение новых методов диагностики, лечения, применение современных технологий

Повышение квалификации специалистов _____

Прочие _____

Председатель КИЛИ _____

*При заполнении раздела «Сопоставление клинического и патологоанатомического (судебно-медицинского) диагнозов» выносятся категория прижизненной диагностической ошибки.

**Причины расхождения клинического и патологоанатомического (судебно-медицинского) диагнозов (согласно приказа МЗ СССР от 4.04.1983 № 375) Указывается одна наиболее главная причина расхождения диагноза.

1. Объективные причины расхождения:

- кратковременность пребывания в стационаре (до 3-х суток, однако решается в зависимости от конкретного заболевания и обстоятельств летального исхода);

- тяжесть состояния больного (обследование больного было невозможно из-за риска летального исхода в результате проведения исследования);

- сложность диагностики (проведены при этом все возможные и необходимые исследования).

2. Субъективные причины расхождения:

- неадекватность обследования;

- неадекватность сбора анамнестических данных;

- неадекватная интерпретация данных лабораторных или инструментальных исследований;

- неадекватная интерпретация данных консультантов;

- неправильное построение и оформление диагноза.

3. Позднюю диагностику основного заболевания также следует проводить как расхождение диагнозов, при этом необходимо выяснить причину поздней диагностики (одну из субъективных или объективных).

**Положение
о сопоставлении клинического и патолого-анатомического
(судебно-медицинского) диагнозов**

Обязательному сопоставлению подлежат все составляющие разделы клинического и патологоанатомического (судебно-медицинского) диагнозов: основное заболевание, его осложнения, фоновые заболевания, важнейшие сопутствующие заболевания.

На основе проведенного сопоставления диагнозов устанавливается:

- 2.1. Совпадение диагнозов по основному заболеванию.
- 2.2. Расхождение диагнозов по основному заболеванию.
- 2.3. Несвоевременная (запоздалая) диагностика основного заболевания.
- 2.4. Расхождение диагнозов по важнейшему (смертельному) осложнению основного заболевания.

2.5. Несвоевременная диагностика важнейшего (смертельного) осложнения основного заболевания.

2.6. Расхождение диагнозов по важнейшему сопутствующему заболеванию.

3. Основным заболеванием считается такая нозологическая форма, которая сама по себе или через непосредственно (патогенетически) связанное с нею осложнение послужила причиной смерти.

4. Выделяют простое и комбинированное основное заболевание:

4.1. Диагноз простого основного заболевания представлен единственной нозологической формой (первоначальной причиной смерти).

4.2. Диагноз комбинированного основного заболевания: в состав основного заболевания входят две и более нозологические формы, с которыми связано развитие смертельного исхода.

В свою очередь, диагноз основного комбинированного заболевания может быть представлен тремя вариантами:

- основное комбинированное заболевание, образованное конкурирующими нозологическими формами. Такая конструкция диагноза осуществляется в тех случаях, когда у больного имеется 2 и более заболевания, каждое из которых в равной степени могло послужить причиной смерти, и где невозможно установить приоритет одного из них в танатогенезе;

- основное комбинированное заболевание, построенное по типу сочетающихся заболеваний. Диагноз такого комбинированного заболевания строится в тех случаях, когда у больного имеется два и более заболеваний, которые, утяжеляя друг друга, обуславливают развитие единой патогенетической цепи, приводящей к смертельному исходу;

5. - основное заболевание с фоновым заболеванием. Такая формулировка основного комбинированного заболевания используется в тех случаях, когда более

№	<i>Название ошибки</i>	<i>Код</i>
1.	Субъективные причины ошибочной клинической диагностики, они всегда связаны с дефектами диагностического процесса в данном ЛПУ:	
1.1	Недостаточное обследование больного, включая и неполноценно собранный анамнез	С-1
1.2	Дефект обследования: - рентгенологического - эндоскопического - ультразвукового - функционального - лабораторного	С-2р С-2э С-2у С-2кг С-2л
1.3	Диагностические ошибки врачей-консультантов, привлекавшихся к обследованию пациента	С-3
1.4	Неправильная оценка лечащим врачом клинических и параклинических данных, выявленных у пациента (ошибка суждения)	С-4
1.5	Неадекватная конструкция заключительного клинического диагноза (отсутствие рубрификации диагноза на основное, фоновое и сопутствующее заболевания, отсутствует указание на важнейшие осложнения, не соответствующее истинному расположению заболеваний, в рубриках диагноза, либо вместо конкретной нозологической формы, имеющей шифр МКБ, используется термин, обозначающий класс заболевания)	С-5
1.6	Гипердиагностика основного заболевания или его смертельного осложнения, что является одним из вариантов неадекватной оценки клинических данных.	С-6
2.	Объективные причины ошибок прижизненной диагностики:	
2.1	Диагностические ошибки, связанные с недостаточной изученностью нераспознанного заболевания	О-1
2.2	Диагностические ошибки, обусловленные тяжестью состояния пациента, препятствовавшей проведению необходимых исследований	О-2
2.3	Ошибки диагностики, связанные с кратковременностью пребывания пациента в стационаре, вследствие чего его обследование было не возможно	О-3
2.4	Диагностические ошибки, возникшие из-за отсутствия клинических, в том числе анамнестических данных, характерных для данного заболевания, атипичности клинических проявлений, недоступности патологического очага для его выявления современными или имеющимися средствами диагностики.	О-4

раннему возникновению, более тяжелому течению основного заболевания, развитию его витально опасных осложнений способствует другое заболевание, как правило, образующее с основным единую патогенетическую цепь.

6. Не диагностированные или неправильно диагностированные одно из заболеваний, включенными врачами лечебных отделений в состав основного комбинированного заболевания, расценивается как расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.

Основными ошибками неправильной прижизненной диагностики являются:

7. При констатации расхождения клинического и патологоанатомического (судебно-медицинского) диагнозов и по выяснении его причины устанавливается категория диагностической ошибки:

7.1. *Первая категория* прижизненной диагностической ошибки, когда адекватная диагностика была невозможна по объективным причинам.

7.2. *Вторая категория* прижизненной диагностической ошибки устанавливается тогда, когда ее причиной послужили дефекты диагностического процесса, но допущенная ошибка не отразилась на исходе заболевания.

7.3. *Третья категория* прижизненной диагностической ошибки устанавливается тогда, когда ее причиной послужили дефекты диагностического процесса, повлекшие за собой неадекватное лечение и смерть пациента.

8. Сопоставлению подвергается клинический и патолого-анатомический (судебно-медицинский) диагнозы смертельного осложнения по тем же правилам, что и основное заболевание.

Муниципальное учреждение здравоохранения
«Здвинская центральная районная больница»

А Н К Е Т А

Уважаемый пациент, администрация больницы проводит социологический опрос среди пациентов с целью выяснения Вашего мнения о качестве медицинской помощи; просим Вас максимально откровенно ответить на ряд вопросов (нужное подчеркнуть, вписать).

1. Пол: 1.1. Мужской. 1.2. Женский

2. Возраст: 2.1. До 20 лет. 2.2. 21-30 лет. 2.3. 31-40 лет. 2.4. 41-50 лет. 2.5. 51-60 лет. 2.6. 60 лет и старше.

3. Социальное положение: 3.1. Пенсионер. 3.2. Инвалид. 3.3. Учащийся (студент). 3.4. Работник бюджетной сферы. 3.5. Сотрудник государственного учреждения. 3.6. Сотрудник негосударственного предприятия. 3.7. Безработный. 3.8. Другое.

4. Имеете ли Вы право на социальные льготы в качестве: 4.1. Инвалида войны. 4.2. Участника войны. 4.3. Ликвидатора аварии на ЧАЭС. 4.4. Жителя блокадного Ленинграда. 4.5. Бывшего малолетнего узника фашистских концлагерей. 4.6. Репрессированного. 4.7. Другое.

5. Ваш среднемесячный доход на 1 члена семьи: 5.1. До 500 руб. 5.2. 501-1000 руб. 5.3. 1001-2000 руб. 5.4. 2001 руб. и выше.

6. Знаете ли Вы о государственных гарантиях бесплатной медицинской помощи гражданам России? 6.1. Да. 6.2. Нет. 6.3. Недостаточно.

7. Ознакомлены ли Вы с перечнем платных услуг, которые Вы можете получить в данной больнице, и порядком их предоставления?

7.1. Да. 7.2. Нет. 7.3. Недостаточно.

8. Ознакомлены ли Вы с ценами (тарифами) на платные медицинские услуги, которые Вы можете получить в данной больнице? 8.1. Да. 8.2. Нет. 8.3. Недостаточно.

9. Предлагали ли Вам оплатить лечение в данной больнице? 9.1. Нет. 9.2. Да, оплатить медикаменты. 9.3. Да, оплатить шприцы и капельницы. 9.4. Да, оплатить рентген, анализы мочи, крови. 9.5. Да, оплатить перевязочный материал. 9.6. Да, другие медицинские услуги. 9.7. Затрудняюсь ответить.

10. В случае оплаты медицинской помощи в данной больнице укажите общую сумму израсходованных Вами средств. 10.1. До 50 руб. 10.2. 51-100 руб. 10.3. 101-200 руб. 10.4. 201-300 руб. 10.5. 301-500 руб. 10.6. 501 – 1000 руб. 10.7. 1001 – 2500 руб. 10.8. Свыше 2500 руб.

11. В случае оплаты медицинской помощи в данной больнице кому Вы платили деньги? 11.1. Непосредственно медработнику. 11.2. Работнику,

ответственному за получение платы за услуги. 11.3. В кассу (бухгалтерию) больницы.

12. Получили ли Вы после внесения платы какие-либо финансовые документы, подтверждающие оплату услуги (копия чека, квитанция, корешок приходного ордера)? 12.1. Да. 12.2. Нет. 12.3. Нет, даже после моего требования выдать документ.

13. Предлагалось ли Вам в данной больнице заключить договор добровольного медицинского страхования для оплаты своего лечения? 13.1. Да. 13.2. Нет. 13.3. Затрудняюсь ответить.

14. В случае заключения договора добровольного медицинского страхования при поступлении в данную больницу какая сумма Вами выплачена за договор? 14.1. До 300 руб. 14.2. 301 – 500 руб. 14.3. 501 – 1000 руб. 14.4. 1001 – 2500 руб. 14.5. 2501 – 5000 руб. 14.6. Свыше 5000 руб.

15. Как Вас кормят в больнице? 15.1. Достаточно. 15.2. Недостаточно. 15.3. Затрудняюсь ответить.

16. Как Вы оцениваете качество пищи? 16.1. Вкусно. 16.2. Невкусно. 16.3. Затрудняюсь ответить.

17. Как Вы оцениваете качество меню? 17.1. Разнообразное. 17.2. Недостаточно разнообразное. 17.3. Однообразное. 17.4. Затрудняюсь ответить.

18. Чем Вас привлекает данная больница? 18.1. Хорошее оснащение. 18.2. Квалифицированные кадры. 18.3. Внимательное отношение персонала. 18.4. Ничем не привлекает. 18.5. Затрудняюсь ответить.

19. Если понадобится повторная госпитализация, Вы выберете: 19.1. Эту больницу. 19.2. Любую другую, но не эту. 19.3. Затрудняюсь ответить.

20. Согласны ли Вы доплачивать за пребывание в одно-, двухместной палате во время лечения в больнице? 20.1. Да. 20.2. Нет. 20.3. Затрудняюсь ответить.

21. За какие дополнительные сервисные услуги Вы готовы доплачивать во время лечения в больнице? 21.1. За холодильник в палате. 21.2. За телефон в палате. 21.3. Дополнительное индивидуальное питание. 21.4. Индивидуальный уход. 21.5. Душ, ванна в палате. 21.6. Туалет в палате.

22. Считаете ли Вы достаточной информацию о работе данной больницы (в виде немых справок, буклетов, листовок, стендов)? 22.1. Да. 22.2. Нет. 22.3. Затрудняюсь ответить.

23. Имеете ли Вы претензии к работе медперсонала данной больницы? 23.1. Не имею. 23.2. Да, за грубость. 23.3. Да, за невнимание. 23.4. Да, за безответственность. 23.5. Да, за занятия личными делами в рабочее время.

24. Как Вы в целом оцениваете работу данной больницы? 24.1. Отлично. 24.2. Хорошо. 24.3. Удовлетворительно. 24.4. Плохо. 24.5. Очень плохо.

25. Хотели бы Вы выразить особую благодарность конкретному медработнику (медработникам) данной больницы? Укажите должность и фамилию _____

26. Хотели бы Вы выразить неудовлетворение работой конкретного медработника данной больницы? Укажите должность и фамилию _____

Благодарим Вас за сотрудничество и ответы на наши вопросы, желаем здоровья!

Литература

- Агапитов А.Е. Управление здравоохранением на современном этапе: проблемы, их причины и возможные решения / А.Е.Агапитов [и др.]. – М.: «Менеджер здравоохранения», 2006. – 156с.
- Акимкин В.Г. Организация деятельности комиссии по профилактике внутрибольничных инфекций в ЛПУ / В.Г. Акимкин // Заместитель главного врача. – 2007. - № 6 (13). – с. 81 – 91.
- Гаджиев Р.С. Современные проблемы управления и организации медицинской помощи сельскому населению: дис.... д-ра мед. наук / Р.С.Гаджиев. – Москва, 1993.
- Денисов В.Н., Чернышев В.М., Лайвин А.Н. Муниципальное здравоохранение. Новосибирск. – 2004. – 286 с.
- Духанина И.В. Роль управленческого учета в планировании финансового результата работы стационарных отделений ЛПУ / И.В.Духанина, М.В.Духанина // Главврач. – 2005. - № 8. – С. 31-33.
- Духанина И.В. Административный учет в деятельности лечебно-профилактического учреждения / И.В.Духанина, О.Ю.Александрова, М.В.Духанина // Здравоохранение РФ. – 2006. - № 4. – С. 42-44.
- Евдокимов Д.В. Теоретические и организационно-экономические основы управления качеством медицинской помощи / Д.В. Евдокимов, Г.К.Максимов, И.В.Поляков, А.А.Новик, А.Г.Максимов. – Санкт-Петербург, 1999. – 177 с.
- Калининская А.А. Медицинская помощь сельскому населению / А.А. Калининская, С И Шляфер, А.К.Даугаева, Л.А.Мерекина // Главврач. – 2006. - № 9. – С. 19-24.
- Какорина Е.П. Статистический учет и отчетность амбулаторно-поликлинических учреждений/ Е.П. Какорина // - Заместитель главного врача. – 2007. - №2. – С.64-78.
- Канидьев А.Н. Деятельность передвижных консультативно-диагностических бригад / А.Н. Канидьев // Здравоохранение. – 2006. - № 11. – С. 43-46.
- Кишларь Л.Л. Информированность сельского и городского населения по вопросам здорового образа жизни / Л.Л. Кишларь, Р.В.Прокупец, В.К.Борщ // Здравоохранение РФ. – 1994. - № 4. – С. 27-29.
- Кочурова И.М. Совет медицинских сестер / И.М. Кочурова // Заместитель главного врача. – 2007. - № 6 (13). – с. 7 - 21.Общественное здоровье и здравоохранение, под ред. В.А.Миняева и Н.И.Вишнякова. – М.: «МЕДпресс-информ», 2002. – 520 с.
- Особенности подготовки и оформления документов в учреждениях здравоохранения // Главврач. - № 2. – 58 – 65.
- Пивень Д.В. Планирование и оценка результатов деятельности в сфере здравоохранения / Д.В.Пивень, Н.Е.Дудин, А.Е.Агапитов // Здравоохранение. - № 7. - 2006. – С.13-19.
- Полесский В.А. Программно-целевое планирование и управление как инструмент государственного регулирования в здравоохранении / В.А. Полесский, В.Г.Запорожченко, Е.А.Мартыничик // Главврач. - № 6. – С. 25-33.
- Порядок разработки и утверждения должностных инструкций работников здравоохранения: методические рекомендации// Главврач. – 2006. – С. 65-67.
- Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения в 2-х томах/ под ред. Ю.П.Лисицына . – М.: «Медицина», 1987. – 494 с.
- Саркисов К.А. Организация работы клинико-экспертной комиссии с медицинских организациях / К.А. Саркисов, И.М.Старовойтова // Заместитель главного врача. – 2007. - № 6 (13). – с. 27 – 34.
- Сидорова И.А. Использование информационной системы нового поколения в условиях ЦРБ / И.А. Сидорова, Б.П.Усов, Г.З.Рот, Е.И.Шульман // Главврач. – 2006. - № 11. – С. 81-83.
- Соколов В.Б. Нормативное регулирование деятельности больничного совета, ЛКК, КИЛИ / В.Б. Соколов // Заместитель главного врача. – 2007. - № 6 (13). – с. 7 - 21.
- Соломатина Т.В. Организация выездной медицинской помощи населению северных регионов Сибири/ Т.В. Соломатина // Здравоохранение РФ. – 2007. - № 2. – С.19-21.

Степанов В.В. Основные направления развития сельского здравоохранения / В.В. Степанов, Е.А.Финченко. – Новосибирск. – 2003. – 300 с.

Стародубов В.И. Планирование организационно-методической работы, организация выездной помощи ЛПУ: методические рекомендации МЗ РФ и ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения № 2002/107 / В.И. Стародубов, Ю.В.Михайлова, Р.А.Хальфин и др. – Москва, 2002. – 17 с.

Суслин С.А. Современные подходы к диспансеризации взрослого населения в условиях сельской местности / С.А. Суслин // Главврач. – 2005. - № 8. – С. 26-30.

Суслин С.А. Проблемы совершенствования организации медицинской помощи сельскому населению (обзор литературы)/ С.А. Суслин, Р.А.Галкин // Здравоохранение РФ. – 2006. - № 1. – С. 14-17.

Татарников М.А. Должностные инструкции врачей-специалистов/ М.А. Татарников// Главврач. – 2005. - № 9. – С. 63-65.

Татарников М.А. Административная реформа как фактор повышения эффективности управления здравоохранением / М.А. Татарников// Главврач. – 2006. - № 8. – С. 16-21.

Трушкина Л.Ю Экономика и управление здравоохранением / Л.Ю. Трушкина [и др.]. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2007. – 501 с.

Хальфин Р.А. Основные положения приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения России на 2006-2007 годы / Р.А. Хальфин // Главврач. – 2006. - № 2. – С. 4-5.

Цыцорина И.А. Информационное обеспечение управления здравоохранением на основе экспертных оценок / Е.А. Финченко, В.В. Степанов, И.А. Цыцорина, М.И. Браславец, М.В. Гусев, А.В. Толоконский, Е.И. Бондарева // Сиб. Консил.- 2004.- № 1.- С. 56 - 58.

Цыцорина И.А. Методика расчета показателей деятельности учреждений здравоохранения на основе государственной статистической отчетной документации / В.В. Степанов, Л.П. Галичкина, А.В. Калининченко, Е.А. Финченко, В.А. Борцов, И.А. Цыцорина, Е.И. Бондарева, О.Б. Левин, М.В. Гусев / Уч. пособие.– Новосибирск.- 2005.- 90 с.

Чернова Т.В. Современные подходы к оценке качества управления в системе здравоохранения / Т.В. Чернова // Главврач // 2006. - № 7. – С.54-57.

Чернышев В.М. Менеджмент в здравоохранении / В.М.Чернышев, А.Ю. Гендлин - Новосибирск. – 2005. – 58 с.

Чернышев В.М. О некоторых методических подходах к оценке эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений/ В.М. Чернышев, А.Л. Заиграев //В книге Актуальные вопросы современной медицины.(Тезисы докладов пятнадцатой научно-практической конференции врачей).- Новосибирск.- 2005.- с. 40 - 41.

Чумаченко Н.И. Порядок рассмотрения жалоб и заявлений граждан / Н.И.Чумаченко, Н.В.Назарова // Заместитель главного врача. – 2007. - № 6 (13). – с. 137 - 141.

Шапиев Ш.Г. О работе выездных бригад врачей в сельском районе / Ш.Г. Шапиев, Л.М.Асхабова // Здравоохранение РФ. – 2004. - № 5. – с. 53-54.

Шипаев В.М. Планово-нормативные вопросы организации медицинской помощи сельскому населению/ В.М. Шипаев, О.Ю. Ситникова // Заместитель главного врача. – 2007. - № 5. – С. 31.- 38.

Щепин О.П. Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России / О.П. Щепин [и др.]. – М.: «Медицина», «Шико», 2007. – 359 с.

Яковлев Е.П. Организационные технологии управления муниципальной системой здравоохранения / Е.П. Яковлев, В.И.Гребенников, Б.Л.Винокуров. – М.: «Медицина», 1999. – 256 с.

