

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ЗАПОРОЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

**Кафедра охраны здоровья, социальной медицины и врачебно-
трудовой экспертизы**

В.В. ТАРАНОВ

**СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, ОРГАНИЗАЦИЯ И
ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Учебное пособие по подготовке к государственному экзамену для
студентов VI курса специальностей «Лечебное дело» и «Педиатрия»**

**Запорожье
2016**

УДК 614.013(072)
ББК 51 я 73
Т 19

*Рекомендовано до друку ЦМК гігієнічних дисциплін
(протокол №7 від 21.04.2016)*

Рецензенты: **Леженко Г.А.** - д.мед.наук, проф., зав. кафедрой госпитальной педиатрии Запорожского государственного медицинского университета; **Приходько А.Б.** - д.биол.наук, доц., зав.кафедрой медбиологии, паразитологи и генетики Запорожского государственного медицинского университета.

Автор:
Таранов В.В.

Таранов В.В.
Социальная медицина, организация и экономика здравоохранения:
Учебное пособие по подготовке к государственному экзамену для студентов VI курса специальностей «Лечебное дело» и «Педиатрия».- Запорожье, 2016.- 79 с.

ISBN

Учебное пособие предназначено для систематизации подготовки студентов к государственному экзамену по предмету «Социальная медицина, организация и экономика здравоохранения», конкретизации задач относительно отдельных элементов экзамена, формирования общего алгоритма действий на экзамене.

В пособии освещены основные источники изучения показателей популяционного здоровья, деятельности учреждений здравоохранения, методы статистической обработки и анализа этих показателей, методики, используемые для изучения влияния на здоровье определённых факторов, рекомендации по составлению комплекса мероприятий, направленных на улучшение показателей здоровья населения и его отдельных групп. Текст пособия снабжён необходимыми извлечениями из официальных документов, регламентирующих заполнение медицинской документации, критериями для оценки показателями, типовыми заданиями и эталонами их решения.

Предлагаемые методуказания отвечают требованиям действующего Положения об организации и порядке проведения государственной аттестации студентов, обучающихся в высших учебных заведениях III-IV уровней аккредитации по направлению подготовки «Медицина».

Для студентов высших медицинских образовательных учреждений III-IV уровней аккредитации, для студентов-иностранцев граждан, обучающихся на русском языке.

УДК 614.013(072)
ББК 51 я 73

ISBN

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	5
1. Ситуационные задачи по изучению показателей популяционного здоровья (первая часть экзамена)	
1.1. Определение источника информации, используемой в ситуационной задаче.	
1.2. Проведение статистической обработки данных.	
1.3. Анализ состояния здоровья определённого изучаемого контингента населения.	
1.4. Выявление действующих факторов.	
1.5. Обоснование мер по улучшению (оптимизации) исследуемого явления и разработка профилактических мероприятий.	
1.6. Умения, проверяемые по выбору вуза.	
2. Ситуационные задачи по изучению показателей деятельности учреждений здравоохранения (вторая часть экзамена)	
3. Ситуационные задачи по экономике здравоохранения (вторая часть экзамена)	
4. Ситуационные задачи по заполнению первичных учётных документов (вторая часть экзамена)	
Приложение 1. Типовые ситуационные задачи	
Приложение 2. Справочные материалы.	
Приложение 3. Инструкции о порядке выдачи и заполнения основных первичных учётных медицинских документов	
Литература:	

ПРЕДИСЛОВИЕ

Данное учебное пособие разработано в соответствии с образовательно-квалификационной характеристикой, образовательно-профессиональной программой, типовой программой учебной дисциплины подготовки специалистов образовательно-квалификационного уровня «специалист» для студентов высших учебных заведений МЗ Украины в отрасли знаний 1201 «Медицина», специальностей 7.12010001 «Лечебное дело» и специальности 7.110104 «Педиатрия», а также приказа МЗ Украины от 08.07.2010 г. №539 «Про внесення змін до навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» кваліфікації «лікар» у Вищих навчальних закладах IV рівня акредитації за спеціальностями «Лікувальна справа», «Педіатрія», «Медико-профілактична справа».

Практически ориентированный экзамен по социальной медицине, организации и экономике здравоохранения предусматривает решение трёх ситуационных задач, которые составляют две части экзаменационного билета. Часть первая содержит одну ситуационную задачу, которая посвящена вопросам изучения показателей здоровья населения и практического использования его результатов. Часть вторая включает в себя две ситуационных задачи, одна из которых посвящена либо расчёту и оценке показателей деятельности учреждений здравоохранения, либо расчёту и оценке показателей, используемых в сфере экономики здравоохранения. Вторая задача второй части предусматривает заполнение бланков первичных учётных документов, которые наиболее широко используются в работе врача.

1. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОПУЛЯЦИОННОГО ЗДОРОВЬЯ (ПЕРВАЯ ЧАСТЬ ЭКЗАМЕНА)

В соответствии с приказом МЗ от 31.01. 2005 №53 «Об утверждении Положения об организации и порядке проведения государственной аттестации студентов, обучающихся в высших учебных заведениях III-IV уровней аккредитации по направлению подготовки «Медицина» в

ситуационных задачах первой части экзамена по социальной медицине и организации здравоохранения, предусмотрено оценивание знаний студентов по следующим позициям:

1. Определение источника и / или места нахождения информации, используемой в ситуационной задаче.
2. Проведение статистической обработки данных.
3. Анализ состояния здоровья определённого изучаемого контингента населения.
4. Выявление действующих факторов.
5. Обоснование мер по улучшению (оптимизации) исследуемого явления и разработка профилактических мероприятий.
6. Умения, проверяемые по выбору ВУЗа.

В связи с этим кафедрой разработаны ситуационные задачи по расчёту и анализу важнейших показателей здоровья: заболеваемости различных контингентов населения, - всего населения, взрослых, детей, рабочих промышленных предприятий (по данным обращаемости: первичной и общей, эпидемической и неэпидемической, госпитализированной, с временной утратой трудоспособности, а также по данным медицинских осмотров), демографических показателей (рождаемости, смертности, в т.ч. общей, младенческой, перинатальной), а также первичной инвалидности и показателей физического развития. Примеры типовых ситуационных задач представлены в приложении 1.

1.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИСТОЧНИКА ИНФОРМАЦИИ, ИСПОЛЬЗУЕМОЙ В СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ.

Необходимо определить и назвать первичный учётный документ, на основании которого изучается соответствующий показатель здоровья, а также отчётный документ который используется при изучении соответствующего показателя по данным официальной статистики.

Для ряда показателей, которые являются предметом систематической статистической отчётности, формы первичных учётных документов, а также

формы отчётных документов, утверждены государственными статистическими органами. В других случаях такие формы разрабатываются исследователями в соответствии с целью, задачами и программой исследования. При решении подобных задач необходимо учитывать следующее:

1. Первичная заболеваемость населения (взрослого, детского, в т.ч. детей первого года жизни) изучается на основании данных обращаемости населения за медицинской помощью в поликлинику. Первичным учётным статистическим документом служит «Статистический талон для регистрации заключительных (уточнённых) диагнозов» (ф. № 025-2/о) со знаком “+”, а так же «Талон амбулаторного пациента» (ф. № 025-6/о, ф. № 025-7/о) с кодом “1” и “2”.

Обобщённая статистическая информация о первичной заболеваемости взрослого населения содержится в “Сводной ведомости учета заболеваний, зарегистрированных в данном лечебном заведении для взрослого населения” (форма № 071/о), “Сводной ведомости впервые зарегистрированных травм и отравлений” (форма № 071-2/о), «Отчёте о заболеваниях, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения за год» (ф.№12).

Обобщённая статистическая информация о первичной заболеваемости детского населения содержится в “Сводной ведомости учета заболеваний, зарегистрированных в данном лечебном заведении для детского населения” (форма № 071-1/о), “Сводной ведомости впервые зарегистрированных травм и отравлений” (форма № 071-2/о), «Отчёте о медицинской помощи детям за год» (ф.№31-здоров).

2. Общая заболеваемость населения (взрослого, детского, в т.ч. детей первого года жизни) изучается на основании данных обращаемости за медицинской помощью в поликлинику. Первичным учётным статистическим документом служит «Статистический талон для регистрации заключительных (уточнённых) диагнозов» (ф. № 025-2/о) со знаком “+” и “-

», а так же «Талон амбулаторного пациента» (ф. № 025-6/о, ф. № 025-7/о) с кодом “1”, “2” и “3”.

Обобщённая статистическая информация об общей заболеваемости взрослого населения содержится в “Сводной ведомости учета заболеваний, зарегистрированных в данном лечебном заведении для взрослого населения” (форма № 071/о), “Сводной ведомости впервые зарегистрированных травм и отравлений” (форма № 071-2/о), «Отчёте о заболеваниях, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения за год» (ф.№12).

Обобщённая статистическая информация об общей заболеваемости детского населения содержится в “Сводной ведомости учета заболеваний, зарегистрированных в данном лечебном заведении для детского населения” (форма № 071-1/о), “Сводной ведомости впервые зарегистрированных травм и отравлений” (форма № 071-2/о). «Отчёте о заболеваниях, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения за год» (ф.№12).

3. Заболеваемость населения инфекционными болезнями (эпидемическая заболеваемость) изучается на основании данных обращаемости населения за медицинской помощью и активного выявления больных посредством целевых осмотров. Первичным учётным статистическим документом служит «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении» (Ф.№ 058/о)

Обобщённая статистическая информация о заболеваемости населения инфекционными болезнями содержится в «Отчёте об отдельных инфекционных и паразитарных заболеваниях» (ф.№2), который составляется в учреждениях санитарно-эпидемиологической службы.

4. Заболеваемость населения венерическими болезнями изучается на основании данных обращаемости населения за медицинской помощью и активного выявления больных посредством целевых осмотров. Первичным

учётным статистическим документом служит «Извещение о случае заболевания сифилисом, гонококковой, хламидийной инфекцией, урогенитальным микоплазмозом и трихомониазом» (Ф.№ 089-1/о)

Обобщённая статистическая информация о заболеваемости населения венерическими болезнями содержится в «Отчёте о заболеваниях, передающихся половым путём, грибковых, кожных болезнях, чесотке» (ф.№9), а также в «Отчёте о контингенте больных сифилисом, гонококковой инфекцией, болезнями, обусловленными хламидиями, передающимися половым путём, урогенитальным микоплазмозом, трихомониазом, грибковыми кожными болезнями и чесоткой» (ф.№34-здоров).

5. Заболеваемость населения туберкулёзом, как и прочая неэпидемическая заболеваемость, изучается на основании данных обращаемости населения за медицинской помощью и активного выявления больных посредством целевых осмотров. Первичным учётным статистическим документом служит «Извещение о больном, которому впервые в жизни установлен диагноз активного туберкулёза, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы» (Ф.№ 089/о)

Обобщённая статистическая информация о заболеваемости населения инфекционными болезнями содержится в «Отчёте о заболеваемости активным туберкулёзом» (ф.№8), а также в «Отчёте о больных туберкулёзом» (ф.№33-здоров).

6. Госпитализированная заболеваемость населения изучается на основании данных обращаемости населения за стационарной медицинской помощью. Первичным учётным статистическим документом служит «Статистическая карта больного, выбывшего из стационара» (Ф.№066/о)

Обобщённая статистическая информация о госпитализированной заболеваемости содержится в «Отчёте лечебно-профилактического учреждения за год» (ф.№20).

7. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности изучается на основании данных обращаемости населения за медицинской помощью.

Первичным учётным статистическим документом служит «Листок временной нетрудоспособности».

Обобщённая статистическая информация о заболеваемости с временной утратой трудоспособности содержится в «Отчёте о временной нетрудоспособности» (ф. № 23-ТН). В настоящее время ф. № 23-ТН отменена.

8. Показатели заболеваемости работающих по данным медицинских осмотров в современных условиях не являются составной частью официальной статистической отчётности. Результаты осмотров отражаются в «Медицинских картах амбулаторного больного» (ф.№025/о), «Списках лиц, подлежащих периодическому медицинскому осмотру» (ф.№122/о), «Контрольных картах диспансерного наблюдения» (ф.№030/о) и др. Обобщённые данные о результатах медицинских осмотров могут быть получены из этих документов методом выкопировки. Кроме того, по результатам осмотров составляется акт заключительной комиссии.

9. Рождаемость населения изучается на основании данных органов государственной регистрации актов гражданского состояния. Основным первичным учётным статистическим документом служит заполняемое в лечебно-профилактических учреждениях «Медицинское свидетельство о рождении» (ф. № 103/о). В исключительных случаях – при рождении ребёнка дома или в другом месте без предоставления медицинской помощи, медицинским учреждением, на учёте которого находится новорождённый, заполняется «Медицинская справка о пребывании ребёнка под наблюдением лечебного учреждения» (ф. № 103-1/о).

На уровне лечебно-профилактических учреждений в качестве отчётного документа используется «Отчёт о новорождённых и детях, умерших в возрасте до 1 года за месяц, год» (ф.№ 54 - здоров).

10. Общая смертность населения изучается на основании данных органов государственной регистрации актов гражданского состояния. Основным первичным учётным статистическим документом служит

заполняемое в лечебно-профилактических учреждениях «Врачебное свидетельство о смерти» (ф. № 106/о) или «Фельдшерская справка о смерти» (ф. № 106-1/о).

На уровне лечебно-профилактических учреждений в качестве отчётного документа используется «Сводная ведомость учёта заболеваний и причин смерти в данном лечебном учреждении среди взрослого населения 18 лет и старше за квартал, год» (ф.№ 071-1/о).

11. Младенческая смертность изучается на основании данных органов государственной регистрации актов гражданского состояния. Основным первичным учётным статистическим документом служит заполняемое в лечебно-профилактических учреждениях «Врачебное свидетельство о смерти» (ф. № 106/о) или «Фельдшерская справка о смерти» (ф. № 106-1/о).

На уровне лечебно-профилактических учреждений в качестве отчётного документа используется «Отчёт о новорождённых и детях, умерших в возрасте до 1 года за месяц, год» (ф.№ 54 - здоров).

12. Перинатальная смертность изучается на основании данных органов государственной регистрации актов гражданского состояния. Основным первичным учётным статистическим документом служит заполняемое в лечебно-профилактических учреждениях «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» (ф. № 106-2/о).

На уровне лечебно-профилактических учреждений в качестве отчётного документа используется «Отчёт о новорождённых и детях, умерших в возрасте до 1 года за месяц, год» (ф.№ 54 - здоров).

13. Первичная инвалидность изучается на основании документов, оформляемых медико-социальными экспертными комиссиями (МСЭК).

Таковыми являются:

- акт освидетельствования во МСЭК;
- книга протоколов заседаний МСЭК;
- статистический талон к акту освидетельствования во МСЭК;

- «Отчёт о причинах инвалидности, показаниях к медицинской и социально-трудовой реабилитации» (ф.№ 14).

- «Отчёт республиканской, центральной городской медико-социальными экспертизы» (ф. № 37- здоров).

14. Показатели физического развития детей в современных условиях не являются составной частью официальной статистической отчётности. Наблюдение за физическим развитием ребёнка начинается с момента рождения, а затем продолжается в детских поликлиниках, детских дошкольных учреждениях и школах, средних и высших учебных заведениях, во время призыва на воинскую службу, при проведении целевых и периодических медосмотрах, а также в процессе специальных выборочных исследований состояния здоровья различных групп населения. Следовательно, данные физического развития, отражены, главным образом, в медицинской учётной документации, используемой при медицинском обслуживании детей: «История развития ребёнка» (форма №112/о), «Индивидуальная карта ребёнка» (ф.№026/о), «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (ф.№030/у) и др. При проведении специальных выборочных исследований данные о физическом развитии детей могут быть получены из этих документов методом выкопировки.

15. Интегральные показатели здоровья населения не являются предметом государственной статистической отчётности. В качестве исходных данных для их расчёта служат частные показатели здоровья, для регистрации которых служат свои учётные и отчётные документы, источники информации для которых указаны выше.

16. Обобщённая статистическая информация о загрязнении атмосферного воздуха содержится в «Отчёте о факторах окружающей среды, влияющих на состояние здоровья человека» (ф.№18), который составляется в учреждениях санитарно-эпидемиологической службы.

1.2. ПРОВЕДЕНИЕ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ДАННЫХ.

При статистической обработке исходной информации, содержащейся в ситуационных задачах, студенты должны уметь определять структуру (экстенсивные показатели), уровень (интенсивные показатели), динамику (показатели динамического ряда: абсолютный прирост, темп роста, темп прироста, абсолютное значение одного процента прироста) соответствующих (вышеуказанных) показателей здоровья, а при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности, кроме того, и среднюю продолжительность одного случая. Для детей первого года жизни необходимо уметь вычислить индекс здоровья. При решении задач, касающихся физического развития детей, студенты должны уметь вычислить среднюю арифметическую взвешенную, среднее квадратическое отклонение, коэффициент вариации, ошибку средней арифметической. Ряд ситуационных задач посвящён расчёту интегральных показателей уровня здоровья населения методом комплексной нормативной оценки, в связи с чем студенты должны уметь использовать этот метод. Комплексная нормативная оценка (КНО) здоровья населения определяется по формуле:

$$\text{КНО} = (1 / n) \cdot \Sigma(P_{\text{ф}} / P_{\text{п}}) \cdot 100,$$

где $P_{\text{ф}}$ - показатель фактический,

$P_{\text{п}}$ – показатель нормативный (средний).

1.3. АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ОПРЕДЕЛЁННОГО ИЗУЧАЕМОГО КОНТИНГЕНТА НАСЕЛЕНИЯ.

В процессе анализа статистических данных должны быть констатированы полученные результаты, должны быть выделены части явления, имеющие ведущие места (1-3) в его структуре: болезни или классы болезней, имеющие ведущие места в структуре заболеваемости (первичной инвалидности, общей смертности, младенческой смертности, перинатальной

смертности), ведущие контингенты населения, страдающие определёнными заболеваниями, ведущие причины первичной инвалидности и т.п. В ряде задач должны быть выделены территории и контингенты населения, имеющие наиболее высокий уровень показателя (1-3е места). Должна быть дана оценка общим показателям в сопоставлении с имеющимися оценочными критериями (критерии для оценки соответствующих показателей даются в приложении 2, часть I); должна быть указана тенденция общего показателя в динамике.

При решении задач, касающихся физического развития детей, должна быть дана оценка типичности средней арифметической (средняя арифметическая считается типичной, если интервал $M \pm 1\sigma$ охватывает 68,3 % всех вариантов данной совокупности, интервал $M \pm 2\sigma$ – 95,5 % всех вариантов, интервал $M \pm 3\sigma$ – 99,7 % всех вариантов). Должна быть дана оценка относительного уровня разнообразия изучаемого признака (низкий при $C =$ до 10%, средний при $C = 10 - 20\%$, высокий при $C =$ выше 20%); должны быть установлены доверительные границы полученной средней арифметической при вероятности безошибочного прогноза 95,5 % ($M_{ген} = M_{выб} \pm tm_M, t = 2$).

При анализе интегральных показателей следует иметь в виду, что они используются для сопоставления районов (предприятий, их структурных подразделений) по интегральному уровню здоровья. Следует указать три района, где этот уровень является наиболее высоким и три района, где он является наиболее низким. Чем выше показатель комплексной нормативной оценки, тем ниже интегральный уровень здоровья и наоборот.

1.4. ВЫЯВЛЕНИЕ ДЕЙСТВУЮЩИХ ФАКТОРОВ.

Для определения влияния какого-либо фактора на показатели здоровья необходимо оценить статистическую достоверность разности в соответствующих показателях здоровья у лиц, подвергающихся и не подвергающихся воздействию данного фактора по критерию Стьюдента:

$(t = P_1 - P_2 / \sqrt{m^2_1 + m^2_2})$, если в качестве показателя здоровья используется относительная величина, либо $(t = M_1 - M_2 / \sqrt{m^2_1 + m^2_2})$, если в качестве показателя здоровья используется средняя величина.

При значении $t \geq 2$ разность между показателями следует считать статистически достоверной, что является доказательством в пользу влияния фактора на соответствующий показатель здоровья.

В тех случаях, когда ошибки репрезентативности (m) не представлены в условии, их следует рассчитать самостоятельно:

$(m = \sqrt{p(1000 - p) / n})$ – для относительных величин

$(m_M = \sigma / \sqrt{n})$ – для средних величин

Если исходная информация в задаче представлена множествами чисел, а не общими их значениями для исследуемой и контрольной групп, то с целью определения влияния на показатели здоровья должен быть применён метод корреляционного анализа, в частности вычисления коэффициента линейной корреляции Пирсона (r_{xy}):

$$r_{xy} = \frac{\Sigma(d_x \cdot d_y)}{\sqrt{\Sigma d^2_x \cdot \Sigma d^2_y}},$$

где x и y – признаки (явления), между которыми определяется связь; d_x и d_y – отклонения каждой варианты от средней величины, вычисленной в ряду признака x и в ряду признака y ; Σ - знак суммы.

При значении коэффициента корреляции менее 0,3 связь между явлениями оценивается как слабая, 0,3 – 0,69, - средней силы, 0,7 и более – сильная. Направление связи определяется по знаку перед коэффициентом корреляции: «+» - прямая, «-» - обратная.

Для определения достоверности коэффициента корреляции вычисляется его ошибка (m_r)

$$m_r = \sqrt{\frac{1 - r_{xy}^2}{n - 2}}$$

Достоверность коэффициента корреляции определяется по формуле:

$$t = \frac{r_{xy}}{m_r}$$

Критерий t должен быть равен или больше 3, что соответствует вероятности безошибочного прогноза $(p) \geq 99\%$.

Наличие прямой, сильной, средней или слабой, статически значимой связи может трактоваться как доказательство в пользу влияния одного явления на другое.

При решении задач, касающихся расчёта интегральных показателей здоровья, необходимо определить степень влияния отдельных частных показателей. Степень влияния отдельных частных показателей на интегральные показатели здоровья определяется по величине отдельных отношений R_{ϕ} / R_p частных показателей соответствующего района: чем выше абсолютное значение R_{ϕ} / R_p , тем выше роль данного частного показателя в формировании интегрального показателя.

1.5. ОБОСНОВАНИЕ МЕР ПО УЛУЧШЕНИЮ (ОПТИМИЗАЦИИ) ИССЛЕДУЕМОГО ЯВЛЕНИЯ И РАЗРАБОТКА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ.

По результатам выполнения заданий студенты должны сформулировать рекомендации по улучшению соответствующих показателей здоровья населения.

Рекомендации по снижению и профилактике всех видов заболеваемости, первичной инвалидности, смертности (как общей, так и специальных показателей), должны быть направлены, в первую очередь, на профилактику заболеваний, имеющих наибольший удельный вес в структуре

изучаемого явления, среди определённых контингентов населения и на территориях, где они имеют наиболее высокий уровень, а также на устранение / снижение интенсивности основных факторов, влияющих на показатели, либо, наоборот, на интенсификацию факторов, способствующих снижению показателей. С этой целью может быть предложен комплекс санитарно-просветительных мер по формированию здорового образа жизни, с использованием лекций, бесед и т.д., а также индивидуальных рекомендаций.

Для профилактики заболеваемости рабочих может быть предложен комплекс следующих мер:

1) санитарно-технические мероприятия (меры по улучшению технологического процесса, организации труда и рабочего места, устройству вентиляции, освещения и другие меры по улучшению санитарного состояния и благоустройства цехов);

2) санитарно-гигиенические мероприятия (санитарное благоустройство бытовых помещений);

3) лечебно-профилактические мероприятия (проведение профилактических прививок, мероприятия по борьбе с гриппом, желудочно-кишечными, гнойничковыми заболеваниями, госпитализация больных, рациональное трудоустройство, реабилитация, санитарно-просветительная работа);

4) организационно-массовые (административно-хозяйственные) мероприятия.

Для снижения уровня промышленного загрязнения окружающей среды может быть предложен комплекс мероприятий по снижению объёма выбросов в атмосферу: изменение технологии производства, вынос наиболее «грязных» производств за пределы жилой застройки, совершенствование систем пылегазоочистки, повышение эффективности предупредительного и текущего санитарного надзора и др.

Рекомендации по снижению и профилактике заболеваемости населения инфекционными болезнями должны, кроме вышеуказанных общих мер по снижению заболеваемости, содержать комплексные меры, включающие в себя: первичную профилактику, в т.ч. иммунизацию населения, раннее выявление больных и бактерионосителей, эффективные противоэпидемические мероприятия в очаге инфекционного заболевания, наблюдение за реконвалесцентами и др.

Рекомендации по снижению и профилактике заболеваемости населения венерическими болезнями должны, кроме вышеуказанных общих мер по снижению заболеваемости, содержать комплексные меры, включающие в себя: первичную профилактику, раннее выявление больных, их эффективное лечение, наблюдение за реконвалесцентами, пропаганду безопасного секса и др.

Рекомендации по снижению и профилактике госпитализированной заболеваемости должны быть направлены, в первую очередь, на профилактику тех заболеваний, которые наиболее часто приводят к госпитализации и имеют наибольший удельный вес в структуре госпитализированной заболеваемости. При этом должны быть предусмотрены комплексные меры, включающие в себя повышение качества медицинской помощи на догоспитальном этапе: первичную профилактику, повышение качества и эффективности диспансеризации: раннее выявление больных и лиц с преморбидными состояниями, их эффективное оздоровление, своевременное профилактическое лечение, осуществление, преимущественно, плановой госпитализации и др.

Рекомендации по снижению и профилактике (первичной и вторичной) первичной инвалидности должны быть направлены, в первую очередь, на профилактику заболеваний, которые формируют наиболее высокий удельный вес определённых причин первичной инвалидности в её структуре. В частности, должны быть предусмотрены меры по повышению качества диспансерного наблюдения и оздоровления хронических больных.

Рекомендации по улучшению физического развития детей должны, кроме прочих стандартных мер, включать в себя проведение дополнительного обследования детей, имеющих отклонения в физическом развитии, в данном случае тех, чьи показатели выходят за пределы значений $M \pm 3\sigma$.

Рекомендации по повышению уровня рождаемости должны проводиться, в первую очередь, в наиболее проблемных районах, где отмечаются наиболее низкие показатели. С этой целью может быть предложен комплекс мер, которые должны быть реализованы на государственном и региональном уровнях (социальная поддержка молодых семей, кредитование, обеспечение жильём, повышение уровня доходов, снижение безработицы, особенно, среди молодёжи и др. меры). На уровне лечебно-профилактического учреждения может быть предложена пропаганда материнства, отказа от абортов и другие санитарно-просветительные меры по формированию здорового образа жизни, с использованием лекций, бесед и т.д.

Рекомендации по снижению и профилактике перинатальной смертности должны включать в себя комплекс мер по улучшению качества диспансерного наблюдения за беременными и родовспоможения, а также санитарно-просветительных мер по формированию здорового образа жизни.

Рекомендации по улучшению интегральных показателей здоровья жителей районов города должны быть направлены, прежде всего, на проведение профилактических мер в тех районах, где уровень интегрального здоровья является наиболее низким. В этих районах должны быть определены частные показатели здоровья, оказавшие наиболее значительное влияние на интегральный показатель, после чего должны быть предложены профилактические мероприятия по снижению соответствующих показателей (либо общей либо младенческой смертности).

Более конкретные рекомендации по всем аспектам улучшения показателей здоровья, могут быть сформулированы на основе проведения

углублённого изучения соответствующих показателей, в процессе которого должна быть выяснена роль других факторов (кроме уже изученных, информация о которых представлена в ситуационной задаче), формирующих образ жизни, а также пола, возраста, наследственной предрасположенности, среды обитания, качества медицинской помощи.

1.6. УМЕНИЯ, ПРОВЕРЯЕМЫЕ ПО ВЫБОРУ ВУЗА.

Среди практических умений, проверяемых по усмотрению ВУЗа, будут использованы следующие:

- применение графических изображений статистических величин с учётом соблюдения требований, предъявляемых к графическим изображениям;
- выбор статистического метода, позволяющего устранить (элиминировать) влияние на показатели здоровья неодинакового состава сопоставляемых групп;
- составление макетов статистических таблицы (простой, групповой, комбинационной);
- определение значения, методики и критериев формирования групп длительно и часто болеющих лиц;
- определение методов и средств санитарно-просветительной работы, которые могут быть использованы с определённой целью;
- составление плана статистического исследования;
- выбор статистического метода, позволяющего установить силу и характер связи между изучаемыми признаками или явлениями;
- определение показателя естественного прироста населения;
- определение типа младенческой смертности;
- выбор статистического метода, с помощью которого можно установить влияние на показатели факторов, определяющих здоровье населения.

2. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВТОРАЯ ЧАСТЬ ЭКЗАМЕНА)

Во второй части экзамена предусматривается решение двух ситуационных задач по социальной медицине, организации и экономике здравоохранения (№№2 и 3).

Задача №2 (составление годового отчёта) посвящена расчёту и оценке статистических показателей деятельности определённых медицинских учреждений, либо вычислению показателей, характеризующих экономические аспекты деятельности системы здравоохранения.

В задачах, посвящённых расчёту и оценке статистических показателей деятельности медицинских учреждений, студенты должны указать источник информации, использованной в задаче.

В частности, должны быть названы следующие отчётные формы медицинских документов:

- Показатели деятельности городской больницы за год изучаются на основании данных «Отчёта лечебно-профилактического учреждения» ф.№20.

- Показатели деятельности женской консультации за год изучаются на основании данных «Отчёта о медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам» ф.№21

Расчёт показателей деятельности медицинских учреждений осуществляется по соответствующим формулам:

1. Обеспеченность населения врачебными кадрами.

$$\frac{\text{Количество врачей (физических лиц)} \cdot 10000}{\text{Общая численность населения на конец года}}$$

2. Укомплектованность больницы кадрами врачей (укомплектованность штата).

$$\frac{\text{Число занятых врачебных должностей} \cdot 100}{\text{Число штатных врачебных должностей}}$$

3. Среднее число врачебных посещений, приходящихся на одного жителя в год.

$$\frac{\text{Общее число всех посещений к врачам, сделанных проживающими в районе обслуживания}}{\text{Средняя численность населения}}$$

4. Число больничных коек на 1000 населения.

$$\frac{\text{Общее число больничных коек} \cdot 1000}{\text{Средняя численность населения}}$$

5. Уровень госпитализации.

$$\frac{\text{Число госпитализированных больных} \cdot 100}{\text{Средняя численность населения}}$$

6. Выполнение плана периодических осмотров (полнота охвата периодическими осмотрами).

$$\frac{\text{Число лиц, осмотренных в порядке периодических осмотров} \cdot 100}{\text{Число лиц, подлежащих периодическим осмотрам}}$$

7. Полнота охвата диспансерным наблюдением в связи с заболеванием.

$$\frac{\text{Число больных, состоявших под диспансерным наблюдением на начало года} + \text{ вновь взятые под наблюдение в течение года} - \text{ ни разу не явившиеся (отсевшиеся) в течение года} \cdot 100}{\text{Число зарегистрированных больных}}$$

8. Своевременность взятия больных на диспансерный учёт.

$$\frac{\text{Число больных, взятых под наблюдение из числа лиц с впервые установленным диагнозом} \cdot 100}{\text{Число заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом в данном году}}$$

9. Среднегодовая занятость койки.

$$\frac{\text{Число койко-дней, фактически проведенных больными в стационаре}}{\text{Число среднегодовых коек}}$$

10. Степень использования коечного фонда (процент выполнения плана койко-дней).

$$\frac{\text{Число фактически проведенных больными койко-дней} \cdot 100}{\text{Плановое количество койко-дней}}$$

11. Оборот койки.

Число прошедших больных
Среднегодовое число коек

12. Средняя длительность пребывания больного в стационаре.

Число проведенных больными койко-дней
Число выбывших больных

13. Средняя длительность лечения больных в стационаре.

Число койко-дней, проведенных выписанными больными с определённым диагнозом
Число выписанных больных с данным диагнозом

14. Больничная летальность.

Число умерших больных · 100
Число выбывших больных

15. Число занятых врачебных должностей по амбулаторно-поликлиническому обслуживанию на 10000 детей.

Число занятых врачебных должностей по амбулаторно-поликлиническому обслуживанию x 10000
Средняя численность детского населения

16. Уровень госпитализации детей.

Число госпитализированных детей x 100
Средняя численность детей, проживающих на территории обслуживания детской поликлиники

17. Охват новорождённых наблюдением врача в первые 3 дня после выписки из родильного дома:

Число новорождённых, поступивших под наблюдение детской поликлиники и проживающих на данном участке, которых врач посетил в первые 3 дня x 100
Число новорождённых, поступивших под наблюдение детской поликлиники и проживающих на данном участке

18. Систематичность (регулярность) наблюдения детей в возрасте до одного года врачом:

Число детей, достигших 12 мес. и наблюдавшихся врачом без длительных перерывов x 100
Число детей, достигших 12 мес. в данном году

19. Частота детей, находящихся на грудном вскармливании:

Число детей, находящихся на грудном вскармливании до 4 мес. x 100
Число детей, достигших 12 мес. в данном году

20. Частота выявления заболеваний при профилактических осмотрах:

Число впервые выявленных заболеваний при профилактических осмотрах x 100
Число детей, осмотренных при профилактических осмотрах

21. Частота отклонений от нормы у детей:

$$\frac{\text{Число детей, с выявленной пониженной остротой слуха} \\ (\text{сколиозом, виражом туберкулиновой пробы и т.д.}) \times 100}{\text{Число детей, осмотренных при профилактических осмотрах}}$$

22. Удельный вес детей, отстающих в физическом развитии:

$$\frac{\text{Число детей, у которых выявлено отставание в физическом развитии} \times 100}{\text{Число детей, осмотренных при профилактических осмотрах}}$$

23. Охват профилактическими прививками детей:

$$\frac{\text{Число детей первого года жизни, вакцинированных против полиомиелита} \times 100}{\text{Число детей, достигших 12 мес. в данном году}}$$

24. Обеспеченность акушерами-гинекологами (на 10000 населения):

$$\frac{\text{Число занятых врачебных должностей акушеров-гинекологов} \times 10000}{\text{Численность обслуживаемого женского населения на конец года}}$$

25. Своевременность взятия беременных под наблюдение (в %):

25.1. Раннее поступление беременных под наблюдение:

$$\frac{\text{Число беременных, поступивших под наблюдение ЖК до 12 нед. беременности} \times 100}{\text{Число беременных, поступивших под наблюдение ЖК в отчетном году}}$$

25.2. Позднее поступление беременных под наблюдение:

$$\frac{\text{Число беременных, поступивших под наблюдение ЖК после 28 нед. беременности} \times 100}{\text{Число беременных, поступивших под наблюдение ЖК в отчетном году}}$$

26. Процент женщин, ни разу не посетивших врача (акушерку) за время беременности:

$$\frac{\text{Число родивших в отчетном году и ни разу не посетивших во время беременности врача (акушерку)} \times 100}{\text{общее число родивших в отчетном году}}$$

27. Среднее число посещений женской консультации беременной:

$$\frac{\text{Общее число посещений беременными до родов}}{\text{Число родивших женщин, поступивших под наблюдение в ЖК в отчетном году}}$$

28. Среднее число посещений ЖК женщинами после родов:

$$\frac{\text{Общее число посещений ЖК женщинами после родов}}{\text{Число родивших женщин в отчетном году и находящихся под наблюдением ЖК}}$$

29. Частота беременностей, закончившихся родами: (в %)

$$\frac{\text{Число женщин, беременность которых закончилась родами} \times 100}{\text{Общее число беременных, состоявших под наблюдением ЖК в отчетном году}}$$

30. Частота беременностей, закончившихся абортами: (в %)

$$\frac{\text{Число женщин, беременность которых закончилась абортами (самопроизвольными и по медицинским показаниям)} \times 100}{\text{Число женщин, у которых беременность закончилась родами} + \text{число женщин, у которых беременность закончилась абортами}}$$

31. Процент своевременных родов

$$\frac{\text{Число женщин, у которых беременность закончилась своевременными родами} \times 100}{\text{Общее число женщин, у которых беременность закончилась родами (своевременными и преждевременными)}}$$

32. Частота нормальных родов:

$$\frac{\text{Число нормальных родов} \times 100}{\text{Общее число принятых родов}}$$

33. Частота недоношенности:

$$\frac{\text{Число рожденных недоношенными (живыми и мертвыми)} \times 100}{\text{Число новорожденных живыми и мертвыми}}$$

34. Перинатальная смертность (в ‰):

$$\frac{\text{Число мертворожденных (с 28 нед. берем. и умерших во время родов)} + \text{число умерших в первую неделю жизни (0-7 дней)} \times 1000}{\text{Число детей, родившихся живыми и мертвыми}}$$

35. Мертворождаемость (в ‰):

$$\frac{\text{Число мертворожденных детей} \times 1000}{\text{Число детей, родившихся живыми и мертвыми}}$$

36. Ранняя неонатальная смертность (в ‰):

$$\frac{\text{Число детей, умерших в первую неделю жизни (0-7 дней)} \times 1000}{\text{Число детей, родившихся живыми}}$$

37. Заболеваемость новорожденных (в ‰):

$$\frac{(\text{Число детей, родившихся больными и с пороками развития} + \text{число детей, заболевших в роддоме}) \times 1000}{\text{Общее число детей, родившихся живыми в отчетном году}}$$

Должна быть дана оценка полученным показателям в сопоставлении с имеющимися оценочными критериями, представленными в приложении 2, часть II.

3. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ЭКОНОМИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВТОРАЯ ЧАСТЬ ЭКЗАМЕНА)

3.1. Определение цены на платную медицинскую услугу при известной себестоимости и прибыли:

Цена = себестоимость + прибыль + НДС

Прибыль = $x\%$ (по условию) от себестоимости

НДС = 20% от суммы прибыли и себестоимости

3.2. Определение коэффициентов медицинской (КМЭ), социальной (КСЭ) и экономической эффективности (КЭЭ), а также интегрального коэффициента эффективности (ИКЭ) работы амбулатории семейной медицины.

КМЭ = $\frac{\text{число больных, у которых плановый результат лечения достигнут}}{\text{общее число пролеченных больных}}$

КСЭ = $\frac{\text{число больных, которые удовлетворены медицинской помощью}}{\text{общее число опрошенных больных}}$

КЭЭ = $\frac{\text{нормативная стоимость лечения}}{\text{фактическая стоимость лечения}}$

ИКЭ = КМЭ × КСЭ × КЭЭ

3.3. Определение среднего экономического эффекта (Э), обусловленного сокращением сроков лечения одного работающего больного

$\text{Э} = D_1 \cdot \text{тр} + B \cdot \text{тр} + L \cdot \text{тк}$, где:

Э - экономический эффект ;

D_1 - национальный доход, произведенный одним работающим за один рабочий день

B - среднедневные выплаты пособий по временной нетрудоспособности за счет средств социального страхования ;

L - стоимость лечения одного больного за один календарный день;

тк - количество календарных дней, на которые сокращена продолжительность лечения;

тр - то же в рабочих днях (рабочие дни составляют 0,75 календарных дней, т.е. при пересчете календарных дней в рабочие следует использовать коэффициент 0,75).

3.4. Определение расходов сметы бюджетного медицинского учреждения по ст. 10 «Медикаменты и перевязочные материалы»:

$$PM \text{ и } PC = \Sigma [N_{pm} \times (P_k \times F_{zk})] + (N_{pa} \times N_{pi}),$$

где PM и PC – расходы на медикаменты и перевязочные средства

Σ – сумма

N_{pm} – норма расходов на медикаменты на 1 стационарного больного в день

P_k – число коек – мощность ЛПУ

F_{zk} – среднегодовая занятость койки

N_{pa} – норма расходов на 1 амбулаторное посещение в день

N_{pi} – число посещений поликлиники или амбулатории в год

3.5. Расчёт страхового взноса предприятия за год медицинского страхования

Страховой взнос предприятия = Брутто-ставка \times количество застрахованных

Брутто-ставка = нетто-ставка + нагрузка с учетом прибыли

Нетто-ставка = Стоимость амбулаторного помощь + (Стоимость стационарного лечения \times вероятность госпитализации)

Прибыль = (x% от себестоимости)

Себестоимость страхования для страховой компании = Стоимость медицинской помощи (плата медицинским учреждениям за одного застрахованного) + накладные расходы (на ведение дел)

Нагрузка с учетом прибыли = Накладные расходы + прибыль

4. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ПЕРВИЧНЫХ УЧЁТНЫХ ДОКУМЕНТОВ (ВТОРАЯ ЧАСТЬ ЭКЗАМЕНА)

Задача №3 второй части экзамена (ведение медицинской документации относительно пациента и обслуживаемого контингента) посвящена заполнению бланков основной медицинской документации.

По предлагаемому условию должен быть заполнен один из следующих медицинских документов:

- Листок временной нетрудоспособности;
- Статистический талон для регистрации заключительных (уточнённых) диагнозов» (ф. № 025-2/о);
- Талон амбулаторного пациента» (ф. № 025-6/о, ф. № 025-7/о);

- Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении» (ф.№ 058/о);

- Статистическая карта больного, выбывшего из стационара (ф.№066/о);

- Врачебное свидетельство о смерти (ф. № 106/о).

Листок временной нетрудоспособности заполняется в соответствии с правилами, изложенными в «Инструкции о порядке выдаче документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан», утверждённой приказом МЗ Украины от 13.11.2001 г. №455 и «Инструкции о порядке заполнения листка нетрудоспособности», утверждённой приказом МЗ Украины от 3.11.2004 №532. С обеими инструкциями можно ознакомиться на кафедре.

Инструкции относительно правил заполнения остальных вышеуказанных документов представлены в приложении №3

С образцами заполненных документов также можно ознакомиться на кафедре.

Приложение 1

ТИПОВЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Типовая ситуационная задача № 1

Изучается первичная заболеваемость на терапевтическом участке поликлиники городской больницы №3, где по данным проведённой переписи проживает ×××× человек. Количество случаев острых заболеваний составило ××××. Количество случаев впервые установленных хронических заболеваний составило ×××.

Количество случаев первичной заболеваемости по отдельным классам болезней составило:

- Болезни органов дыхания ×××

- Болезни системы кровообращения ××

- Болезни органов пищеварения ××
- Новообразования ××
- Прочие болезни ××××

В предыдущем году показатель первичной заболеваемости по всем вместе болезням составил $\times\times\times, \times$ на 1000 населения.

Из числа лиц, проживающих на указанном терапевтическом участке, $\times\times\times\times$ человек имеют вредную привычку курения. Число случаев первичных заболеваний у них составило $(P \pm m) \times\times\times\times, \times \pm \times\times\times, \times\%$. Соответственно, у остальных $\times\times\times\times$ лиц, которые не курят, этот показатель составил $\times\times\times, \times \pm \times\times, \times\%$.

Предлагается на основе приведенных данных:

1. Определить источник информации и первичный учётный документ, на основании которого изучается первичная заболеваемость.
2. Вычислить статистические показатели первичной заболеваемости населения, проживающего на территории терапевтического участка.
3. Проанализировать полученные показатели и дать им оценку.
4. Определить влияние фактора курения на первичную заболеваемость.
5. Обосновать, основываясь на результатах проведённого исследования и других знаний по предмету, и предоставить рекомендации по снижению и профилактике первичной заболеваемости среди населения, проживающего на территории терапевтического участка.
6. Изобразить графически структуру первичной заболеваемости по классам болезней, с учётом соблюдения требований, предъявляемых к графическим изображениям.

Типовая ситуационная задача № 2

Изучается физическое развитие мальчиков возраста 10 лет. Измерялся показатель роста детей в см.

Получены следующие результаты:

Рост в см (v)	Число детей (p)
xxx	x
xxx	xx
xxx	xx
xxx	xx
xxx	xx
xxx	xx
xxx	x

При статистической обработке вариационного ряда получены следующие результаты:

Сумма произведений варианты на частоту ($\sum vp$) составила $xxxxx$

Число наблюдений (n) равно xxx

Сумма произведений квадрата отклонения на частоту ($\sum pd^2$) составила $xxxx,x$.

Сопоставление показателей роста детей, один или оба родителя которых злоупотребляли алкоголем (I группа) с аналогичными показателями детей, родители которых не имели этой вредной привычки (II группа), показало, что в I группе $M = xxx$, $m_M = \pm x,x$, а во II группе $M = xxx$, $m_M = \pm x,x$.

Предлагается на основе представленных данных:

1. Определить источник использованной информации.
2. Провести статистическую обработку данных (вычислить среднюю арифметическую взвешенную, среднее квадратическое отклонение, коэффициент вариации, ошибку средней арифметической).
3. Проанализировать данные проведённого статистического исследования и дать им оценку.
4. Изучить влияние фактора злоупотребления алкоголем родителями на физическое развитие детей, в частности, среднего роста мальчиков 10 лет.
5. Обосновать необходимые меры по улучшению физического развития детей, опираясь на результаты проведённого исследования.

6. Представить показатели среднего роста разных групп графически, используя наиболее адекватную диаграмму, с соблюдением правил её построения.

Типовая ситуационная задача № 3

При проведении медицинского осмотра рабочих цехового врачебного участка, к которому относится ×××× человек, установлено, что у ×××× человек никаких патологических изменений не обнаружено. Из их числа ××× человек в прошлом перенесли тяжёлые острые и хронические заболевания с положительным результатом лечения, и находятся в периоде стойкой ремиссии. Остальные ××× человек имели хронические заболевания, в т.ч. ××× человек в состоянии компенсации, ××× человек – в состоянии субкомпенсации.

Выявленные хронические заболевания имели следующее распределение:

- Болезни системы кровообращения - ×××
- Болезни органов пищеварения - ×××
- Болезни органов дыхания - ××
- Прочие болезни - ×××

В предыдущем году на рабочих местах, относящихся к данному цеховому участку, были проведены мероприятия по улучшению условий труда и снижению действия вредных факторов производства. Одной из целей этих мероприятий было снижение уровня заболеваемости, который до проведения мероприятий составлял ×××,× ±××,× на 1000 обследованных.

Предлагается на основе вышеперечисленных данных:

1. Определить источник информации о заболеваемости, выявленной на медосмотре.
2. Распределить обследованных по группам диспансерного наблюдения.
3. Вычислить показатели структуры и уровня заболеваемости.

4. Определить эффективность проведённых мероприятий по улучшению условий труда и снижению действия вредных факторов производства.

5. Обосновать и предложить необходимые меры по снижению заболеваемости рабочих.

6. Выбрать статистический метод, позволяющий устранить (элиминировать) влияние на показатели здоровья рабочих фактора неодинакового состава сопоставляемых групп по полу, возрасту, стажу работы и т.д.

Типовая ситуационная задача №4

В городе А. имеется 7 административных районов. Атмосферный воздух города подвержен промышленному загрязнению рядом химических соединений, что, вероятно, отражается на первичной заболеваемости жителей, в т.ч. взрослого населения. В таблице представлены данные о численности взрослого населения, количестве впервые выявленных заболеваний и концентрации взвешенных веществ в атмосфере.

Таблица

Район	Числ. населения	взр.	Числ. заболеваний	перв.	Концентрация, мг/м ³
1	xxxxxx		xxxxxx		х,хх
2	xxxxxx		xxxxxx		х,хх
3	xxxxxx		xxxxxx		х,хх
4	xxxxxx		xxxxxx		х,хх
5	xxxxxx		xxxxxx		х,хх
6	xxxxxx		xxxxxx		х,хх
7	xxxxxx		xxxxxx		х,хх
В целом по городу	xxxxxx		xxxxxx		х,хх

Предлагается на основе представленных данных:

1. Определить источник информации для изучения первичной заболеваемости.

2. Вычислить статистические показатели уровней первичной заболеваемости населения, проживающего в городе и отдельных его районах.

3. Проанализировать полученные показатели и дать им оценку.

4. Выбрать и применить метод статистической обработки данных, позволяющий определить влияние загрязнения атмосферного воздуха взвешенными веществами на первичную заболеваемость населения, установить статистическую достоверность полученных результатов.

5. Обосновать и предложить меры по снижению первичной заболеваемости населения, основываясь на результатах проведённого исследования.

6. Представить графически уровни первичной заболеваемости в районах города с помощью соответствующей диаграммы с соблюдением требований, предъявляемых к графическим изображениям.

Типовая ситуационная задача № 5

В районе В., где проживает ××××× жителей, изучается госпитализированная заболеваемость населения. За год зарегистрировано ××××× случаев госпитализации, в т.ч. по отдельным классам болезней:

- Болезни органов дыхания ××××
- Болезни системы кровообращения ××××
- Болезни органов пищеварения ××××
- Новообразования ×××
- Прочие болезни ××××

В предыдущем году число случаев госпитализации по поводу болезней системы кровообращения составляло ××××. Изменение этого показателя предположительно связывают с повышением качества работы поликлиники, в частности, её профилактической деятельности.

Предлагается на основе представленных данных:

1. Определить источник информации, на основании которого изучается госпитализированная заболеваемость населения.

2. Вычислить статистические показатели уровня госпитализированной заболеваемости населения, и её структуры по отдельным классам болезней.

3. Проанализировать полученные показатели и дать им оценку.

4. Выбрать и применить статистический метод, позволяющий определить эффективность профилактической деятельности поликлиники в отношении болезней системы кровообращения.

5. Обосновать, основываясь на результатах проведённого исследования, и предоставить рекомендации по снижению и профилактике госпитализированной заболеваемости населения в районе В.

6. Составить план статистического исследования по изучению госпитализированной заболеваемости населения, в котором отразить:

6.1. Цель исследования.

6.2. Основные задачи исследования.

6.3. Объект наблюдения.

6.4. Единица наблюдения.

6.5. Период наблюдения

6.6. Место наблюдения.

6.7. Вид наблюдения (единовременное, текущее).

6.8. Метод наблюдения (сплошное, выборочное).

6.9. Источник получения информации (официальные учетные и/или отчетные документы учреждений здравоохранения, специально разработанные учетные документы).

6.10. Способ получения информации (анкетный опрос, интервью, непосредственное наблюдение, выкопировка, комбинация способов).

6.11. Необходимое число наблюдений.

6.12. Используемые методики статистического исследования.

6.13. Исполнители исследования.

6.14. Руководитель исследования.

6.15. Срок выполнения всей работы и её этапов.

Типовая ситуационная задача № 6

Изучается младенческая смертность в городе Н. Установлено, что число детей, умерших в возрасте до 1 года из поколения текущего года, составило $\times\times\times$ человек. Число детей, умерших в возрасте до 1 года из поколения предыдущего года – $\times\times$. Число детей, родившихся живыми в текущем году, - $\times\times\times\times\times$. Число детей, родившихся живыми в предыдущем году, - $\times\times\times\times\times$.

Из общего числа детей, умерших в возрасте до 1 года, в течение первых 6 дней жизни умерло $\times\times$, от 7 до 28 дней – $\times\times\times$, от 29 дней до 1 года - $\times\times$. По причинам смерти имело место следующее распределение умерших: состояния, возникшие в перинатальном периоде – $\times\times\times$, врождённые аномалии развития – $\times\times$, болезни органов дыхания и несчастные случаи, травмы, отравления – по $\times\times$ человек. На другие причины приходилось $\times\times$ случаев смерти.

По данным специально проведённого исследования установлено, что уровень младенческой смертности ($P\pm m_p$) был выше среди детей, у которых мамы не систематически наблюдались в женской консультации в течение беременности ($\times\times, \times\pm\times, \times\%_0$). У остальных детей показатель составлял $\times\times, \times\pm\times, \times\%_0$.

Предлагается на основе приведенных данных:

1. Определить источник информации и первичный учётный документ, на основании которого изучается младенческая смертность.

2. Вычислить статистические показатели уровней младенческой, ранней неонатальной, неонатальной, и постнатальной смертности и структуры младенческой смертности по основным причинам смерти.

3. Проанализировать полученные показатели и дать им оценку.
4. Определить влияние фактора систематичности наблюдения беременных женщин в женской консультации на младенческую смертность их детей.
5. Обосновать, основываясь на результатах проведённого исследования, и предоставить рекомендации по снижению и профилактике младенческой смертности.
6. Определить тип младенческой смертности в городе Н.

Типовая ситуационная задача № 7

Проводилась комплексная оценка состояния здоровья населения в городе Р., имеющем 7 административных районов.

Установлены показатели общей и младенческой смертности. Результаты представлены в таблице.

Таблица

Район	Общая смертность	Младенческая смертность
А	xx,x	xx,x
Б	xx,x	xx,x
В	xx,x	x,x
Г	xx,x	xx,x
Д	xx,x	x,x
Е	xx,x	xx,x
По городу	xx,x	xx,x

Предлагается на основе приведенных данных:

1. Определить источники информации и первичные учётные документы, на основании которых изучается общая смертность, младенческая смертность.
2. Вычислить интегральные показатели уровня здоровья населения методом комплексной нормативной оценки.
3. Проанализировать полученные показатели и дать им оценку.

4. Определить влияние на интегральные показатели отдельных частных показателей здоровья.

5. Обосновать, основываясь на результатах проведенного исследования, и предоставить рекомендации по улучшению интегральных показателей здоровья жителей районов города.

6. Выбрать статистический метод, с помощью которого можно установить влияние на показатели факторов, определяющих здоровье населения.

Приложение 2

СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ.

Часть I. Критерии оценки показателей здоровья населения.

1. Для качественной оценки показателей заболеваемости может быть использована шкала, разработанная Е.И.Гончаруком и соавт. (1995):

Ориентировочная шкала оценки показателей заболеваемости

Уровень показателей	Заболеваемость по обращаемости на 1000 населения			
	Первичная		Общая	
	город	село	город	село
Очень высокий	1500	1000	2000	1300
Высокий	1300	800	1800	1100
Средний	1110	600	1600	900
Низкий	900	500	1400	800
Очень низкий	700	400	1200	700

Кроме того, ориентиром могут служить следующие показатели:

Показатели, на 1000 взрослого населения	Общая заболеваемость	Первичная заболеваемость
Украина	1100-1300‰.	600-800 ‰.

2. Шкала оценки показателей госпитализированной заболеваемости не разработана, в связи с чем оценка этих показателей осуществляется в

сопоставлении со средними данными по стране, региону, а также в динамике. Ориентиром могут служить следующие показатели госпитализированной заболеваемости:

Показатели, на 100 жителей	Госпитализированная заболеваемость
Украина	22,5

3. Шкала оценки показателей заболеваемости детей первого года жизни не разработана, в связи с чем оценка этих показателей осуществляется в сопоставлении со средними данными по стране, региону, а также в динамике. Ориентиром могут служить следующие показатели заболеваемости детей первого года жизни:

Показатели, ‰	Заболеваемость первичная
Украина	около 2000‰

Индекс здоровья, по данным литературы, при осуществлении систематического наблюдения, организации рационального вскармливания и проведении комплекса эффективных профилактических мероприятий может достигать 20-28%, и даже 30 и более.

4. Шкала оценки показателей общей заболеваемости детей не разработана, в связи с чем оценка этих показателей осуществляется в сопоставлении со средними данными по стране, региону, а также в динамике. Ориентиром могут служить следующие показатели:

Показатели, на 1000 детей	Общая заболеваемость	Первичная заболеваемость
Украина	около 1200‰	около 1000‰

Кроме того, может быть использована шкала, разработанная Е.И.Гончаруком и соавт.(1995), которая применяется для оценки показателей всего населения в целом (см. выше).

5. Для качественной оценки показателей заболеваемости с временной нетрудоспособностью может быть использована шкала, разработанная Е.Л. Ноткиным (1979):

Шкала оценки показателей заболеваемости с ВУТ

Уровень показателей	Временная утрата трудоспособности на 100 работающих	
	Число случаев	Число дней
Очень высокий	150 и более	1500 и более
Высокий	120 – 149	1200 – 1499
Выше среднего	100 – 119	1000 – 1199
Средний	80 – 99	800 – 999
Ниже среднего	60 – 79	600 – 799
Низкий	50 – 59	500 – 599
Очень низкий	Менее 50	Менее 500

6. Для ориентировочной качественной оценки показателей первичной инвалидности может быть использована шкала, представленная в таблице (Г.С. Столяров и соавт., 2000):

Шкала ориентировочной оценки показателей первичной инвалидности

Уровень показателей	Первичная инвалидность, на 1000 населения
Очень высокий	11
Высокий	9
Средний	7
Низкий	5
Очень низкий	4

Показатели первичной инвалидности населения города Запорожья составляют 4,34 – 4,57‰, в т.ч. среди детей возраста до 16 лет – 1,4 – 2,3‰.

7. Шкала оценки показателей заболеваемости населения инфекционными болезнями не разработана, в связи с чем оценка этих показателей

осуществляется в сопоставлении со средними данными по стране, региону, а также в динамике. Ориентиром могут служить следующие показатели заболеваемости населения инфекционными болезнями:

Показатели, ‰	Заболеваемость инфекционными болезнями
г. Запорожье	29,3
Запорожская область	25,7

8. Шкала оценки показателей заболеваемости населения венерическими болезнями не разработана, в связи с чем оценка этих показателей осуществляется в сопоставлении со средними данными по стране, региону, а также в динамике. Ориентиром могут служить следующие показатели заболеваемости населения венерическими болезнями:

Показатели, на 100 тыс.нас.	Заболеваемость сифилисом	Заболеваемость гонореей
г. Запорожье	94,0-124,5	40,1-39,3
Запорожская область	98,2-114,7	40,0-44,5

9. Шкала оценки показателей заболеваемости населения туберкулёзом не разработана, в связи с чем оценка этих показателей осуществляется в сопоставлении со средними данными по стране, региону, а также в динамике. Ориентиром могут служить следующие показатели заболеваемости населения туберкулёзом:

Показатели, на 100 тыс.нас.	Заболеваемость туберкулёзом
Украина	72,7

10. Для оценки уровня физического развития детей применяются шкалы, основанные на применении метода сигмальной оценки величины признака:

Шкала оценки физического развития мальчиков 10 лет

Сигмальные отклонения, оценка уровня	Рост, см	Масса, кг	Окружн. гр. кл., см
M-3σ и ниже, очень низкий	122 и ниже	21,9 и ниже	59,5 и ниже
M-2σ-3σ, низкий	123-125	22-23,6	59,6-60,7
M-1σ-2σ, ниже среднего	126-131	24,4-28,4	61,3-64,0
M±1σ, средний	132-143	29,2-38,0	64,6-70,6
M+1σ+2σ, выше среднего	144-148	38,8-42,0	71,2-73,4
M+2σ+3σ, высокий	149-153	42,8-46,0	73,9-76,1
M+3σ и выше, очень высокий	154 и выше	45,9 и выше	76,2 и выше

11. Основным методом оценки демографических показателей – это их сравнение с общепринятыми оценочными критериями, сравнение в динамике, по периодам времени, с аналогичными показателями по другим территориям, между отдельными группами населения и др.

В частности, с этой целью используются следующие оценочные шкалы:

Критерии оценки показателей естественного движения населения (по А.М.Меркову)

Оценка уровня	Рождаемость	Смертность	Младенческая смертность
низкий	до 15	до 9	до 30
средний	15-25	9-15	30-50
высокий	более 25	более 15	более 50

Ориентировочная оценка (характеристика) основных демографических показателей населения (по Ю.П. Лисицыну)

Оценка уровня	Рождаемость	Смертность	Младенческая смертность	Средняя продолжительность жизни (лет)
низкий	до 20	8-12	5-15	40-50
средний	20-30	13-16	16-30	50-65
высокий	30-50 и более	17-20 и более	30-60 и более	65-75 и более

12. Шкала оценки показателей перинатальной смертности не разработана, в связи с чем оценка этих показателей осуществляется в сопоставлении со средними данными по стране, региону, а также в динамике. Ориентиром могут служить следующие показатели перинатальной смертности:

Показатели, на 1000 род.	Перинатальная смертность
Украина	8,4

Часть II. Критерии оценки показателей деятельности учреждений здравоохранения.

1. Обеспеченность населения врачебными кадрами ЛПУ (число врачей на 10000 населения).

Украина – 27,3

Запорожская область – 29,9

Норматив – 33,0

2. Укомплектованность штата должна приближаться к 100%

6. Число больничных коек на 1000 населения:

Норматив, всего 12,87

Украина, всего 8,76

Запорожская область, всего 9,0

1. Уровень госпитализации:

Украина, всего – 21,1 %.

10. Выполнение плана периодических осмотров (полнота охвата периодическими осмотрами).

Показатель рассчитывается по контингентам, подлежащим периодическим осмотрам. При хорошо организованной работе этот показатель приближается к 100 %.

11. Полнота охвата диспансерным наблюдением в связи с заболеванием.

Показатель может быть вычислен как в отношении всего диспансерного контингента больных, так и по отдельным нозологическим формам. Он даёт представление о работе врачей по организации и проведению диспансеризации. В хорошо работающих учреждениях показатель составляет 90 % и более, а при отдельных заболеваниях достигает 100 %.

12. Своевременность взятия больных на диспансерный учёт.

Показатель может быть вычислен как в отношении всего диспансерного контингента больных, так и по отдельным нозологическим формам. Показатель характеризует работу по раннему взятию на диспансерный учёт. В хорошо работающих учреждениях показатель составляет 90 % и более, а при отдельных заболеваниях достигает 100 %.

13. Среднегодовая занятость койки.

Показатель может быть вычислен как по стационару в целом, так и по отделениям.

Ориентировочные показатели, установленные Министерством здравоохранения:

Городские больницы (без инфекционных и родильных отделений) –	330-340 дней
Сельские больницы	300-310 дней
Инфекционные больницы	310 дней
Родильные дома и отделения:	
В городах	300-310 дней
В сельской местности	280-290 дней
Украина, - 303 дня.	

14. Степень использования коечного фонда (процент выполнения плана койко-дней).

Показатель должен приближаться к 100 %. Значение показателя, превышающее 100% свидетельствует об использовании приставных коек, план койко-дней на которые не составляется, а фактические койко-дни учитываются.

15. Оборот койки.

Показатель даёт ориентировочное представление о том, какое число больных прошло лечение в течение года на одной койке. Оборота койки в городских больницах может находиться в пределах 17 – 20. Величина его зависит от профиля коек, средней длительности пребывания больного в стационаре, средней занятости койки в году.

16. Средняя длительность пребывания больного в стационаре. Показатель вычисляется как в целом по стационару, так и по отделениям. В настоящее время он составляет в городских стационарах от 17 до 20 дней по различным отделениям.

Норматив:

Терапия	17,2
Хирургия	13,3
Урология	26,6
Педиатрия	16,4
Неврология	20,0
Офтальмология	14,5
Отоларингология	9,2

Кроме того, оценка показателей осуществляется в сопоставлении со средними данными по стране, региону, а также в динамике. Ориентиром могут служить следующие показатели:

Показатели, ‰	Средняя длительность пребывания больного в стационаре (в целом по стационару)
г. Запорожье	13,08
Запорожская область	16,31
Украина	16,8

17. Средняя длительность лечения больного.

Нормативов средней длительности лечения не существует, и при оценке этого показателя по данному стационару его сравнивают со средними сроками лечения при различных заболеваниях, сложившимися в данном районе, городе, области и т.д.

Ориентиром могут служить следующие показатели:

Показатели, дни	Средняя длительность лечения (новообразования)
г. Запорожье	11,69
Запорожская область	15,75

18. Больничная летальность.

Оценка показателей летальности осуществляется путём их сравнения с показателями однопрофильных больниц, отделений, нозологических форм, а также в сопоставлении со средними данными по стране, региону, а также в динамике. Ориентиром могут служить следующие показатели:

Показатели, %	Больничная летальность
г. Запорожье	1,4
Запорожская область	1,21

19. Число занятых врачебных должностей по амбулаторно-поликлиническому обслуживанию на 10000 детей.

Штатные нормативы детей детских поликлиник (приказ МЗУ от 23.02.2000 г.)

Наименование должностей	Число должностей на 10000 детей
Врач-педиатр участковый	12,5
Врач-кардиоревматолог детский	0,3
Врач-гинеколог детского и подросткового возраста	0,1 но не менее 1 должности на административный район
Врач-хирург детский	0,45
Врач-ортопед-травматолог детский	0,5
Врач-уролог детский	0,2
Врач-отоларинголог детский	1,0

Врач-невролог детский	1,0
Врач-офтальмолог детский	1,0
Врач-эндокринолог детский	0,4
Врач-аллерголог детский	0,2
Врач-иммунолог детский	0,3
Врач-инфекционист детский	0,5
Врач-гематолог детский	0,2
Врач-нефролог детский	0,1 но не менее 0,5 должности на административный район
Врач-гастроэнтеролог детский	0,3
Врач-дерматовенеролог детский	0,2
Всего	18,2

20. Средняя численность детского населения, приходящаяся на один педиатрический участок.

Норматив –800.

Рекомендованная численность– 1000

21. Среднее число врачебных посещений, приходящихся на одного ребёнка в год.

Ориентиром могут служить следующие показатели:

Показатели	Среднее число врачебных посещений, приходящихся на одного ребёнка в год
Запорожская область	3,9

22. Уровень госпитализации детей.

Ориентиром могут служить следующие показатели:

Показатели, %	Уровень госпитализации детей
Запорожская область	39,23

23. Частота детей, находящихся на грудном вскармливании:

По данным литературы показатель составляет примерно 80 – 85 %.

Ориентиром могут также служить следующие показатели:

Показатели, %	Частота детей, находящихся на грудном вскармливании
---------------	---

г. Запорожье	32,8
Запорожская область	34,2

24. Частота выявления заболеваний при профилактических осмотрах.

Показатели не являются предметом официальной статистической отчетности.

Анализируются в динамике.

25. Частота отклонений от нормы у детей.

Ориентиром могут также служить следующие показатели:

Показатели, %	Отклонения от нормы у детей, выявленные на профилактических осмотрах				
	Снижение остроты слуха	Снижение остроты зрения	Дефекты речи	Сколиоз	Нарушения осанки
г. Запорожье	3,0	67,9	25,7	32,4	43,8
Запорожская область	2,4	53,5	19,7	24,2	37,6

26. Удельный вес детей, отстающих в физическом развитии.

Показатели не являются предметом официальной статистической отчетности.

Анализируются в динамике.

27. Охват профилактическими прививками детей:

Показатель должен стремиться к 100%.

28. Обеспеченность акушерами-гинекологами (на 10000 населения):

Ориентиром могут также служить следующие показатели:

Показатели, %	Частота детей, находящихся на грудном вскармливании
г. Запорожье	2,45
Запорожская область	2,4
Украина	2,3

29. Своевременность взятия беременных под наблюдение (в %):

Ориентиром могут также служить следующие показатели:

Показатели, %	Раннее поступление беременных под наблюдение
Запорожская область	82,77
Украина	80,91

31. Процент женщин, ни разу не посетивших врача (акушерку) за время беременности:

Данный показатель должен быть минимальным, приближаться к нулю.

32. Среднее число посещений женской консультации беременной:

Исходя из схемы динамического наблюдения за беременной оптимальный показатель равен — 13-15.

33. Среднее число посещений женской консультации женщинами после родов:

Исходя из схемы динамического наблюдения за беременной оптимальный показатель равен — 2

34. Частота беременностей, закончившихся родами: (в %)

Ориентиром могут служить следующие показатели:

Показатели, %	Частота беременностей, закончившихся родами
г. Запорожье	93,73
Запорожская область	94,71
Украина	94,5

35. Частота беременностей, закончившихся абортами: (в %)

Ориентиром могут служить следующие показатели:

Показатели, %	Частота беременностей, закончившихся родами
г. Запорожье	6,27
Запорожская область	5,29
Украина	5,50

36. Процент своевременных родов

Ориентиром могут служить следующие показатели:

Показатели, %	Частота беременностей, закончившихся родами
Запорожская область	90,83
Украина	90,60

37. Частота нормальных родов:

Ориентиром могут служить следующие показатели:

Показатели, %	Частота нормальных родов
Запорожская область	34,52
Украина	31,57

38. Частота недоношенности:

Ориентиром могут служить следующие показатели:

Показатели, %	Частота недоношенности
Запорожская область	3,34
Украина	3,20

39. Перинатальная смертность (в ‰):

Ориентиром могут служить следующие показатели:

Показатели, ‰	Перинатальная смертность
г. Запорожье	12,69
Запорожская область	11,29
Украина	11,30

40. Мертворождаемость (в ‰):

Ориентиром могут служить следующие показатели:

Показатели, ‰	Мертворождаемость
г. Запорожье	6,12
Запорожская область	6,29
Украина	6,20

41. Ранняя неонатальная смертность

Ориентиром могут служить следующие показатели:

Показатели, %	Ранняя неонатальная смертность
---------------	--------------------------------

г. Запорожье	6,53
Запорожская область	5,01
Украина	5,1

42. Заболеваемость новорожденных (в ‰):

Ориентиром могут служить следующие показатели:

Показатели, ‰	Перинатальная смертность
г. Запорожье	248,3
Запорожская область	302,7
Украина	260,3

Приложение 3

ИНСТРУКЦИИ О ПОРЯДКЕ ВЫДАЧИ И ЗАПОЛНЕНИЯ ОСНОВНЫХ ПЕРВИЧНЫХ УЧЁТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ

1. Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов (форма № 025-2/о)

“Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов” (форма № 025-2/о) заполняется в городских и сельских поликлиниках (амбулаториях) для взрослых и детей и женских консультациях.

Примечание. В специализированных учреждениях (психоневрологических, онкологических, противотуберкулезных диспансерах) статистический талон не заполняется, а учет заболеваемости в данных учреждениях проводится по извещениям (формы № 089/о № 090/о) и на основании “Контрольных карт диспансерного учета” (формы № 030-1/о № 030-4/о № 030-6/о). В кожно-венерологических учреждениях форма № 025-2/о ведется только на больных с кожными заболеваниями.

В женских консультациях статистические талоны заполняются на все гинекологические заболевания и осложнения беременности, родов и послеродового периода.

Стоматологические учреждения, отделения, кабинеты заполняют статистические талоны на заболевание слизистой оболочки полости рта и губ.

Не заполняется статистический талон в консультативных поликлиниках, диагностических центрах, так как учет заболеваемости ведется по месту жительства больного.

Статистический талон заполняется на основании записей в “Листке заключительных (уточненных) диагнозов” “Медицинской карты амбулаторного больного” (форма № 025 /о). Исключение составляют острые респираторные вирусные инфекции и грипп, на которые обязательно заполняется форма № 025-2/о. Кроме того, форма № 025-2/о заполняется на основании листка “Сигнальные отметки” “Медицинской карты амбулаторного больного” (форма № 025/о) при наличии у больного заболеваний и состояний, обусловленных побочной реакцией (действием) лекарственных препаратов. Отмеченные негативные реакции на лекарственные средства необходимо вписывать как основное, сопутствующее или осложнения основного заболевания и такие статистические талоны подлежат двойной кодировке и цветной маркировке последних. Негативные (побочные действия) некоторых лекарственных средств предусмотрены в отдельных классах болезней (рубрики: A00-R95, T80.5.6, T88.2, T88.6 и тому подобное). Кроме того, побочное действие лекарственных средств кодируется дополнительными рубриками Y40-Y59.

В зависимости от системы организации работы в поликлинике – талон заполняется по окончании приема врачами или медицинскими сестрами по указанию врача или централизованно, когда статистические

талоны заполняются статистиком на основании записи в “Медицинской карте амбулаторного больного”.

На все острые заболевания (грипп, пневмония, ОРВИ, ангина и тому подобное) и на впервые зарегистрированные хронические заболевания в данном отчетном году статистические талоны обозначаются только знаком плюс (+); если у больного диагностировано одновременно несколько заболеваний, то на каждое из заболеваний статистический талон заполняется отдельно.

На хронические заболевания, зарегистрированные в предыдущие годы, статистический талон заполняется при первом обращении больного в данном отчетном году со знаком минус (-) один раз в году.

Пункт 10, подпункт 2 “Статистического талона” – “Обнаружено при профосмотре” заполняется лишь в том случае, если заболевание при профосмотре обнаружено впервые в жизни.

Статистические талоны на больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения, сохраняются по врачебным участкам: терапевтическим, педиатрическим. Внутри участка статистический талон хранятся по классам болезней и отдельным нозологиям (при ручной обработке).

На основании статистических талонов ежеквартально заполняется “Сводная ведомость учета заболеваний, зарегистрированных в данном лечебном заведении для взрослого и детского населения” (формы № 071/о № 071-1/о) и “Сводная ведомость впервые зарегистрированных травм и отравлений” (форма № 071-2/о).

Срок хранения – 1 год после отчетного периода.

2. Талон амбулаторного пациента (форма № 025-6/о)

“Талон амбулаторного пациента” (форма № 025-6/о) заполняют в городских и сельских поликлиниках (амбулаториях) для взрослых и детей, в женских консультациях. Форма № 025-6/о используется только при

автоматизированной обработке и содержит в себе информацию: о числе посещений (в поликлинике, на дому, всего); цель каждого случая обслуживания, число зарегистрированных заболеваний, в том числе травм (п. 12, 13), данные об оперативных вмешательствах (п. 14), диспансеризации (п. 15), инвалидности (п. 16); данные о временной нетрудоспособности (п. 17).

Талон заполняют лечащие врачи на каждый случай поликлинического обслуживания.

Паспортную часть талона может заполнять медицинская сестра или регистратор. Случаем поликлинического обслуживания является совокупность посещений на каждое обращение пациента.

Талон предназначен и для регистрации всех случаев заболеваемости, кроме острых инфекционных заболеваний, которые учитываются на основании экстренных извещений (по форме № 058/о) специализированных учреждений: психоневрологических, противотуберкулезных, онкологических, где ведутся соответствующие "Контрольные карты диспансерного наблюдения" (формы № 030-1/о № 030-4/о № 030-6/о) и извещения (формы № 089/о № 090/о). Исключение составляют острые респираторные вирусные инфекции и грипп, на которые обязательно заполняется талон амбулаторного пациента. Талон амбулаторного пациента (форма № 025-6/о) заполняется в выше указанных амбулаторно-поликлинических учреждениях вместо статистического талона заключительных (уточненных) диагнозов (форма № 025-2/о).

Пункты 1 и 20. Проставляются коды врачей. Кодовый номер врача рекомендуется формировать из четырех знаков, где первые два - код его специальности; два последних – порядковый номер врача по табельному списку учреждения.

В пункте 1 вписывается код врача, который начал лечение, в пункте 20 - код врача, который закончил лечение. Так, больной может сделать первое посещение к дежурному врачу, а затем по поводу данного случая -

к своему участковому врачу-терапевту. Это правило распространяется только на врачей одной и той же специальности и не касается врачей узких специальностей. Например, больного с гипертонической болезнью в период обращения может лечить врач-терапевт, а консультировать - окулист, невропатолог. В данном случае каждый из специалистов должен заполнять отдельный талон.

Пункт 2 - код лица - должен быть шестизначным. При этом первые два знака – номер участка; другие четыре - номер лица.

Пункт 3. Вписывается фамилия и инициалы пациента (в каждую клеточку вписывается по одной букве).

В пункт 4 отмечается пол пациента и вносится в квадрат 1 - мужской пол или 2 – женский пол.

Пункт 5 - вписывается число, месяц и год рождения. Данные заполняются из "Медицинской карты амбулаторного больного" или уточняются у пациента.

В первые две графы вписывается дата рождения; в другие две - порядковый номер месяца рождения; в два последних - две последних цифры года.

В пункте 6 необходимо вписать адрес постоянного места проживания пациента; в пункте 7 - отмечается, работает или нет, и в пункте 8 - необходимо отметить, к какому типу из отмеченного контингента (инвалидов войны, участников боевых действий и тому подобное) относится пациент; в пункте 9 в клеточке заполняется цель обслуживания (лечебно-диагностическая - 1; консультативная – 2; диспансерное наблюдение - 3 и тому подобное).

В пункте 10 заполняется случай обслуживания - первичный или повторный.

Первичным случаем поликлинического обслуживания считается первый в данном календарном году случай обслуживания с данной целью.

При этом необходимо помнить, что случай обслуживания, связанный с острыми заболеваниями всегда учитывается как первичный.

У лиц, которые обратились по поводу хронических заболеваний, могут быть как первичные, так и повторные случаи обслуживания (заболевание записывается одно, а случаев обслуживания может быть несколько).

При определении первичности или повторности случая обслуживания необходимо принимать во внимание цель посещения пациентом поликлиники.

В пункте 11 записываются даты посещений в поликлинике и на дому и общее их число. В пункте 12 записывается диагноз основного заболевания и сопутствующих заболеваний. Для каждого диагноза в первые четыре - пять графоклеток записывается код заболевания согласно МКБ-10. Шестым знаком указывается характер каждого заболевания: острое заболевание - 1; впервые в жизни зарегистрировано хроническое - 2; известное раньше хроническое - 3; обострения хронического - 8.

При записывании диагнозов необходимо придерживаться таких правил:

- основным диагнозом считается диагноз, который стал причиной данного обращения пациента;
- основной диагноз вписывается при последнем посещении пациента по данному обращению;
- если диагноз при профилактическом осмотре не установлен - необходимо вписать "здоров" (0000);
- в сопутствующие заболевания не следует вносить симптомы или синдромы;
- если при обращении за лечением острое заболевание комбинируется с хроническим, то основным заболеванием, которое было причиной обращения, необходимо считать острое заболевание.

В пункте 13 отдельно выделено количество травм по их видам: связанные с производством в промышленности - 1; в сельском хозяйстве - 2; дорожно-транспортные - 3 и тому подобное.

В пункте 14 указывается оперативная помощь больным на амбулаторном приеме.

Пункт 15, строка I (находится на диспансерном учете) заполняется только в случае, когда больного вызывают под диспансерное наблюдение по поводу того или иного заболевания. При этом следует помнить, что больной может находиться под наблюдением у нескольких специалистов. Врач, который заполняет талон, должен вносить сведения относительно своей специальности.

Пункт 16 - инвалидность. Заполняется на лиц, у которых установлена группа инвалидности или группа инвалидности подтверждена.

В пункте 17 отмечается дата выдачи и закрытия документа о временной нетрудоспособности (больничный листок, справка). Необходимо записать две последних цифры года, порядковый номер месяца и дату выдачи (закрытия документа).

Пункт 18 отображает результат лечения (выздоровление - 1; улучшение - 2; без изменений - 3; госпитализация в стационар - 4 и тому подобное).

Пункт 19 - случай обслуживания (законченный, незаконченный) заполняется обязательно.

Законченным считается такой случай, когда пациент обследован, ему назначено и проведено необходимое лечение; больной выздоровел или состояние больного настолько улучшилось, что он не нуждается в обращении к врачу, то есть цель обращения завершена.

Талоны с отметкой в пункте 19 о законченности случая подписываются врачом и передаются в кабинет медицинской статистики для их обработки. Другие талоны сохраняются в кабинете врача на протяжении 21 дня, а при

ряде онкологических, сердечно-сосудистых заболеваний и травм даже более длительный период.

За данный период необходимо сделать все, чтобы случай обслуживания был законченным: повторно вызвать больного, организовать консультацию, госпитализацию и тому подобное.

Примечание. В пункте 12 необходимо вписывать также заболевания и состояния, обусловленные побочной реакцией (действием) лекарственного препарата, которые могут быть основным, сопутствующим диагнозом или осложнением. Такие талоны следует отмечать цветной маркировкой и применять при их обработке методику двойной кодировки (рубрики: АОО- R95, T80.5.6, T88.2, T88.6). Кроме того, косвенное действие лекарственных средств, медикаментов при их терапевтическом применении кодируется дополнительными рубриками У40-У59.

Срок хранения - 1 год после отчетного периода.

Талон амбулаторного пациента (сокращенный вариант) (форма № 025-7/0)

"Талон амбулаторного пациента" (форма № 025-7/0) - сокращенный вариант для ручной обработки предназначен для регистрации заболеваний и числа посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

В талоне содержится информация о пациенте, враче, цели обслуживания пациента, случае поликлинического обслуживания; диагноз заболевания (основной, сопутствующий) и временной нетрудоспособности.

Талон амбулаторного пациента заполняется в поликлиниках (амбулаториях) городских и сельских, для взрослых и детей; в женских консультациях в случае, когда в отмеченных лечебных учреждениях не ведется "Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов (форма № 025-2/0). Не заполняется форма № 025-7/0

на острые инфекционные заболевания, учет которых проводится по извещениям (формы № 058/о № 089/о № 089-1/о), кроме гриппа и острых респираторных вирусных инфекций и в специализированных учреждениях: психоневрологических, противотуберкулезных, онкологических, где ведутся соответствующие "Контрольные карты диспансерного наблюдения" (формы № 030-1/о № 030-4/о № 030-6/о) и извещения (формы № 089/о № 090/о).

Талоны заполняют лечащие врачи, которые ведут амбулаторный прием пациентов, на каждый случай поликлинического обслуживания, сохраняются в кабинете врача до тех пор, пока случай поликлинического обслуживания не будет законченным. Случай поликлинического обслуживания представляет собой совокупность посещений на каждое обращение пациента. Паспортную часть талона может заполнять регистратор или медицинская сестра.

Пункты 1 и 14. Проставляются коды врачей. Кодовый номер врача рекомендуется формировать из 4-ох знаков: где первые два - код его специальности; два последних - порядковый номер врача по табельному списку учреждения. В пункте 1 вписывается код врача, который начал лечение, а в пункте 14 - код врача, который закончил лечение.

Например, больной может сделать первое посещение к дежурному врачу, а следующее – к своему участковому врачу. Это правило распространяется лишь на врачей одной и той же специальности и не относится к врачам узких специальностей. Например, больного с гипертонической болезнью при обращении может лечить врач-терапевт, а консультировать - невропатолог, окулист. В данном случае каждый из специалистов должен заполнять талон.

Пункт 2 - код лица - шестизначный: первые два знака - номер участка; другие четыре – номер лица.

Пункт 3 - вписывается фамилия и инициалы пациента (в каждую клеточку по одной букве).

Пункт 4 - отмечается пол пациента.

В пункте 5 - вписывается число, месяц и год рождения. В первые графы вносят две последних цифры года; в другие две - порядковый номер месяца рождения; в два последних - дату его рождения.

В пункте 6 необходимо вносить адрес постоянного места проживания пациента.

В пункте 7 отмечают: работает пациент или нет.

В пункте 8 - следует отметить цель обслуживания: лечебно-диагностическая - 1; консультативная - 2; диспансерный наблюдение - 3; профосмотр - 4; медико-социальная - 5, другая - 6.

В пункте 9 указывается случай обслуживания: первичный или повторный. Первичным случаем поликлинического обслуживания считается первый в данном календарном году случай обслуживания с данной целью.

При этом следует помнить, что случаи обслуживания, которые связаны с острыми заболеваниями, всегда будут первичными.

В пункт 10 вписывается дата посещений в поликлинике и на дому и общее их количество.

В пункте 11 необходимо вписать уточненный диагноз основного заболевания, по поводу которого больной обратился за медицинской помощью, и сопутствующие заболевания. Для каждого диагноза в первые четыре графоклетки вносится код основного заболевания согласно МКБ-10, а в пятую – характер заболевания (острое - 1, впервые зарегистрировано хроническое - 2, обострение хронического - 8).

В пункте 12 отмечается дата выдачи и закрытия документа о временной нетрудоспособности (больничный листок, справка).

Пункт 13 заполняется обязательно. Законченным считается случай поликлинического обслуживания, когда цель обращения достигнута.

При использовании сокращенного варианта "Талона амбулаторного пациента" не заполняются:

- "Статистический талон для регистрации заключительного (уточненного) диагноза" (форма № 025-2/о);

- "Талон на прием к врачу" (форма № 025-4/о).

Талоны с отметкой в пункте 13 о законченном случае поликлинического обслуживания подписываются врачом и передаются в кабинет медицинской статистики для их обработки.

Примечание. В пункте 11 необходимо вписывать также заболевания и состояния, обусловленные побочной реакцией (действием) лекарственного препарата, которые могут быть обозначены как основной, сопутствующий диагноз или осложнение. Такие талоны следует отмечать цветной маркировкой и применять при их разработке методику двойной кодировки (рубрики: АОО-R95, Т80.5.6, Т88.2, Т88.6). Кроме того, побочное действие лекарственных средств, медикаментов при их терапевтическом применении кодируется дополнительными рубриками У40-У59.

Срок хранения - 1 год после отчетного периода.

3. Статистическая карта больного, выбывшего из стационара (форма № 066/о)

"Статистическая карта больного, выбывшего из стационара" (форма № 066/о) оставляется на основании "Медицинской карты стационарного больного" (форма № 003/о) и является статистическим документом, который содержит сведения о больном, выбывшем из стационара (выписанном или умершем).

В карте обязательно заполняется каждый пункт. Исключением является пункт 18, который заполняется на умерших и пункт 21 относительно инвалидов, участников войны и потерпевших в результате аварии на ЧАЭС.

Паспортная часть статистической карты больного, выбывшего из стационара (пункты 1-13, пункт 21) заполняется медицинской сестрой приемного отделения одновременно с заполнением "Медицинской карты стационарного больного" (форма № 003/о), после чего форма № 066/о вкладывается в медицинскую карту и сохраняется в отделении до выписки или смерти больного.

Карта заполняется одновременно с записью эпикриза в медицинской карте стационарного больного лечащим врачом на всех больных, выбывших из стационара (выписанных или умерших), в том числе и на родильниц, которые выписаны после нормальных родов. Форма № 066/о заполняется также на новорожденных, выбывших из стационара, родившихся больными или заболевшими в стационаре.

В карте отображаются основные сведения о длительности лечения больного в стационаре, диагноз основного и сопутствующих заболеваний, срок, характер и эффективность хирургической помощи, результаты лечения и тому подобное.

При переводе больного из одного отделения в другое этой же больницы - карта больного, выбывшего из стационара, заполняется в отделении, из которого больной выбыл.

На картах больных, которые были госпитализированы по поводу травм и отравлений, должна быть сделана отметка относительно вида травмы: производственная, бытовая, дорожно-транспортная, школьная, спортивная и тому подобное.

"Статистическая карта больного, который выбыл из стационара" должна быть подписана лечащим врачом (фамилия полностью, разборчиво).

На основании "Статистической карты больного, выбывшего из стационара" заполняются соответствующие разделы отчетной формы № 20 "Отчет лечебно-профилактического учреждения".

В тех случаях, когда в карте отмечено несколько диагнозов заболеваний - в отчете данные относительно больного будут отмечены по одному из заболеваний, которое послужило основной причиной госпитализации.

Форма № 066/о не заполняется на больных, которые переведены в другие стационары.

Примечания.

1. В строке 1 "Дата госпитализации" кроме числа, месяца, года необходимо отметить часы и минуты поступления больного в стационар.

2. При наличии у больного побочного действия лекарственного средства лечащий врач отмечает в пункте 17 проявление побочного действия как "основное", "сопутствующее" или "осложнение основного заболевания" и подчеркивает красным цветом (чернилами или пастой).

При разработке таких форм статистик, в виде исключения, должен проводить их двойную кодировку с целью получения информации относительно побочного действия лекарств.

Срок хранения - 5 лет.

4. Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (форма № 058/о)

"Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку" (форма № 058/о) заполняется на каждый случай заболевания или подозрения на инфекционное заболевание, кроме инфекций, которые передаются преимущественно, половым путем; на пищевое, острое профессиональное отравление, необычную реакцию на прививку, на случаи укусов, царапин, ослюнения домашними и дикими животными, которых следует рассматривать как подозрительных на заболевание бешенством.

1. Экстренное извещение заполняется врачом или средним медицинским работником, который обнаружил или заподозрил заболевание в:

1.1 амбулаторно-поликлинических учреждениях Министерства здравоохранения Украины других министерств и центральных органов исполнительной власти всех ведомств, независимо от условий, при которых

было обнаружено заболевание (при обращении в поликлинику, посещении больного на дому, профилактическом осмотре и тому подобное);

1.2 стационарах Министерства здравоохранения Украины, других министерств и центральных органов исполнительной власти всех ведомств при условии, когда диагноз инфекционного заболевания был установлен в стационаре: больной поступил без направления поликлинического учреждения; диагноз инфекционного заболевания установлен вместо другого заболевания; случай внутрибольничной инфекции; заболевание обнаружено при вскрытии;

1.3 медицинских учреждениях с разной формой собственности или врачами, занимающимися индивидуальной трудовой деятельностью по специальности;

1.4. учреждениях судебно-медицинской экспертизы;

1.5 детских дошкольных учреждениях, школах, лицеях и тому подобное;

1.6 санаторно-курортных учреждениях и учреждениях системы социального обеспечения;

1.7 учреждениях доврачебного обслуживания (ФАПах, фельдшерских здравпунктах).

2. Медицинские работники учреждений доврачебного обслуживания экстренное извещение составляют в двух экземплярах: первый направляется в территориальную санэпидстанцию, второй - в лечебно-профилактическое учреждение (участковую, районную, городскую больницу, амбулатории, поликлиники и тому подобное).

3. Медицинский персонал, обслуживающий детские учреждения, направляет экстренное извещение в территориальную санэпидстанцию только при условии, когда заболевание (подозрение) впервые обнаружено персоналом этих учреждений во время осмотра детей или при других обстоятельствах.

Сведения об инфекционных заболеваниях, обнаруженных медицинским персоналом лечебно-профилактических учреждений (больницы, поликлиники), у детей, посещающих детские учреждения сообщаются (по телефону и с отправлением экстренного извещения) в санэпидстанции персоналом этих учреждений.

4. Медицинские работники, которые обслуживают детские оздоровительные учреждения, отбывающие в загородную зону на летний период, направляют экстренное извещение в санэпидстанцию, которая осуществляет текущий санитарный надзор, а также в территориальную санэпидстанцию по месту временной дислокации летнего оздоровительного учреждения.

5. Врачи, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью по специальности, направляют экстренное извещение в территориальную санэпидстанцию района по месту размещения.

Обеспечение бланками экстренных извещений врачей, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью по специальности, проводится местными органами здравоохранения.

6. Медицинские работники станции скорой помощи, которые обнаружили или заподозрили инфекционное заболевание, сообщают об этом в поликлинику (амбулаторию) в районе обслуживания врачом больного по месту жительства. Экстренное извещение в этих случаях составляется стационаром, в который был госпитализирован больной или поликлиникой, врач которой посещал больного на дому.

7. Медицинские работники лечебно-профилактических учреждений, которые обслуживают работников водного, железнодорожного и воздушного транспорта, заполняют два экземпляра экстренного извещения: один из них посылается в территориальную санэпидстанцию, другой – в санэпидстанцию (больницы) по подчиненности.

8. Лечебно-профилактические учреждения специально уполномоченных органов по вопросам обороны, внутренних дел, охраны

государственной границы, Службы безопасности Украины и других центральных органов исполнительной власти заполняют два экземпляра экстренного извещения на все категории личного состава (солдат, офицеров, прапорщиков, военнослужащих по контракту), работников, служащих и членов их семей, один из которых посылают в территориальные санэпидстанции Министерства здравоохранения по месту жительства или службы больного лица, а второй - к ведомственному санитарно-эпидемиологическому заведению или в вышестоящее ведомственное учреждение в порядке, установленном другими министерствами, ведомствами и организациями.

9. Лечебно-профилактическое учреждение, в котором было уточнен или изменен диагноз, обязано составить новое экстренное извещение и в течение 12 часов направить его в санэпидстанцию по месту выявления заболевания, с указанием измененного (уточненного) диагноза, даты его установления, первичного диагноза и результатов лабораторных исследований.

Срок хранения - 1 год после отчетного периода.

5. Инструкция о порядке заполнения и выдачи врачебного свидетельства о смерти (форма № 106/о)

Инструкция обязательна для всех врачей лечебно-профилактических учреждений независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности, бюро судебно-медицинской экспертизы, патолого-анатомических бюро.

1. Общие положения.

1.1. Для обеспечения регистрации смерти в органах регистрации актов гражданского состояния учреждением здравоохранения выдаётся врачебное свидетельство о смерти (форма № 106/о)

1.2. Врачебное свидетельство о смерти выдаётся следующими учреждениями здравоохранения: больницами, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, диспансерами, родильными домами, санаториями, патолого-анатомическими бюро, бюро судебно-медицинской экспертизы.

1.3. В городах, поселках городского типа, населенных пунктах сельской местности, в учреждениях здравоохранения, в которых работают не меньше двух врачей, выдаются только врачебные свидетельства о смерти. В сельских населенных пунктах в учреждениях здравоохранения, где работает только один врач, в случаях его отсутствия (болезнь, отпуск и такое прочее), фельдшером выдаётся фельдшерская справка о смерти (форма № 106-I/о).

В случаях смерти детей в возрасте 0-6 суток учреждениями здравоохранения выдаются врачебные свидетельства о перинатальной смерти (форма № 106-2/о), врачебное свидетельство о смерти в этих случаях не выдаётся.

2. Порядок выдачи врачебного свидетельства о смерти.

2.1. Первый экземпляр врачебного свидетельства о смерти выдается родственникам умершего или другим лицам, которые обязались похоронить умершего, второй экземпляр врачебного свидетельства о смерти остаётся в учреждении здравоохранения. Выдача трупа без врачебного свидетельства о смерти запрещается. В случаях захоронения умершего учреждениями здравоохранения - последние обязательно заполняют врачебное свидетельство о смерти и отдают его в органы регистрации актов гражданского состояния - не позже трех суток со дня смерти.

В случаях утери врачебного свидетельства о смерти выдается новое свидетельство с пометкой "дубликат" на основании письменного заявления лица, которое получило оригинал, или другого лица, которое обязалось похоронить умершего. Дубликат заполняется в двух экземплярах, номера которых должны быть идентичными. Первый экземпляр дубликата выдаётся родственникам умершего или лицу, которое обязалось похоронить умершего,

второй экземпляр вместе с заявлением о его получении остаётся в учреждении здравоохранения.

2.2. Врачебное свидетельство о смерти выдаётся врачом медицинского учреждения, лечившего умершего, на основании наблюдений за больным и записей в медицинской документации, отображавших состояние больного до его смерти или патологоанатомом на основании изучения медицинской документации и результата вскрытия.

2.3. В случае, если смерть наступила вследствие действия внешних факторов (травмы, асфиксии, действия крайних температур, электрического тока, отравлений и т.д.) после искусственного аборта, проведенного вне медицинского учреждения, при внезапной смерти детей первого года жизни и других лиц, которые не находились под медицинским наблюдением, а также в тех случаях, когда есть подозрения на насильственную смерть, врачебное свидетельство о смерти кажется судебно-медицинским экспертом после вскрытия.

2.4. Запрещается выдача врачебного свидетельства о смерти заочно, без личного установления врачом факта смерти. В исключительных случаях свидетельство о смерти может быть выдано врачом, который установил смерть только на основании осмотра трупа (при отсутствии признаков или подозрения на насильственную смерть) и данных медицинской документации о наличии у умершего при жизни болезней, которые в своём течении могли привести к наступлению смерти.

Патологоанатом, как правило, выдаёт врачебное свидетельство о смерти на основании вскрытия трупа.

Патолого-анатомическое исследование может не назначаться в случаях, предусмотренных статьёй 6 Закона Украины «О погребении и похоронном деле». В этих случаях врачебное свидетельство о смерти выдаётся врачом, под наблюдением которого находился умерший.

2.5. Главный врач (руководитель) учреждения здравоохранения должен обеспечить контроль достоверности заполнения врачебных свидетельств о

смерти, своевременности их выдачи родственникам умершего или лицам, имеющим право на его получение, передачу его в органы регистрации актов гражданского состояния в случаях погребения умершего учреждением здравоохранения.

2.6. Врачебное свидетельство о смерти выдается обязательно с пометкой "окончательное", "предварительное", "вместо предварительного".

Врачебное свидетельство о смерти с пометкой "предварительное" выдается в тех случаях, когда для установления или уточнения причины смерти нужно провести дополнительные исследования. После уточнения причины смерти заполняется новое врачебное свидетельство с пометкой "вместо предварительного", также в двух экземплярах, номера которых должны быть идентичными, первый экземпляр которого пересылается учреждением здравоохранения непосредственно в соответствующие местные органы статистики на протяжении 27 дней с момента заполнения "предварительного" врачебного свидетельства. Второй экземпляр остаётся в учреждении здравоохранения.

Если было выдано врачебное свидетельство о смерти с пометкой "окончательное", но потом оказалась ошибка в записи диагноза, необходимо заполнить новое врачебное свидетельство с подписью, сделанной от руки "взамен окончательного врачебного свидетельства о смерти № - ", первый экземпляр которого пересылается учреждением здравоохранения непосредственно в соответствующие местные органы статистики на протяжении 27 дней с момента заполнения "окончательного" врачебного свидетельства. Второй экземпляр остаётся в учреждении здравоохранения.

На основании письменного заявления разрешается выдача второго экземпляра врачебного свидетельства о смерти, которое было заполнено с пометкой "вместо предварительного", родственникам умершего в случае обращения их в учреждения здравоохранения в течение одного года после его смерти, если были дополнительные исследования для уточнения причины

смерти. В прочих случаях повторно врачебное свидетельство о смерти родственникам не выдаётся.

2.7. Неверно заполненные экземпляры врачебных свидетельств о смерти зачеркиваются, делается запись "аннулировано" и остаются в учреждении здравоохранения.

2.8. Врач, отвечающий за качество заполнения врачебных свидетельств о смерти, в случае выявления дефектов в заполнении обязан:

а) уточнить расхождения с врачом, который выдал врачебное свидетельство о смерти по первичной медицинской документации и обеспечить заполнение правильного врачебного свидетельства о смерти. В этом случае выдаётся врачебное свидетельство о смерти (вместо окончательного №___), первый экземпляр которого направляется в соответствующие органы статистики, второй экземпляр остаётся в учреждении здравоохранения;

б) обеспечить рассмотрение неправильно заполненных врачебных свидетельств о смерти на врачебных конференциях, совещаниях.

Врач, отвечающий за проверку, не имеет права самостоятельно вносить изменения и дополнения во врачебные свидетельства о смерти.

3. Порядок заполнения врачебного свидетельства о смерти.

3.1. Бланки обоих экземпляров врачебных свидетельств о смерти брошюруются и в виде книги хранятся у главного врача (руководителя) учреждения здравоохранения, его заместителя или у заведующего районного, межрайонного и городского отдела или отделения патолого-анатомического бюро и бюро судебно-медицинской экспертизы.

3.2. Врачебное свидетельство о смерти заполняется в 2 экземплярах формата А4 с обеих сторон.

3.3. При заполнении бланка подчинённость медицинского учреждения указывается в соответствии с ведомственной подчинённостью.

3.4. В верхнем углу штампа обязательно проставляется идентификационный код ЄДРПОУ учреждения здравоохранения.

3.5. Врачебные свидетельства о смерти нумеруются путём обозначения порядкового номера свидетельства. Номера на обоих экземплярах свидетельства должны быть идентичными.

3.6. Заполнение врачебного свидетельства о смерти проводится путём подчёркивания, вписания необходимых сведений и заполнения ячеек соответствующими обозначениями.

3.7. В пункте 7 врачебного свидетельства о смерти указывается место постоянного проживания умершего в соответствии с паспортными данными или справки о регистрации места жительства или места пребывания. В случае её отсутствия следует указать: «неизвестно». Нельзя указывать место временного проживания умершего или местонахождения медицинского учреждения.

3.8. Врачебное свидетельство о смерти заполняется шариковой ручкой, разборчивым почерком. Запись в обоих экземплярах должна быть в полностью идентичной.

3.9. Заполнению подлежат все пункты врачебного свидетельства о смерти. При отсутствии тех или других сведений нужно записать "нет данных", "не установлено".

3.10. Пункт 9 врачебного свидетельства о смерти заполняется таким образом:

- если основная причина смерти кодируется в пределах I – XVII классов по Международной статистической классификации болезней и связанных проблем здравоохранения десятого пересмотра (далее – МКБ-10) выбирается – 1 (заболевание);

- если основная причина смерти кодируется в пределах XVII класса по МКБ-10, выбирается – 2 (неуточнённые причины смерти);

- если основная причина смерти кодируется в пределах классов V01-X59 по МКБ-10, выбирается – 3, 4 (несчастный случай не связанный с производством, несчастный случай в связи с производством);

- если основная причина смерти кодируется в пределах классов X60-X84 по МКБ-10, выбирается – 5 (умышленное самоповреждение);

- если основная причина смерти кодируется в пределах классов X85 – Y09 по МКБ-10, выбирается – 6 (последствия нападения);

- если основная причина смерти кодируется в пределах классов Y10 – Y34 по МКБ-10, выбирается – 7 (случаи повреждения с неустановленным намерением).

- если основная причина смерти кодируется в пределах классов Y35 – Y36 по МКБ-10, выбирается – 8 (повреждение вследствие действий, предусмотренных законом, и военных операций);

- если основная причина смерти кодируется в пределах классов Y40 – Y84 по МКБ-10, выбирается – 9 (осложнения вследствие терапевтической и хирургической помощи);

- если основная причина смерти кодируется в пределах классов Y85 – Y89 по МКБ-10, выбирается – 10 (отдалённые последствия внешних причин заболеваемости и смертности).

3.11. В пункте 11 врач указывает свою фамилию, имя, отчество, должность и обозначает основание, которое даёт возможность определить последовательность патологических процессов, которые привели к смерти, и указывает причину смерти.

Основной (первичной) причиной смерти нужно считать заболевание или травму, которые привели к развитию болезненных процессов, приведших к смерти, или последствия несчастного случая или насилия, которые стали причиной смерти.

В части I пункта 11 в строке "а" записывается болезнь или состояние, которые непосредственно привели к смерти, в строках "б", "в", «г» указываются патологические состояния (если таковые имели место), которые

обусловили непосредственную причину смерти (упомянутую выше); основная причина смерти указывается в последнюю очередь. Под непосредственной причиной смерти следует понимать болезнь или состояние, которые непосредственно вызвали смерть.

В некоторых случаях основное заболевание и непосредственная причина смерти могут совпадать.

В каждой строке должно быть записано только одно заболевание или патологическое состояние.

Указание примерного интервала (минуты, часы, недели, месяцы или годы) между началом заболевания и смертью помогает врачу правильно выбрать код причины смерти.

В части II свидетельства записываются другие существенные состояния или болезни, которые способствовали наступлению смерти, но не были связаны с заболеванием или состоянием, которые непосредственно привели к смерти. В этом пункте следует указать дату операции, инфаркта миокарда, инсульта, срок беременности, если таковые имели место.

3.12. При записи заболевания нельзя допускать неточностей, ограничиваться общими выражениями или указанием симптомов вместо определённого диагноза, а также использовать аббревиатуру, сокращения и т.д. Следует указать форму, стадию, локализацию заболевания.

3.13. При заполнении пункта 11 врачебного свидетельства о смерти на умершую беременную, роженицу или родильницу рекомендуется делать запись в таком порядке:

- в случаях смерти в результате акушерских осложнений беременности, родов или послеродового периода, а также в результате вмешательств, неверного ведения родов и т.д. сведения о причине смерти записываются в первой части в строках "а", "б", "в", «г». Запись должна четко указывать на связь с беременностью, родами или послеродовым периодом;

- в случае смерти беременной, роженицы или родильницы в результате болезни, которая существовала у нее раньше или возникла в период

беременности, не связанной с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим влиянием беременности или несчастного случая, сведения о причине смерти записываются в первой части строках "а", "б", "в", «г», но при этом во второй части обязательно делается запись о беременности и ее сроке;

- во всех случаях смерти женщин в послеродовом периоде в пределах 42 дней после родов в части II пункта 11 делается запись: "__неделя беременности" "__день послеродового периода", а если смерть женщины наступила в результате причины, связанной с родами, после 42-го дня до одного года, то делается запись: "__неделя после родов".

3.14. В случаях смерти от травм в пункте 11 коды внешних причин (V01-Y89) следует применить как основные коды для кодирования.

Рекомендуется использовать коды из класса XIX (S00-T98) как дополнительные с целью идентификации характера травмы. Во врачебном свидетельстве о смерти проставляются оба кода.

Если в свидетельстве упоминается более, чем одна разновидность травмы для одного и того же участка тела в пределах кодовых диапазонов S00- S99, T08-T35, T-66-T79 и при этом не указано чётко, какая именно травма стала причиной смерти, то следует использовать общий принцип.

Пример 1:

I. а) Геморрагический шок

б) Острая кровопотеря

в) Разрыв печёнки (S36.1)

г) Наезд автобуса на пешехода на шоссе (V04.1)

II. -----

Основная причина смерти должна быть зашифрована - наезд автобуса на пешехода на шоссе (V04.1).

Пример 2:

I. а) Перитонит

б) Разрыв желудка и поперечной ободочной кишки (S36.3)

в) Травмированный пешеход (V09.3)

г) -----

II. -----

Основная причина смерти – травмированный пешеход (V09.3).

В пункте 12 нужно точно указать дату травмы: год, месяц, число, а также обстоятельства и место смерти.

3915. Если умерший относится к лицам, которые пострадали в результате Чернобыльской аварии, в пункте 13 врачебного свидетельства о смерти нужно отметить категорию и серию удостоверения. Эти сведения записываются на основании удостоверения умершего, выданного в соответствии с Законом Украины "О статусе и социальной защите граждан, пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы".

3.16. Оба экземпляра врачебного свидетельства о смерти подписывают врач, который лично его заполнил, и лицо, которое обратилось в учреждение здравоохранения за документом. Обязательно проставляется дата заполнения свидетельства.

3.17. Запись о выдаче врачебного свидетельства о смерти (его дата, номер, причина смерти) должна быть сделана в соответствующих медицинских документах: - "Медицинской карте стационарного больного" - форма № 003/о, "Истории родов" - форма № 096/о, «Протоколе (карте) патологоанатомического исследования» - форма № 013/о, "Медицинская карта амбулаторного больного" - форма № 025/о, «Акте судебно-медицинского исследования (обследования)» - форма № 171/о.

3.18. Свидетельство заверяется круглой печатью учреждения только после того, как оно было проверено ответственным врачом, о чём он делает запись в вышеуказанных медицинских документах.

3.19. Справку о причине смерти заполняет врач и выдаёт родственникам умершего или другим лицам для погребения. Она заполняется в одном экземпляре. Номера справки о причине смерти и врачебного

свидетельства о смерти должны быть идентичными. Справка заверяется круглой печатью учреждения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Громадське здоров'я: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / В.Ф. Москаленко та ін. – Вид. 3. – Вінниця, 2013. – 560с.
2. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / За ред. Ю.В.Вороненка. – Київ: “Здоров'я”, - 2002. – 359 с.
3. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. Посібник до практичних занять / За ред. Ю.В.Вороненка та В.В. Рудень. – Львів, 2004. – 376с.
4. Потапов А. И. О. П. Щепин, В. А. Медик. Общественное здоровье и здравоохранение (учебник). — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 592 с.

5. Столяров Г.С., Вороненко Ю.В., Голубчиков М.В. Статистика охорони здоров'я: Навч.-метод. посібник для самостійного вивчення дисципліни. – К.: КНЕУ. – 2000. – 187с.
6. Приказ МЗ от 31.01. 2005 №53 «Об утверждении Положения об организации и порядке проведения государственной аттестации студентов, обучающихся в высших учебных заведениях III-IV уровней аккредитации по направлению подготовки «Медицина».
7. Приказ МЗ Украины от 13.11.2001 г. №455 «Об утверждении Инструкции о порядке выдаче документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан».
8. Приказ МЗ Украины от 3.11.2004 №532 «Об утверждении Инструкции о порядке заполнения листка нетрудоспособности».
9. Приказ МЗ Украины от 8.08.2006 № «Об упорядочении ведения медицинской документации, удостоверяющих случаи рождения и смерти».
10. Анализ заболеваемости населения с учётом комплексного действия факторов окружающей среды // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2011. - №6. – С.47-55
11. *Голяченко О. М., Голяченко А. О.* Демографічні процеси в Україні в роки незалежності // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - Київ, 2011. – №4.
12. *Дячук Д. Д.* Щодо захворюваності дорослого населення України на неінфекційні хвороби // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - Київ, 2011. – №1. – С. 19-23
13. Егоршин А.П., Полина Н.А. Об экономическом эффекте снижения уровня заболеваемости и инвалидности населения // Здравоохранение Российской Федерации. – 2015. - №1 – С.22-24
14. Индикаторные показатели, характеризующие здоровье населения // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2010. - №2. – С.65-66

15. Информационное обеспечение системы управления здравоохранением // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2010. - №4. – С.24-25
16. *Клименко В.І., Денисенко І.М.*. Стан та чинники ризику репродуктивного здоров'я населення України // Україна. Здоров'я нації. – 2011. - №3. – С. 25-29
17. *Лехан В.М., Гінзбург В.Г.*. Перинатальна смертність в Україні: досягнення та проблеми // Україна. Здоров'я нації. – 2012. - №1. – С.15-25
18. *Литвинова О.Н., Романюк Л.М., Коломийчук В.С.* Економічні питання охорони здоров'я України // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - Київ, 2012. – №1. – С.95-97
19. Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2011. - №11. – С.51-52
20. Методика определения стоимости платных услуг в учреждениях здравоохранения // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2010. - №5 – С.40-52
21. *Орлов В. И., Сабгайда Т. П.* Оценка экономических потерь из-за преждевременной смертности населения // Здравоохранение Российской Федерации. – 2010. - №2. – С.41-42
22. *Романюк Д.Д., Федчишин Н.Є.* Комплексна інтегрована оцінка здоров'я населення України // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – Київ, 2011. – №1. – С.13-18
23. *Ситенко О.Р.* Загальні закономірності стану здоров'я населення України // Україна. Здоров'я нації. – 2014. - №1. – С.21-27
24. *Слабкий Г.А., Пархоменко Г.Я.* Вопросы оценки деятельности стационаров в интерпретации ВОЗ // Україна. Здоров'я нації. – 2011. - №1. – С.7-14

25. Слабкий Г.О., Пархоменко Г.Я., Кризина Н.П.. Характеристика загальних закономірностей здоров'я населення України // Україна. Здоров'я нації. – 2010. - №3 – С.39-47
26. Социальные факторы формирования общественного здоровья // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2010. - №7. – С.34-46
27. Управленческий учёт для целей принятия управленческих решений // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2010. - №8. – С.28-39
28. Чепелевська Л.А.. Медико-соціальні особливості смертності населення України // Україна. Здоров'я нації. – 2010. - №4 – С.37-42
29. Чепелевська Л.А., Рудницький О.П, Зміни в чисельності та статевовіковому складі населення України // Україна. Здоров'я нації. – 2014. - №3. – С.33-40
30. Шкробанець І.Д.. Застосування методів наукового аналізу при прийнятті управлінських рішень // Україна. Здоров'я нації. – 2010. - №3 – С.112-114
31. Клименко В.И. Таранов В.В., Лурье И.К. Сборник методических указаний к практическим занятиям по биостатистике. – Запорожье, 2015. – 132с.
32. Лурье И.К. Методика вычисления и оценки демографических показателей // Методические указания к практическому занятию по социальной медицине и организации здравоохранения для студентов V курса медицинского факультета. - Запорожье, 2015. – 16с.
33. Таранов В.В. Методика изучения заболеваемости. Вычисление и оценка показателей отдельных видов заболеваемости // Методические указания к практическому занятию по социальной медицине и организации здравоохранения для студентов V курса медицинского факультета. - Запорожье, 2015. – 27с.
34. Таранов В.В. Анализ статистических показателей деятельности городской больницы // Методические указания к практическому занятию по

- социальной медицине и организации здравоохранения для студентов V курса медицинского факультета. - Запорожье, 2015. – 30с.
35. Лурье И.К. Организация акушерско-гинекологической помощи // Методические указания к практическому занятию по социальной медицине и организации здравоохранения для студентов V курса медицинского факультета. - Запорожье, 2015. – 28с.
36. Таранов В.В. Организация работы и оценка деятельности детской больницы // Методические указания к практическому занятию по социальной медицине и организации здравоохранения для студентов V курса медицинского факультета. - Запорожье, 2015. – 22с.
37. Таранов В.В. Комплексная оценка состояния здоровья. Методика определения интегральных показателей здоров'я // Методические указания к практическому занятию по социальной медицине и организации здравоохранения для студентов VI курса медицинского факультета. - Запорожье, 2015. – 15с.

Информационные ресурсы

При изучении учебной дисциплины «Социальная медицина, организация и экономика здравоохранения» необходимо использовать следующие Электронные образовательные ресурсы (ЭОР):

- Учебно-методические ЭОР (учебные планы, рабочие программы учебных дисциплин, разработанные в соответствии с учебными планами)
- Методические ЭОР (методические указания, методические пособия, методические рекомендации для изучения отдельного курса и руководства к практическим занятиям, тематические планы);
- Учебные ЭОР (электронные учебники и учебные пособия);
- Вспомогательные ЭОР (сборники документов и материалов, справочники, указатели научной и учебной литературы, научные публикации, материалы конференций, электронные справочники, словари, энциклопедии)

- Контролирующие ЭОР (тестирующие программы, банки контрольных вопросов и задач по учебным дисциплинам и другие ЭОР, которые обеспечивают контроль качества знаний);
- Образовательные порталы учебных заведений стран мира.

Методические указания

Таранов Владимир Владимирович

Социальная медицина, организация и экономика здравоохранения: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ПО ПОДГОТОВКЕ К ГОСУДАРСТВЕННОМУ ЭКЗАМЕНУ ДЛЯ СТУДЕНТОВ VI КУРСА СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО» И «ПЕДИАТРИЯ».- Запорожье, 2016.- 79 с.

Компьютерная верстка Н.В.Таранова

Подписано к печати 26.04.2016

Формат 60x84/16. Бумага офсетная
Гарнитура Times New Roman.
Уч.тип.лист.