

**Первичная медико-санитарная помощь.  
Организация медицинской помощи  
первичного звена здравоохранения  
по принципу общей врачебной**

# Виды медицинской помощи

1) Первичная  
медико-санитарная помощь



3) Скорая, в том числе  
скорая специализированная МП



2) Специализированная,  
в т. ч. высокотехнологичная МП



4) Паллиативная МП



# Формы и условия оказания ПМСП в соответствии с ФЗ-323



# Первичная медико-санитарная помощь (ст.33 ФЗ -323)

основа системы оказания медицинской помощи, первый уровень контакта населения с системой здравоохранения, максимально приближена к месту жительства и работы людей.

## Мероприятия по:

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

# ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ



# Организация ПМСП базируется на четырех основополагающих принципах:

- ▶ **Участковость**, т.е. закрепление за поликлиникой отдельной территории (участка). Учитывается протяженность, тип застройки, транспортная доступность, сельская или городская местность.
- ▶ **Преемственность и этапность** в лечении; поликлиника является первым этапом в технологическом процессе лечения пациента (поликлиника - стационар - восстановительное лечение). В стационар пациенты обычно обращаются только по направлению врача, а из стационара информация о проведенном лечении передается на участок.
- ▶ **Профилактическая направленность**, которая реализуется с помощью комплекса мер, направленных на предупреждение заболеваний; среди них: диспансеризация (раннее выявление заболеваний и динамическое наблюдение), проведение школ здоровья, осуществление профилактических прививок и др.
- ▶ **Доступность**; в идеале амбулаторно-поликлиническая помощь должна быть в любой момент беспрепятственно доступна населению РФ. Однако на практике из-за недофинансирования медицинской помощи и нехватки врачей этот принцип реализуется не всегда.  
Мобильность

# Организация оказания ПМСП

Осуществляется в медицинских и иных организациях

- государственной,
- муниципальной
- частной систем здравоохранения,
- в том числе индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность, полученную в порядке, установленном законодательством РФ.

# Порядок организации оказания первичной медико-санитарной помощи

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ

от 15 мая 2012 г. № 543 н «Об утверждении Положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 года № 366 н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи»

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 августа 2010 г. № 613 «О утверждении порядка оказания медицинской помощи при проведении физкультурных и оздоровительных мероприятий»

# Принцип доступности

- В соответствии с приказом МЗ и СР от 15.05.2012 №543 н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» первичная медико-санитарная помощь предоставляется: на безвозмездной основе – в рамках Программы госгарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи за счет средств ОМС и средств соответствующих бюджетов;
- В качестве платной медицинской помощи за счет средств граждан и организаций
- Однако проверки надзорных органов показывают, что многие лечебных учреждения в качестве основного направления своего развития выбирают как раз-таки наращивание объема услуг, оказываемых на платной основе. Хотя платные услуги и не запрещены законом, в законодательстве имеется **гарантия от возможных злоупотреблений в этой сфере – ей выступает Кодекс об административных правонарушениях (КоАП РФ), в частности, статья 6.30.**

# По каким правилам пациенты выбирают врача

Ст. 21. ФЗ от 21.11.2011 № 323 –ФЗ

- Право на выбор врача с учетом его согласия

Приказ Минздравсоцразвития от 26.04.2012 №406 н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»:

1. Выбирать медицинскую организацию вправе только лица, застрахованные в системе ОМС. Они должны быть совершеннолетними и дееспособными
2. Выбрать можно мед. организацию, которая участвует в ТПГГ, т.е. оказывает медпомощь бесплатно
3. Делать выбор можно не чаще 1 раза в год
4. Гражданин должен подать в мед. организацию письменное заявление и указать в нем данные согласно приложению пункта 4 к Порядку .

# Судебный пример 1

- Гражданин хотел прикрепиться к поликлинике Жулебинского района Москвы. В заявлении он указал информацию, необходимую для идентификации лица: Ф. И. О., место жительства и проживания, данные СНИЛС, страхового полиса. Не указал только место регистрации. Дело в том, что в тот момент у него не было регистрации по месту жительства и месту пребывания.

Руководитель поликлиники отказал пациенту, обосновав это тем, что без регистрации прикрепить его нельзя. Гражданин оспорил отказ в суде

и потребовал взыскать с поликлиники компенсацию морального вреда. Он указал, что в медобслуживании поликлиника отказала незаконно,

а значит, нарушила его личные неимущественные права.

Люберецкий городской суд согласился с тем, что поликлиника не вправе [отказывать гражданину, поскольку нормы Закона № 323-ФЗ не устанавливают территориально-участковый принцип](#) прикрепления

на медико-санитарное обслуживание. Медучреждение обязали

# Как медицинскую организацию обязали прикрепить пациента. Судебный пример 2

- [Рассмотрим апелляционное определение Самарского областного суда от 09.11.2016 по делу № 33–14674/2016.](#)
- **Суть спора.** Гражданка обратилась в городскую поликлинику Самары, чтобы прикрепиться на основании полиса ОМС. Главврач в письме отказал ей по следующим причинам. Ни один врач не согласился обслуживать гражданку. Терапевтические участки поликлинического отделения перегружены. Пациентка не живет на территории, которую обслуживает поликлиника, из-за этого будет сложно оказывать ей медпомощь на дому.
- Руководитель учреждения рекомендовал пациентке прикрепиться к поликлинике в том районе, где она живет.
- Гражданка обратилась в суд и потребовала: признать незаконным отказ главврача, обязать медицинскую организацию принять ее на медобслуживание и оказывать ей первичную медико-санитарную помощь, компенсировать моральный вред в 5000 рублей.
- Районный суд удовлетворил требования пациентки, хотя и снизил размер компенсации до 1000 рублей. Медицинская организация обратилась с апелляционной жалобой, но Самарский областной суд подтвердил решение районного суда.
- **Позиция суда.** Каждый гражданин вправе выбрать медицинскую организацию. Чтобы прикрепиться к учреждению, не нужно получать согласие врача. Согласие нужно, когда гражданин выбирает врача, а не медучреждение. Такой вывод позволяют сделать статьи [19](#), [21](#), [33](#) Закона № 323-ФЗ.
- Также арбитры указали: в Положении нет нормы о том, что медорганизация вправе отказать гражданину в прикреплении по территориальному принципу. Территориально-участковый принцип, о котором идет речь в Положении, необязателен.
- Нельзя отказывать пациенту потому, что участок перегружен
- Представитель медорганизации в защиту своей позиции указывал, что учреждение не сможет оказывать пациенту медицинскую помощь, так как он живет далеко от поликлиники. Более того, участок перегружен, а врачей в нем вдвое меньше, чем нужно. Но эти доводы суд не принял, и вот почему.
- Прежде всего, прикреплять граждан, которые живут вне зоны обслуживания медорганизации, позволяет [пункт 18](#) Положения. Такой подход обеспечивает право граждан на выбор врача

# Как врачу отказаться от лечения

Часть 3 статьи 70 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

- Лечащий врач по согласованию с руководителем медорганизации может отказаться лечить пациента, если отказ не угрожает жизни больного
- Решение об отказе нужно передать пациенту либо отправить заказным письмом с уведомлением
- В случае отказа лечащего врача от наблюдения за пациентом и лечения пациента, а также в случае уведомления в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания беременности должностное лицо (руководитель) медицинской организации (подразделения медицинской организации) должно организовать

Генеральному директору Дьяконову И.А.

Главному врачу Алексееву А.В.

От врача Куркина В.С.

### **Заявление-уведомление об отказе от лечения/ наблюдения пациентки Носовой А.К.**

Я, Куркин В.С., пользуясь правом, предоставленным мне частью 3 статьи 70 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», настоящим уведомляю руководство клиники об отказе от наблюдения и лечения пациентки Носовой А.К. по следующим причинам:

1. Объективно ситуация состоит в следующем: пациентка обратилась в клинику с жалобами на скол пломбы и болезненные ощущения десны в промежутке между зубами 2.6, 2.7. Зуб 2.6 ранее был пролечен по осложненному кариесу, имеется частично-сохраненная пломба. Пациентке предложено ортопедическое лечение – установка коронки ввиду большой площади повреждения зуба, а также профессиональная гигиена, в т. ч. отказ от зубочисток как средства гигиены полости рта. Пациентка от ортопедического лечения отказалась, настаивает на терапевтическом лечении и восстановлении «как было», что я, как лечащий врач, считаю непоказанным: клиника не сможет дать какую-либо гарантию на восстановление зуба пломбой, текущая ситуация может неоднократно повторяться, а это означает, что пациентка вновь и вновь будет требовать лечения по гарантии. В конечном итоге мы получим хронически неудовлетворенного пациента и бесчисленное количество эпизодов бесплатного перелечивания.

2. В процессе приемов пациентка не дала возможности полноценной диагностики (перкуссия, зондирование, холодовые тесты и пр.), позволила прикоснуться к себе только стоматологическим брашиком. При отсутствии полноценного обследования не может ставиться вопрос о планировании дальнейшего лечения.

3. На обоснованный отказ в терапевтическом лечении пациентка отреагировала оскорблениями и угрозами в мой адрес и адрес клиники, высказывала сомнения в моей компетентности как врача. В описанной ситуации невозможно установление терапевтического сотрудничества (ст. 7 Этического кодекса Российского врача) и лично-доверительных отношений, необходимых для полноценного лечебного процесса.

На сегодняшний день отсутствуют основания для оказания пациентке Носовой А.К. медицинской помощи безотлагательно, поскольку имеющиеся у пациентки болевые ощущения не связаны с экстренной ситуацией для жизни (ст. 11 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ), а потому медицинские услуги по лечению зуба 2.6 могут быть получены пациенткой у другого врача в плановом порядке, в т. ч. в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в государственных и муниципальных медицинских организациях.

На основании изложенного и руководствуясь указанными в уведомлении нормативными актами, прошу назначить пациентке другого лечащего врача из числа имеющих в клинике.

Врач Куркин В.С.

« 22 » февраля 2017 года

Заявление на 2 листах получено главным врачом Алексеевым А.В.

« 22 » февраля 2017 года

# Как медорганизация защитила в суде

## право не прикреплять

### пациента

- Рассмотрим определение Московского городского суда от 08.06.2016 № 4г-6475/2016.
- **Суть спора.** Случай аналогичен тому, который произошел в Самаре. Только гражданин хотел прикрепиться к ФГБУ «Больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ. Как и в Самаре, руководитель медорганизации отказал пациенту. Главврач привел такие доводы. Учреждение не включено в перечень амбулаторно-поликлинических учреждений, которые относятся к категории городских поликлиник. Учреждение оказывает медицинскую помощь только лицам, медицинское обслуживание которых возложено на Управление делами Президента РФ. Ресурсы больницы с поликлиникой не позволяют прикрепить гражданина на медицинское обслуживание для получения бесплатной медицинской помощи в объеме, установленном территориальной программой обязательного страхования.
- Медучреждение пояснило, что ради гражданина созвали заседание комиссии по медицинскому обслуживанию. На нем решали, возможно ли прикрепить его в порядке исключения. Однако комиссия решила этого не делать.
- **Позиция суда.** Выбор медицинской организации — это не безусловная свобода граждан, а один из способов обеспечить доступность и качество медпомощи. У медорганизации ограничены ресурсы и предмет деятельности. Если прикрепить гражданина, нагрузка на учреждение возрастет, а это противоречит принципу распределения населения по врачевным участкам в целях максимального обеспечения доступности, качества медицинской помощи и соблюдения прав иных граждан. Позицию судебной инстанции подтверждают апелляционные определения Московского городского суда от 24.03.2016 № 33–10098/2016, от 25.12.2015 № 4г-13577/2015.
- **«Ведомственные» и общие доводы.**
- Во-первых, в Москве официально утверждена трехуровневая система оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению. В приказе Департамента здравоохранения утвержден также перечень медицинских организаций по каждому из уровней, и в него учреждение не входит.
- Во-вторых, ведомственные организации вне рамок государственного задания не оказывают лицам, застрахованным в системе ОМС, услуги по амбулаторному обследованию и лечению. Также не предоставляют им первичной медико- санитарной помощи.
- В-третьих, учреждение оказывает медпомощь гражданам, не прикрепленным по ведомственному принципу. Но эта деятельность дополнительная и ведут ее в объеме, который позволяют мощности поликлиники.
- Разберем общие доводы. Суд принял во внимание, что при нормативе в 1700 человек на один терапевтический

# Приказ Минздравсоцразвития от 15.05.2012 №543

- Система оказания первичной медико-санитарной помощи основана на участково-территориальном принципе (пункт 13). Территория, которая находится в зоне действия медицинской организации поделена на участки обслуживания. Распределяет население руководитель, допускается прикреплять лиц, которые живут или работают вне зоны обслуживания (п.14, 15).
- В пункте 18 Положения есть рекомендации относительно численности граждан, которых можно прикрепить.

# Территориально-участковый принцип приказ МЗ и СР от 15.05.2012 №543

Участки	Рекомендуемая численность прикрепленного населения на участках, чел
Фельдшерский	1300 в возрасте 18 лет и > старше
Терапевтический	1700 в возрасте 18 лет и > 1300 взрослого населения в сельской местности
Врач общей практики	1500 в возрасте 18 л и >
Семейный врач	1200 взрослые и дети
Комплексный	2000 и более взрослые и дети (врачебная амбулатория, ФАПы)

Численность населения	Организационная форма оказания мед помощи	Расстояния
Менее 100 человек	Мобильные медицинские бригады не реже 2 раза в год	
100-300 человек	ФАПы и фельдшерские пункты	Расстояния превышает 6 км от ближайшей мо
	Домовые хозяйства	Расстояние не превышает 6 км от ФАПа до мо
301-1000 человек	ФАПы, фельдшерские здравпункты и	вне зависимости от расстояния до мо
1001-2000 человек	ФАПы, фельдшерские здравпункты	Если расстояние от ФАПа до мо не превышает 6 км
	Центры, отделения общей врачебной практики или врачебная амбулатория	Если расстояние от ФАПа превышает 6 км
Более 2000 человек	Врачебные амбулатории, сельские участковые больницы	

# Виды ПМСП

## Виды помощи

## Кем оказываются

\*Первичная помощь  
(не включена в ПМСП по ФЗ-323)

Любым гражданином

первичная доврачебная  
медико- санитарная помощь

фельдшерами, акушерами и другими  
медработниками со средним  
медицинским образованием

первичная врачебная МСП

врачами-терапевтами, врачами-  
терапевтами участковыми, врачами-  
педиатрами, врачами-педиатрами  
участковыми и врачами общей  
практики (семейными врачами)

первичная  
специализированная МСП

врачами-специалистами, включая  
врачей- специалистов медицинских  
организаций, оказывающих  
специализированную, в том числе  
высокотехнологичную, медпомощь

# Приказ МЗиСР РФ от 15.05.2012 N

## 543н

- ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ

### ПРАВИЛА ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ :

- ПОЛИКЛИНИКИ
  - КАБИНЕТА (ОТДЕЛЕНИЯ) ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ РЕГИСТРАТУРЫ ПОЛИКЛИНИКИ
  - ОТДЕЛЕНИЯ (КАБИНЕТА) НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОЛИКЛИНИКИ
  - ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА
  - ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ
  - ОТДЕЛЕНИЯ (КАБИНЕТА) МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ
  - КАБИНЕТА ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ
- ВРАЧЕБНОЙ АМБУЛАТОРИИ
- ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКОГО ПУНКТА
- ФЕЛЬДШЕРСКОГО ЗДРАВПУНКТА

# Первая помощь до прибытия медицинских работников –домовое хозяйство

**Домовое хозяйство** — пункт первой помощи в сельской местности при несчастных случаях, травмах, отравлениях, других состояниях и заболеваниях, угрожающих жизни и здоровью до оказания медицинской помощи.

Домовые хозяйства создаются в населённых пунктах численностью до 100 человек, не имеющих на своей территории медицинских организаций (ФАПов) и удаленностью от мед. ор



# Оборудование , условия для оказания первой медицинской помощи

- Домовое хозяйство укомплектовано сумкой-укладкой для оказания первой помощи и инструментами и материалами по оказанию первой помощи при различных состояниях. В сумке- укладке в том числе находятся специальные перевязочные материалы: бинты, пластырь, стерильные и противоожоговые салфетки, кровоостанавливающий жгут, диагностический инструментарий (тонометр, термометр) и средства для иммобилизации конечностей при переломах.
- В домовом хозяйстве устанавливается телефонная связь с фельдшерско-акушерским пунктом или с врачом общей (семейной) практики, участковой и центральной районной



**Обеспечение домохозяйству доступа к информационно-телекоммуникационной сети "Интернет»,  
необходимыми тест-системами**





# Первичная доврачебная помощь МСП

**Кем**

**оказывается**  
фельдшерами,  
акушерами и  
другими  
медработникам  
и со средним  
медицинским  
образованием



**Где**

**оказывается**

в ФАПах;  
Фельдшерских  
здравпунктах;  
врачебных  
амбулаториях;  
поликлинических  
подразделениях  
медицинских  
организаций;  
отделений  
(кабинетах)  
медицинской

# Фельдшерско-акушерский пункт

– является структурным подразделением медицинской организации. Организуется для оказания **первичной доврачебной медико-санитарной помощи и паллиативной медицинской помощи** населению в сельских населенных пунктах.



## Персонал ФАПа:

заведующий ФАПом – фельдшер,  
медицинская сестра,  
акушерка,  
санитар

Рекомендуемая численность обслуживаемого населения – **от 300 до 700 человек**, включая **детское население**.



ФАП обеспечивается автомобилем скорой медицинской помощи **класса А**



Министерство здравоохранения  
Республики Алтай  
**ФЕЛЬДШЕРСКИЙ  
ПУНКТ**  
г. Копитово Респ. Алтайский край

СКОРАЯ  
ПОМОЩЬ

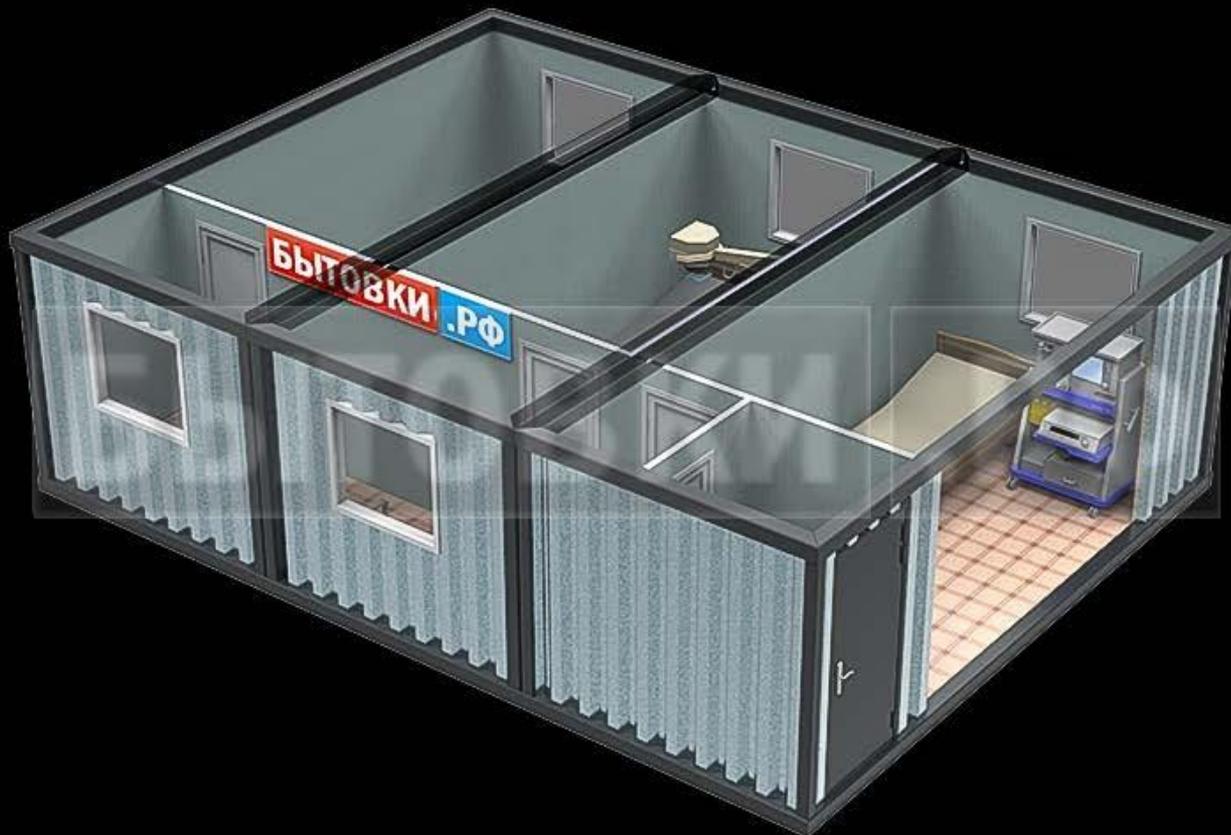


# Модульные ФАПы



- **модульный ФАП для обслуживания до 800 человек в месяц**, состоит из трех блок-модулей общей площадью 71 м<sup>2</sup> (в плане 9\*9 м), в составе помещений: тамбур, ожидальная, кабинет приема, процедурно-прививочный кабинет, помещение персонала, стерилизационная, помещение хранения лекарственных средств, помещение хранения, санитарная комната, санузел;
- **модульный ФАП для обслуживания более 800 человек в месяц**, состоит из четырех блок-модулей общей площадью 93 м<sup>2</sup> (в плане 9\*12 м), в составе помещений: тамбур, ожидальная, приемный кабинет, процедурный кабинет, прививочный кабинет, смотровой кабинет, помещение хранения

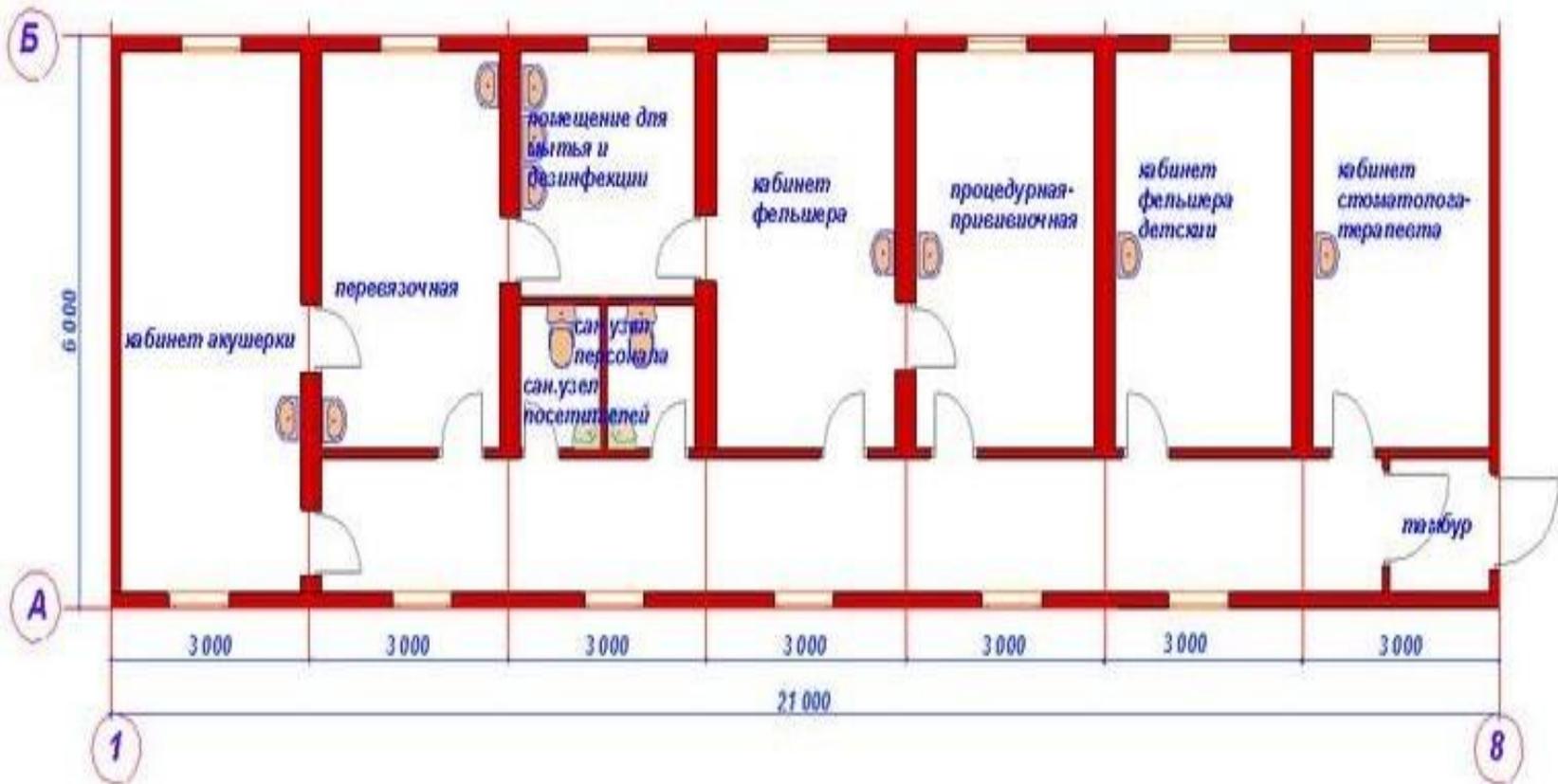
# Модульные ФАПы



# Типовой проект ФАПа



# ФАП с кабинетом стоматолога - терапевта



# Фельдшерско-акушерский пункт

## Санитарно-противоэпидемическая работа

1. Текущий санитарный надзор
2. Противоэпидемические мероприятия в очаге
3. Противопаразитарные мероприятия
4. Проведение профилактических прививок
5. Санитарно-гигиеническое образование населения
6. Осуществление мероприятий по формированию здорового образа жизни
7. Оказание медицинской помощи курящим лицам и лицам, избыточно

## Лечебно-профилактическая

1. Амбулаторный прием и помощь на дому: диагностика и лечение неосложненных острых и хронических заболеваний, травм и отравлений
2. Участие в профилактических осмотрах, периодических осмотрах работников.
3. Выполнение врачебных назначений
4. Медико-санитарное обслуживание отдельных категорий граждан
5. Направление больных с хроническими заболеваниями к участковому врачу с целью коррекции лечения и плана диспансерного наблюдения
6. Своевременная госпитализация
7. Осуществление мероприятий по медицинской реабилитации
8. Проведение 1 раз в год подворной (поквартирной) переписи населения на участке
9. Экспертиза временной нетрудоспособности
10. Обеспечение рецептами на ЛС льготных категорий граждан

## Медицинское обслуживание женщин и детей

1. Организация патронажа детей и беременных женщин
2. Профилактическая подготовка к родам
3. Организация школы матери и ребенка
4. Диспансерное наблюдение за детьми.
5. Оказание медицинской помощи гинекологическим больным
6. Оказание медицинской помощи роженицам и родильницам
7. Контроль за физическим развитием детей.

## Структура затрат рабочего времени фельдшеров и акушерок ФАП по видам деятельности (в %)

Вид деятельности	Фельдшера	Акушерки
Подготовительная работа	2,8	3,3
Лечебно-диагностическая	20,2	17,6
Санитарно-противоэпидемическая работа	8,0	10,2
Санитарно-просветительская	9,5	8,5
Профилактическая работа	6,4	9,5
Работа с медицинской документацией	14,7	15,5
Повышение квалификации	3,2	5,0
Время в пути	18,3	15,1
Другие виды деятельности	11,5	9,6
Незагруженное время (не планируемые перерывы)	5,4	5,9
Итого	100,0	100,0

*Стародубов В И, Калининская А А, Дзугаев К Г, Стрючков В В,  
«Проблемы здравоохранения села, 2012*

- **Кабинет функциональной диагностики**

Аппарат УЗИ

- Тонومتر автоматический
- Электрокардиограф
- Спирометр
- Стетоскоп, стетоскоп педиатрический
- Камертон
- Весы напольные медицинские
- Весы медицинские детские с ростомером
- Ростомер
- Бактерицидный облучатель воздуха
- Кондиционер
- Стол, стул на колёсах
- Шкаф навесной, тумба с мойкой
- Кушетка медицинская

- **Лаборатория**

Портативный анализатор уровня глюкозы, холестерина в капиллярной крови

- Ёмкости для дезинфекции
- Набор врача общей практики
- Укладка врача скорой помощи
- Аппарат дыхательный ручной (взрослый, детский)
- Бактерицидный облучатель воздуха
- Стерилизатор
- Кондиционер
- Стол, стул на колёсах
- Шкаф навесной, тумба с мойкой
- **Кабинет женского здоровья**
- Кресло гинекологическое с трансформацией в кушетку
- Кольпоскоп
- Маммограф электроимпедансный
- Стетоскоп акушерский
- Сантиметровая лента
- Набор фельдшерский для СМП
- Осветитель медицинский
- Бактерицидный облучатель воздуха
- Кондиционер





# Первичная врачебная МСП

•  
•

**Кем  
оказывает  
ся**

врачами-  
терапевтами,  
врачами-  
терапевтами  
участковыми,  
врачами-  
педиатрами,  
врачами-  
педиатрами  
участковыми и  
врачами общей



**Где  
оказывается**

Во врачебных  
амбулаториях,  
поликлиниках, в  
поликлинических  
подразделениях  
медицинских организаций,  
офисах (отделениях)  
врачей общей практики  
(семейной медицины);  
отделений (кабинетах)  
медицинской  
профилактики, центрах  
здоровья

# Внедрение врачей общей практики

Врач общей практики, оказывающий  
многопрофильную первичную помощь  
семье независимо от пола и возраста  
пациентов, является **семейным**  
**врачом**

# Общая врачебная практика (ОВП)

- **приоритетное** направление в реформировании ПМСП в РФ
- **важный инструмент** обеспечения **доступности и улучшения качества** оказания медицинской помощи населению
- За рубежом 80% населения лечится на уровне офиса общей врачебной практики.

# Нормативно-правовая база

- Приказ Минздрава РФ от 26 августа 1992 года №237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)
- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Приказ Минздрава России от 20.11.2002 N 350 (ред. от 18.05.2012) "О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации" (вместе с "Положением об организации деятельности медицинской сестры врача общей практики")
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.01.2005 N 84 "О Порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)« (вместе с "Инструкцией по заполнению учетной формы N 039/у-ВОП "Дневник работы врача общей практики (семейного врача)", "Инструкцией по заполнению учетной формы N 039-1/у-ВОП "Карта учета работы медицинской сестры врача общей практики (семейной сестры)"
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. N 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»

# Порядок организации

## деятельности ВОП

- Приказ МЗСР от 17 января 2005 года № 84  
«О порядке осуществления  
деятельности врача общей практики  
(семейного врача)
  
- Участок врача общей практики  
формируется и из расчета 1500 человек  
взрослого населения
  
- Участок семейного врача – 1200

**Приказ Минздрава РФ от 26.08.1992 N 237 "О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)" (вместе с положениями "О враче общей практики (семейном враче)", "О медицинской сестре общей практики", квалификационными характеристиками "Врача общей практики (семейного врача)", "Медицинской сестры общей практики")**

- Положение о ВОП
- Квалификационная характеристика ВОП.
- Учебный план и программа подготовки по специальности «ВОП (семейный врач)
- Примерный перечень помещений и табель оснащения кабинета врача общей практики (семейного врача)
- Примерный перечень оснащения чемодана –укладки
- *Приказ рекомендовал устанавливать численность обслуживаемого контингента у ВОП не более 1500 человек; у семейного врача не более 1200 человек с учетом детского населения*

**Рекомендуемый набор помещений  
для организации работы кабинета врача общей практики (семейного  
врача) вне медицинской организации, как обособленного  
структурного подразделения Приказ Министерства здравоохранения  
Московской области от 17.08.2016  
№1718 «Об организации кабинетов врача общей практики (семейного  
врача) в государственных учреждениях здравоохранения**

№	Наименование помещений	Площадь (м <sup>2</sup> ) Сан Пин 2.1.3. 2630-10
1	Кабинет врача общей практики (семейного врача)	18
2	Смотровой кабинет	18
3	Процедурная (прививочная)**	12
4	Перевязочная	18
5	Холл для пациентов	15
6	Санитарный узел для пациентов	6
7	Санитарный узел для медицинского персонала	3
8	Помещение для хранения дезинфекционных средств	4
9	Помещение временного хранения медицинских отходов	4
	ИТОГО	98

# Минимальный перечень

медицинского оборудования для организации работы кабинета  
врача общей практики (семейного врача) площадью не менее 18 кв.  
м., расположенного в медицинской организации

	Медицинское оборудование	Кол-во, ед.
1	Портативный отоларингофтальмоскоп (галогеновый) с 6 сменными головками питания с зарядным устройством	1
2	Набор пробных оптических линз для подбора очков с оправой	1
3	Офтальмоскоп зеркальный 035 с диафрагмой и лупой	1
4	Тонометр внутриглазного давления бесконтактный	1
5	Скиаскопические линейки комплект	1
6	Осветитель таблиц (аппарат Ротта)	1
7	Комплект таблиц для исследования остроты зрения	5
8	Таблица для определения цветоощущения Рабкина	1
9	Световод-карандаш для осмотра зева	1
10	Набор камертонов	1
11	Электрокардиограф 3 х канальный	1
12	Глюкометр	1
13	Весы медицинские с ростомером	1
14	Динамометр	1
15	Набор врача общей практики	1
16	Бактерицидный облучатель ультрафиолетовый настенный	1

# Минимальный перечень

## медицинского оборудования для организации работы кабинета врача общей практики (семейного врача) вне медицинской организации, как обособленного структурного подразделения

№	Медицинское оборудование	Кол-во, ед.
1	Малый хирургический набор	1
2	Лампа бестеневая хирургическая передвижная	1
3	Негатоскоп	1
4	Набор пневматических шин, взрослый и детский, с насосом	1
5	Комплект шейных фиксирующих воротников	3
6	Диатермокоагулятор	1
7	Портативный оториноларингоофтальмоскоп (галогеновый) с 6 сменными головками, питание с зарядным устройством	1
8	Набор пробных оптических линз для подбора очков с оправой	1
9	Офтальмоскоп зеркальный 035 с диафрагмой и линзой	1
10	Тонومتر внутриглазного давления бесконтактный	1
11	Набор инструментов для амбулаторной офтальмологической помощи переносной с зарядным устройством	1
12	Набор инструментов для амбулаторной офтальмологической помощи	1
13	Скиаскопические линейки комплект	1
14	Осветитель таблиц для исследования остроты зрения для взрослых и детей (аппарат Ротта)	1
15	Комплект таблиц для исследования остроты зрения для взрослых и детей	5
16	Таблица для определения цветоощущения Рабкина	1
17	Лупа обыкновенная 20-кратное увеличение	1

# Организационная структура центра общей врачебной (семейной) практики



# Штатные нормативы:

№ п/п	Наименование должности	Количество должностей
1.	Главный врач Центра - врач общей практики	1 должность
2.	Заведующий отделением - врач общей практики	при числе от 3 до 6 должностей семейного врача 1 должность заведующего
3.	Врач общей практики	1 должность на прикрепленное население: - 1200 взрослого населения - 1000 взрослого и детского населения
4.	Врач-методист	1 должность на 8 должностей врача общей практики
5.	Врач кабинета медицинской профилактики	0,5 должности на 5 тысяч взрослого населения
6.	Фельдшер	1 должность на 1 должность врача общей практики
7.	Медицинская сестра врача общей практики	2 должности на 1 должность врача общей практики
8.	Медицинская сестра кабинета медицинской профилактики	0,5 должности на 5 тысяч взрослого населения (1 должность на 10 тысяч взрослого населения)
9.	Медицинская сестра по физиотерапии	0,5 должности на 1 должность врача общей практики
10.	Акушер	1 должность на 6 должностей врача общей практики
11.	Санитарка	1 должность на 3 кабинета
12.	Сестра-хозяйка	1 должность

## **Приказ Минздрава России от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки**

### **«здравоохранение и медицинские науки»**

- С 2016 года в соответствии с нормативными документами усложнилась переподготовка врачей общей практики: переподготовка врачей возможна только на основании имеющейся интернатуры или ординатуры по специальностям «Терапия» или «Педиатрия». Наличие профессиональной переподготовки по специальности «Терапия» или «Педиатрия» в рамках постдипломного обучения не учитывается.
- В связи с этим, многие врачи по специальностям «Хирургия», «Скорая медицинская помощь» и узкие специалисты не могут, как ранее, пройти профессиональную переподготовку по специальности «Врач общей практики».

# Организационные модели общей врачебной практики

- Кабинет (офис) врача общей практики (семейной медицины) или групповая практика:
  - на базе поликлиники, в сельских амбулаториях
  - в сельских районах, микрорайонах
- Отделение общей врачебной практики (семейной медицины) на базе крупных поликлиник и поликлинических отделений сельских участковых больниц
- Центры ОВП (семейной медицины) на базе сельских амбулаторий
- Полный переход ПМСП некоторых

# Различные формы организации работы врача общей практики



- Офисы, кабинеты, отделения, центры общей врачебной практики
- Работа в многопрофильных поликлиниках



Министерство здравоохранения Московской области  
Управление здравоохранения Администрация  
Ступинского района Ступинская центральная городская  
клиническая больница ОТДЕЛЕНИЕ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ  
ПРАКТИКИ № 2

## • **Наименование кабинетов отделения ОВП № 2**

*Часы работы: прием взрослого населения с  
8.00 до 12.00*

*Вызована дому с 12.00 до 15.00*

*Прием детского населения с 8.00 до  
12.00*

- 
- 1. Врач общей (семейной) практики 4 кабинета
- 2. Манипуляционная
- 3. Физиотерапевтический кабинет
- 4. Процедурная - 2 шт
- 5. Врач общей (семейной) практики
- прием детей



Достигнутые  
результаты:

Создана  
нормативно  
- правовая  
база  
деятельнос  
ти врачей  
общей  
практики

Создана  
комплексная  
система  
профессиона  
льной  
подготовки  
ОВР, в том  
числе  
непрерывное  
профессиона  
льное  
развитие  
ВОП

Разработана  
технология  
работы и  
функционал  
ьные  
модели  
общей  
врачебной  
практики

Улучшило  
сь  
материальн  
о-  
техническо  
е  
обеспечени  
е

# Проблемные вопросы по развитию службы ОВП

- Конфликт «старой» и «новой» системы работы системы ПМСП по принципу «участковый терапевт» и «врач общей практики (семейной медицины)» – особенно если работают в одной медицинской организации

# Какова реальная потребность во врачах общей практики

- I. Острая необходимость в создании новых рабочих мест ОВП (кабинетов, офисов) обусловлена наличием:
  - - отдаленных сельских районов; микрорайонов –новостроек при неразвитой социальной инфраструктуре (дефицит учреждений амбулаторно-поликлинической помощи); дефиците многих узких специалистов в АПУ;
- II. Плановый переход всего первичного звена здравоохранения по принципу работы врача общей практики в муниципальном образовании, медицинском округе.

# Различия между ВОП и участковым терапевтом

- **Участковый терапевт** – это тоже узкий специалист, но только по терапевтической патологии внутренних органов. Таким образом, с любой патологией, кроме ограниченного перечня распространенных внутренних болезней, весь прикрепленный контингент пациентов сегодня вынужден обращаться к другим специалистам.
- **Врач общей практики** – это терапевт или педиатр, прошедший специальную подготовку по специальности «семейная медицина». Полученный сертификат даёт ему право консультировать всех членов семьи в любой области медицины (ЛОР, ортопедии, хирургии, офтальмологии, гастроэнтерологии, неврологии и других). Это наблюдение за пациентом от рождения и до конца жизни.
- США, Великобритания «отличительной особенностью врача общей практики является незаурядная широта знаний как из опыта, из бесед с коллегами, так и из медицинской литературы».

# Структура медицинских услуг ВОП в МО

Наименование услуг	% от общего количества услуг	
	Полный переход на ВОП	Частично
1. Оториноларингологический прием	6,51	2,50
2. Офтальмологический прием	2,45	0
3. Неврологический прием	11,38	3,9
4. Кардиологический прием	9,02	4,31
5. Эндокринологический прием	11,31	2,21
6. Хирургический прием	2,31	0
7. Урологический прием	1,32	0
8. Дерматологический прием	1,76	1,22
9. Педиатрический прием	6,58	0
10. Терапевтический прием	50,81	86,9%
<b>11. Общий итог</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
12. в т.ч. услуги «узких» специалистов	44,60%	13,1%
13. Услуги терапевта и педиатра	56,40%	86,9%

# 3 возможных пути развития системы ВОП

1. **Интенсивный**- перевод первичного звена здравоохранения на принцип работы ВОП
2. **Плановый** – постепенный путь развития с учетом создания и оснащения реальных рабочих мест ВОП, строительства новых микрорайонов, с учетом сельской местности
3. **Регрессивный** – работа в «узком спектре» для отдельных групп населения по типу «семейный врач»

(В соответствии с приказом 707 н – ВОП может быть только после окончания ординатуры по терапии или педиатрии и после прохождения ординатуры по ВОП.

# Сельские участковые больницы (врачебные амбулатории)

• *Минимум помощи, оказываемый сельской участковой больницей:*

- 1. оказание амбулаторной и стационарной помощи терапевтическим и инфекционным больным
- 2. оказание помощи в родах
- 3. лечебно-профилактическая помощь детям
- 4. неотложная хирургическая, травматологическая помо



**Схема сельского врачебного участка**  
с. Привольного Красногвардейского района



• СВУ – это территория, на которой население обслуживается сельской участковой больницей или сельской амбулаторией и всеми прикрепленными к ней ФАПами.

• Всеми учреждениями руководит главный врач сел.участковой больницы.

# Врачебные амбулатории в



- В штатном расписании амбулатории 12 врачей, в том числе специалист ультразвуковой диагностики, хирург, терапевты, гинеколог, педиатры, стоматологи — детский и взрослый.
- По расписанию прием ведут приезжающие из райцентра офтальмолог и отоларинголог.

# Категории врачебных амбулаторий и структура

- По мощности (числу коек) сельская участковая больница делится на 4 категории:
- 1 категория – 75 – 100 коек (терапия, хирургия, акушерство – гинекологическое, педиатрия, инфекции, фтизиатрия);
- 2к – 50 – 75 коек (терапия, хирургия, акушерство – гинекологическое, педиатрия, инфекции);
- 3к – 35 – 50 (терапия для взрослых и детей, хирургия, акушерство – гинекологическое, инфекции);
- 4к – 25 – 35 коек (терапия, хирургия, акушерство – гинекологическое).

# Структура медицинской службы в сельских районах (СССР – 80-е годы)

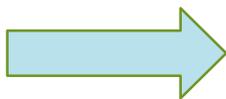


# Первичная специализированная МСП

**Кем**

**оказывается**

специалистами,  
включая врачей-  
специалистов  
медицинских  
организаций,  
оказывающих  
специализированную,  
в том числе  
высокотехнологичную,  
медпомощь



**Где**

**оказывается**

В поликлиниках, в  
поликлинических  
подразделениях  
медицинских  
организациях, в том  
числе, оказывающих  
специализированную  
ю  
(высокотехнологичную  
ю медицинскую  
помощь)

**Первичная специализированная помощь  
включает практически все диагностические  
исследования (за исключением ПЭТ)**



**Приказ Минздрава России от 27 февраля 2016 г. № 132н  
«О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы  
здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения»**

<b>Рекомендуемая численность обслуживаемого населения, при которой создается медицинская организация*</b>	<b>Перечень основных медицинских организаций</b>
<b>2–10 тыс. человек</b>	Амбулатория, в том числе врачебная, или центр (отделение) общей врачебной практики (семейной медицины)
<b>5–20 тыс. человек</b>	Участковая больница
<b>20–50 тыс. человек</b>	Поликлиника
<b>10-30 тыс. детей</b>	Детская поликлиника
<b>20-300 тыс. человек</b>	Городская больница
<b>20-200 тыс. детей</b>	Детская городская больница
<b>не менее 1 на субъект Российской Федерации</b>	Диспансеры: психоневрологический, наркологический, кожно-венерологический, противотуберкулезный, онкологический Краевая (республиканская, областная, окружная) больница , Больница инфекционная

\* С учетом транспортной доступности, климатических и географических особенностей, уровнем и структурой заболеваемости населения субъектов Российской Федерации, особенностей половозрастного состава населения и возможности соблюдения порядков оказания медицинской помощи, а также плановой мощности медицинской организации, указанные параметры обоснованно корректируются.

# Основные типы амбулаторно-поликлинических учреждений



# Организация деятельности поликлиники. Категории

П( Характеристика	Группы поликлиник				
	1-я	2-я	3-я	4-я	5-я
Число врачебных посещений	Свыше 1200	751-1200	501-750	251-500	До 250
Численность населения, тыс.	Свыше 80	50-79	33-49	17-32	До 17

Поликлиника предназначена для оказания первичной медико-санитарной, в том числе специализированной , и паллиативной медицинской помощи

# Организация и уровни оказания первичной медико-санитарной помощи

- Приказ Министерства здравоохранения №358 от 08.06.2016 г. делит все лечебные учреждения на 3 уровня, и учреждения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, относятся в 1 уровень.
- Письмо Минздрава России №11–8/10/2–8266, ФФОМС №12578/26/и от 22.12.2016 г. предусматривает уровни оказания уже в рамках первичной медико-санитарной помощи.
- Основным нормативным документом в сфере образования – Федеральный закон №323-ФЗ – определили виды и формы оказания медицинской помощи, но в нем не упоминается об уровнях.

# Первый уровень

медицинские учреждения, оказывающие:

- первичную доврачебную медико-санитарную помощь,
- первичную врачебную медико-санитарную помощь,
- первичную специализированную медико-санитарную помощь **в части обеспечения первичного приема населения и последующего диспансерного наблюдения**

## Второй уровень (специализированный)

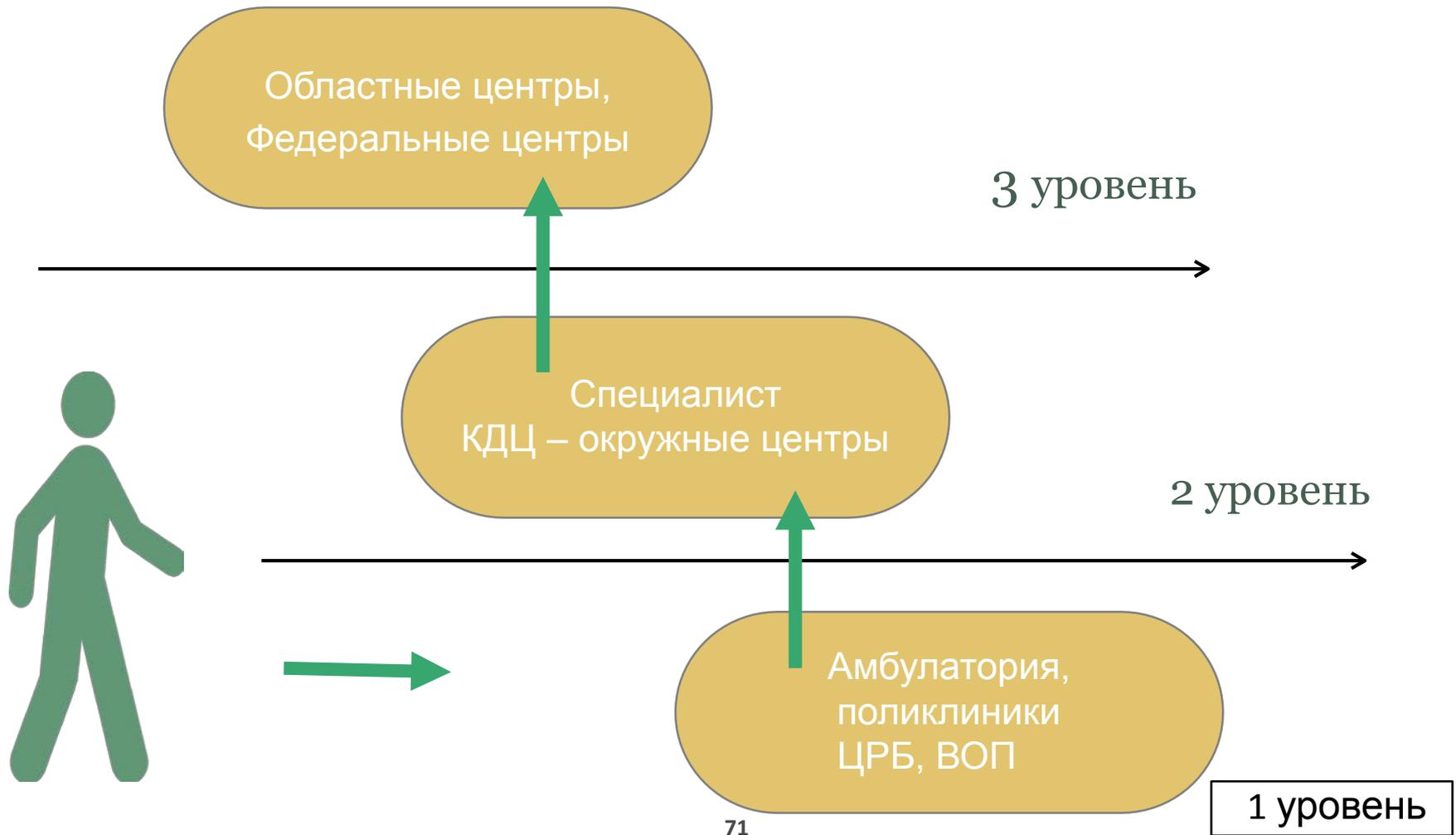
лечебно-диагностические  
(специализированные)отделения,  
оказывающие **первичную  
специализированную медико-  
санитарную помощь**, в том числе  
осуществляющие консультативно-  
диагностическое обеспечение  
прикрепленного по территориально-  
участковому принципу населения.

# Третий

**уровень**  
(специализированный консультативно-  
диагностический, в том числе  
высокотехнологичный)

лечебно-диагностические  
специализированные подразделения  
стационарных учреждений, на базе  
которых осуществляются  
консультативно- диагностические  
приемы, оказывается  
**специализированная, в том числе  
высокотехнологичная, медицинская  
помощь жителям административного  
округа**

# Маршрутизация пациента



Три уровня  
оказания  
первичной медико-  
санитарной  
помощи **в Москве**

# Схема организации трехуровневой системы оказания первичной медико-санитарной помощи в Москве

ГБУЗ Поликлиника

2

КДЦ округа

ГБУЗ

Поликлиника1

КДЦ округа

ГБУЗ

Поликлиника3

КДЦ округа

(оказывают медицинскую помощь 1 уровня)



Консультативно –диагностический центр

(Оказывает медицинскую помощь 2 уровня,

а также медицинскую помощь 1 и 2 уровня для территориально прикрепленного населения)



консультативно-поликлинические отделения при многопрофильных больницах , оказывающих ВТМП (оказывают медицинскую помощь 3 уровня)

## Врачи для взрослых, к которым можно записаться на прием без направления

- терапевт,
- участковый терапевт,
- врач общей практики (семейный врач),
- хирург,
- акушер-гинеколог,
- стоматолог-терапевт.

## Детские врачи, к которым можно записаться на прием без направления от педиатра:

- педиатр,
- участковый педиатр,
- психиатр,
- хирург,
- уролог-андролог,
- стоматолог.

# Электронная история болезни

## Персональные данные пациента

- ФИО
- Дата рождения
- Пол
- Паспорт (номер, серия)
- СНИЛС
- Медицинские полисы (ОМС, ДМС)
- Группа крови, резус-фактор

## Медицинские данные пациента

- Заключение специалистов
- Медицинские назначения
- Данные о больничных листах
- Электронные копии имеющихся рецептов
- Перечень оказанных услуг
- Дневник приема лекарств
- Дневник анализов и обследований



## Электронный сервис: «Личный кабинет пациента»

«Личный кабинет пациента» предназначен для использования всеми гражданами РФ.

**Сервис предоставляет пользователю возможность:**

- Доступа к своим медицинским документам;
- Записаться на прием к врачу через интернет;
- Вести «Дневник пациента», в который можно заносить данные о состоянии своего здоровья (давление, температуру, вес) и контролировать прием лекарств;
- Взаимодействовать с медицинскими организациями;
- Сохранения информации «Личного кабинета» на внешние носители и др.



РЕГИСТРАТУРА

КАБИНЕТ  
210

**Диспансеризация**

путь к здоровью  
профилактика и раннее выявление заболеваний

# регистратура – лицо поликлиники





# Современная регистратура



Холл регистратуры



Инфоматы



Регистратура



Электронная очередь



MyShared

# Альтернативные формы оказания амбулаторно- поликлинической помощи

- **Дневные стационары** – пациенты, не требующие круглосуточного наблюдения; пациенты, нуждающиеся в долечивании после круглосуточного стационара

- **Центры амбулаторной хирургии**

1. Применение консервативного лечения больным на базе «стационара одного дня».
2. Полноценная предоперационная подготовка и обследование больных в ЦАХ.
3. Расширение возможностей плановой оперативной помощи в условиях ЦАХ.
4. Организация работы «стационара на дому».

- **Стационары на дому** – пациенты, требующие стационарного лечения, но состояние пациента, его ведение, лечение и уход позволяют организовать помощь на дому. Показания определяются по решению ВОП, участковых терапевтов и врачей узких специальностей. Ведение истории болезни ежедневное. В выходные дни – осмотр дежурного врача.

# Приказ МЗиСР РФ от 15.05.2012 N

543н:

**организация отделения**

**(кабинета) неотложной**

Отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи является структурным

**медицинской помощи.**

подразделением поликлиники (врачебной амбулатории, центра общей врачебной практики (семейной медицины)) и

организуется для оказания медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, **не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи** (далее - неотложные состояния).

# История вопроса



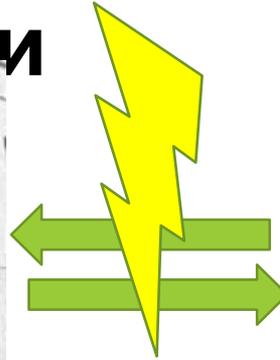
До 1978 г. оказание неотложной помощи входило в компетенцию и обязанность амбулаторно-поликлинической службы.

Служба обеспечивалась: квалифицированным персоналом, транспортом, медицинской укладкой



# Недостатки

ки



- Несовершенство информационно-диспетчерской службы, отсутствие четкого взаимодействия между «скорой» и «неотложкой», отсутствие общепринятых государственных медицинских стандартов оказания экстренной и неотложной помощи привело к объединению скорой и неотложной помощи.

# Неэффективность работы службы СМП в период с 1978 до 2013 гг



- 40% перевозок (больные из дома и поликлиники в стационары, в медвытрезвители, умерших и пр.)
- Необходимость обслуживания массы вызовов к больным с обострением хронических заболеваний в Москве – свыше 35%; в МО – 47%; по России в целом 60%

# Правовые аспекты оказания неотложной медицинской помощи

- ФЗ 323, ст. 32
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»

## Приказы субъектов:

- Приказ Министерства здравоохранения Московской области от 01.02.2016 N 174 «О совершенствовании организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в неотложной форме» с изменениями от 17 октября 2016 г. приказом МЗ МО N 2114

# Отличия экстренной медицинской помощи от

	Экстренная	Неотложная
Кем оказывается	Бригадами СМП при наличии вызова (но может быть оказана любым врачом по обстоятельствам, реанимационная служба)	-Бригадами СМП -Врачами, средним медицинским персоналом кабинетов, отделений неотложной медицинской помощи
Состояние пациента	Представляет угрозу жизни	внезапные острые заболевания, состояния, обострение хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.
За счет каких средств	Оказывается бесплатно любому гражданину, включая иностранного	за счет средств Программы государственных гарантий (средств ОМС) при наличии полиса
В течение какого времени	20 минут- время	В течение 2 часов

# Экстренные состояния чем регламентируются

- Как отмечалось выше, основным фактором оказания скорой медицинской помощи в экстренной форме является угрожающее жизни состояние.
- Подобное состояние определено в п. 6.2 приказа Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н (с изм. от 18 января 2012 г. № 18н) “Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека”, как вред здоровью, опасный для жизни человека, вызвавший расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью.

## Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н, регламентирует особенности обращения для предоставления помощи в экстренной форме.

- Так, поводами для вызова **скорой медицинской помощи в экстренной форме** являются внезапные острые заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, **представляющие угрозу жизни пациента**, такие как:
  - Нарушения сознания;
  - Нарушения дыхания;
  - Нарушения системы кровообращения;
  - Психические расстройства, сопровождающиеся действиями пациента, представляющими непосредственную опасность для него или других лиц;
  - Болевой синдром;
  - Травмы любой этиологии, отравления, ранения (сопровождаящиеся кровотечением, представляющим угрозу жизни, или повреждением внутренних органов);
  - Термические и химические ожоги;
  - Кровотечения любой этиологии;
  - Роды, угроза прерывания беременности.
- Так же, в Приказе № 388н, законодатель устанавливает время прибытия к пациенту выездной бригады скорой медицинской помощи, при **оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме** не превышающее 20 минут с момента ее вызова.

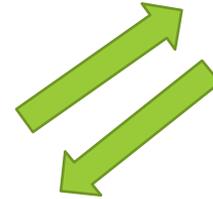
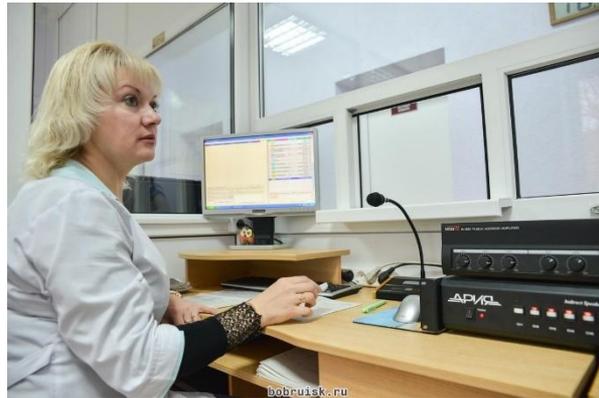


- **Кабинет неотложной медицинской помощи (КНМП)**
- **Отделение неотложной медицинской помощи**
- «Об организации на территории ..... области неотложной медицинской помощи» с целью оказания населению медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.
- **Оказание неотложной помощи** осуществляется на дому и при обращении населения (прикрепленного и не прикрепленного) непосредственно в кабинет неотложной медицинской помощи.
- 
- **График работы КНМП**
- понедельник - суббота с 08:00 до 20:00,
- воскресенье с 08:00 до 15:00
- 
- **Прием вызовов**, требующих оказания неотложной медицинской помощи осуществляет медицинский регистратор по телефону **99-00-33** и передает поступившую информацию в КНМП.
- **ВАЖНО!** При вызове бригады КНМП на дом назовите свои контактные данные: Ф.И.О., адрес (улица, №№ дома, подъезда, квартиры и домофона), номер телефона.

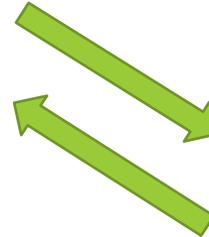


# Примерный перечень состояний для оказания неотложной медицинской помощи

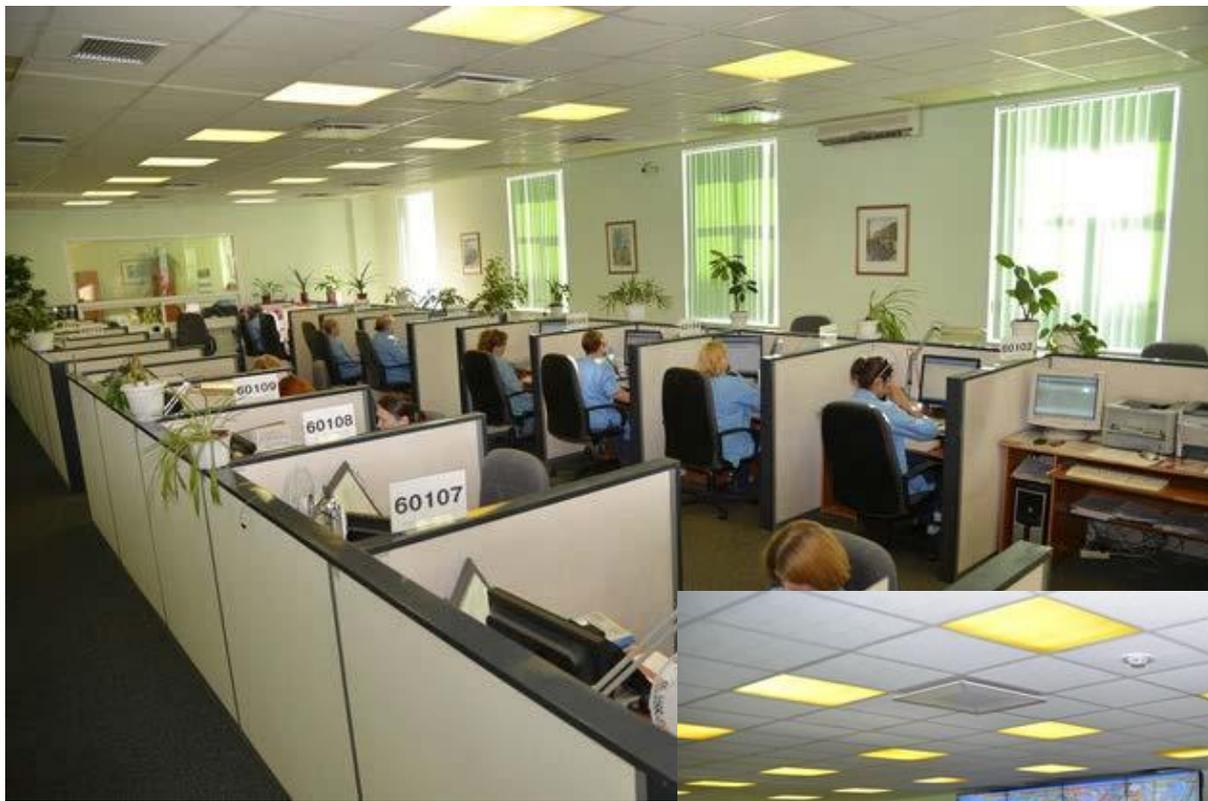
- Боли в животе, сопровождающиеся диспепсическими явлениями при обострении хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, не требующих экстренной госпитализации пациента.
- Болевой синдром у больных с ишемической болезнью сердца, состояние после пароксизмов нарушения ритма сердца, боли в сердце у больных с гипертонической болезнью и т.д.
- Колебания артериального давления на фоне гипертонической болезни, атеросклероза, стрессовых состояний.
- Многочасовая икота.
- Ухудшение состояния при травмах после оказания больному медицинской помощи (боль под гипсом, повышение температуры и т.д.)
- Температуры выше 38<sup>0</sup>С у парализованных больных и больных с хронической патологией.
- Сильные головные боли на фоне мигрени, не купирующиеся таблетированными препаратами.
- Боли в пояснице, суставах (остеохондроз, миозит, артриты, артрозы).
- Одышка, кашель, не связанные с травмой, попаданием инородного тела, аллергическими реакциями.
- Ухудшение состояния у больных с хроническими заболеваниями, без потери сознания, без признаков кровотечения, без резкого внезапного ухудшения состояния здоровья.
- Поверхностные ожоги, за исключением химических ожогов глаз, ротовой полости,



120  
МИНУТ



20мину



# Оснащение

## Перевязочные и кровоостанавливающие средства

1	Бинт стерильный 5x10 ГОСТ 1172-93	2 шт.
2...7	.....	

## Изделия для инъекций и инфузий

.....13	Система для внутривенных инъекций ТУ 9444-046-12517820-96	2 шт.
14	Катетер (канюля) для периферических вен ГОСТ Р ИСО 10993.1-99	2 шт.

## Инструменты

15	Шпатель одноразовый деревянный ТУ 5563-001-46083942-2000	10 шт.
16	Ножницы с одним острым концом ГОСТ 21239-93	1 шт.
17	Пинцет ТУ 64-1-37-78	1 шт.

## Прочие медицинские изделия

18	Тонометр с фонендоскопом ТУ 9441-007-27463946-2002	1 шт.
19	Термометр ртутный медицинский ГОСТ Р 50444-92	1 шт.
20	Пипетка ТУ 9464-001-53757884-2002	2 шт.
21	Перчатки нестерильные одноразовые ТУ 2514-001-53733748-2000	5 пар
22	Желудочный зонд с воронкой ТУ 38.106157-77/ ГОСТ Р 50962-96	по 1 шт.
23	Фонарик диагностический ГОСТ Р 50444-92	1 шт.
24	Сумка СМУ-03	1 шт.
25	Контейнер для использованных игл	1 шт.
26	Электрокардиограф	1 шт.
27	Глюкометр (5 тест-полосок, 5 ланцетов) ГОСТ Р 50444-92/	1 набор
28	Пульсоксиметр	1 шт.

## Приложение N 5. ТАБЕЛЬ ОСНАЩЕНИЯ ВЫЕЗДНОЙ БРИГАДЫ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ДАЛЕЕ - ТАБЕЛЬ)

п / п	Наименование оборудования	Кол - во, шт.	Примечание
1.	Дефибриллятор с универсальным питанием	1	Дефибриллятор внешний автоматический AED модель PowerHeart
2.	Набор реанимационный (АДР-1600 с комплектом расходных материалов)	1	AMBU-Mark III Resuscitator, аппарат ИВЛ ручной АДР (ООО "Медплант") 750 мл
3.	Редуктор-ингалятор кислородный		Емкость баллона 2,0 л
4.	Электрокардиограф трехканальный с автоматическим режимом	1	Трехканальный "Альтон-03"
5.	Компрессорный небулайзер (ингалятор)	1	
6.	Глюкометр портативный	1	
7.	Тест-полоски для глюкометра		
8.	Укладка врача неотложной медицинской помощи	1	Лекарственные препараты для парентерального применения:

## Перечень поводов обращений в ССМП и

N п/п	Повод	СМП в экстренной форме (СЭ)	СМП в неотложной форме (СН)	ПМСП в неотложной форме (ПН)
1	Взрыв	СЭ		
2	Обнаружено взрывное устройство	СЭ		
3	Пожар	СЭ		
4	Авария (ДТП)	СЭ		
5	Авария (поездная)	СЭ		
6	Электротравма	СЭ		
7	Огнестрельное ранение	СЭ		
8	Ножевое ранение (шея, грудь, живот)	СЭ		
9	Ножевое ранение (рука, нога, неизвестно)	СЭ		
10	Падение с высоты	СЭ		
11	Повешение	СЭ		
12	Утопление	СЭ		
13	Обморожение	СЭ		
14	Ожог (термический, пламенем) ребенок	СЭ		
15	Ожог (химический) ребенок	СЭ		

# Перечень поводов обращений в ССМП и ОНМП

№ п/п	Повод	СМП в экстренной форме (СЭ)	СМП в неотложной форме (СН)	ПМСП в неотложной форме (ПН)
68	Болит живот, ранее было, других жалоб нет (взрослый)		СН	
69	Болит живот у беременной	СЭ		
70	Тошнота, урчание, без задержки стула (хронические болезни ЖКТ, онкология) без болей			ПН
71	Болит живот, других жалоб нет (ребенок)		СН	
72	Инородное тело в ЖКТ (ребенок проглотил)	СЭ		
73	Болит бок (почечная колика?)	СЭ		
74	Болит бок (остеохондроз, невралгия, опоясывающий лишай)			ПН
75	Болит спина, поясница (дорсалгия, после "старых" травм, лежачий)			ПН
76	Низкое давление (головокружение, слабость, была потеря сознания)	СЭ		
77	Головокружение постоянное, слабость, без понижения АД, других жалоб нет			ПН
68	Болит живот, ранее было, других жалоб нет (взрослый)		СН	
69	Болит живот у беременной	СЭ		
70	Тошнота, урчание, без задержки стула (хронические болезни ЖКТ, онкология) без болей			ПН
71	Болит живот, других жалоб нет (ребенок)		СН	

# Скорая и неотложная медицинская помощь в Москве

Часть вызовов «03» передана новой медицинской службе – неотложной помощи



## СКОРАЯ ПОМОЩЬ

будет оказываться при заболеваниях или травмах, представляющих опасность для жизни



Время прибытия:  
**ДО 20 МИНУТ**



инсульт



инфаркт



острая боль в животе  
(аппендицит)



переломы



острое отравление и т.д.

## НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

будет оказываться при обострении хронических заболеваний, не представляющих опасность для жизни



Время прибытия:  
**ДО 60 МИНУТ**



повышенная температура



мигрень



грипп

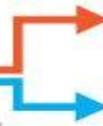


повышенное или пониженное давление



боли в спине и т.п.

## ПРОЦЕДУРА ВЫЗОВА



к больным, которым требуется **экстренная медицинская помощь**, выезжают врачи скорой помощи

к больным, которым требуется **неотложная медицинская помощь**, выезжает врач поликлиники

**1** Больной звонит по телефону «03»

**2** Диспетчер задает ряд уточняющих вопросов и решает, какую службу отправить к пациенту



**40 бригад неотложной помощи**

созданы в службе при городских поликлиниках в Москве

# Статистические показатели, характеризующие деятельность МО

1. Показатели объемов амбулаторно-поликлинической помощи;
2. Показатели нагрузки персонала;
3. Показатели диспансеризации населения



# Приказ Минздрава России от 08.11.2013 №11-9/10/2-8309 «О формировании и экономическом обосновании ТПГГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»

Определены единицы объемов при планировании медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

Наименование показателей	Показатели на 1 жителя в год
Кратность посещений в целом на 1 жителя в год	2,6-3,2
Для мед помощи ,оказываемой с профилактической и иными целями (включая посещение центров здоровья в связи с диспансеризацией, посещение среднего медицинского персонала)	2,77 (2,31 посещения на 1 застрахованное лицо)
Для мед помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями	2,12 законченного сл. С кратностью не менее 2 на 1 чел (1,92 обращения на 1 застрахованное лицо)
Для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме	0,46 на 1 жителя
Для медицинской помощи в условиях дневных стационаров	0,665 пациенто-дней на 1 жителя (0,56 на 1 застрахованное лицо)



В 2016 году программа\* государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи устанавливает следующие **предельные сроки ожидания оказания медицинской помощи**, несоблюдение которых является прямым нарушением прав граждан.

Не более



с момента обращения

2  
часов

срок ожидания оказания **первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме** с момента обращения пациента в медицинскую организацию



со дня выдачи направления

30  
дней\*\*

срок ожидания оказания **специализированной** (за исключением высокотехнологичной) **медицинской помощи** со дня выдачи направления на госпитализацию



с момента обращения

24  
часа

сроки ожидания приема **врачами-терапевтами участковыми**, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми с момента обращения в медицинскую организацию



со дня обращения

14  
дней\*\*

срок проведения **консультаций врачей-специалистов** со дня обращения пациента в медицинскую организацию

**Приказ Минздрава России от 02.06.2015 № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача отоларинголога, врача-офтальмолога и врача акушера-гинеколога»**

- Врач-педиатр участковый -15 мин
  - Врач-терапевт участковый -15 мин
  - Врач общей практики (семейный врач) -18 мин
  - Врач невролог -22 мин
  - Врач-отоларинголог – 16 мин
  - Врач-офтальмолог -14 мин
  - Врач –акушер гинеколог -22 мин
- N/b В целях рационального планирования и эффективного использования врачей-специалистов применяются корректирующие коэффициенты, учитывающие посещения с профилактической целью, повторность, оформление документов, возрастной, половой состав, степени тяжести заболеваний.

## Рекомендуемые (плановые) значения показателя среднечасовой нагрузки врачей отдельных специальностей на амбулаторно-поликлиническом приеме

Наименование врачебной специальности	Рекомендуемое значение показателя (число посещений в час)
Врач общей практики	4,0 (на дому – 1,5)
Терапевт	4,0 (на дому – 1,5)
Хирург	6,0
Педиатр	4,0 (на дому – 2,0)
Акушер-гинеколог	4,0
Невролог	3,0
Офтальмолог	5,0
Отоларинголог	5,0
Эндокринолог	3,0
Кардиолог	3,0
Психиатр	4,0 (на дому – 1,0)
Инфекционист	4,0
Фтизиатр	4,0 (на дому – 0,8)
Онколог	3,0

# Показатели и критерии оценки эффективности деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения и его руководителя приказ Минздрава России от 28.06.2013 №241

Показатель	критерий	Оценка, баллы
Выполнение государственного заказа	100%	+3
	95-100%	+1
	90-95%	0
Доля посещений с профилактической целью от общего числа посещений	<b>30% и более</b>	+2
	От 25% до 30%	+1
	Менее 25%	0
Запущенность онкологических заболеваний	Менее 30%	+1
	30% и более	0
Обоснованные жалобы	Отсутствие	+1
	1 и более	0

# Показатели и критерии оценки эффективности деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения и его руководителя приказ Минздрава России от 28.06.2013 №241

Показатель	критерий	Оценка, баллы
Выполнение планов по достижению соотношений заработной платы по всем категориям медицинских работников со средней заработной платой в субъекте	110% и более	+2
	От 100 до 110%	+1
	Менее 100%	-1
Укомплектованность врачебным персоналом (% от штатной численности)	70% и более	+10
	Менее 70%	
Укомплектованность средним медицинским персоналом (% от штатной численности)	70% и более	+1
	Менее 70%	0

**Приказ Минздрава России от 08.11.2013 №11-9/10/2-8309  
«О формировании и экономическом обосновании ТПГГ  
бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»**

Определены единицы объемов при планировании медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

Наименование показателей	Показатели на 1 жителя в год
Кратность посещений в целом на 1 жителя в год	2,6-3,2
Для мед помощи ,оказываемой с профилактической и иными целями (включая посещение центров здоровья в связи с диспансеризацией, посещение среднего медицинского персонала)	2,77 (2,31 посещения на 1 застрахованное лицо)
Для мед помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями	2,12 законченного сл. С кратностью не менее 2 на 1 чел (1,92 обращения на 1 застрахованное лицо)
Для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме	0,46 на 1 жителя
Для медицинской помощи в условиях дневных стационаров	0,665 пациенто-дней на 1 жителя (0,56 на 1 застрахованное лицо)

# Не урегулированные вопросы в ФЗ-323, требующие разработки в подзаконных нормативно-правовых актах

1. ПМСП может оказываться при внезапных острых заболеваниях и состояниях, а также при обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента. Однако требуется разработка критериев неотложности состояний и соответствующих алгоритмов действия медицинских работников и медорганизаций при неотложных состояниях.
2. ПМСП может оказываться только в амбулаторных условиях и в дневном стационаре, а специализированная медицинская помощь - только в стационарных условиях. Тогда что такое специализированная медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара, упоминаемая в ст. 34 Основ?
3. Нормативы обеспеченности специалистами различаются в порядках оказания медицинской

# Перспективы

## развития

- 1. Информатизация на всех уровнях оказания медицинской помощи. Паспорт пациента.
- 2. Реструктуризация – перераспределение ресурсов : КДЦ в медицинских округах и прикрепленные к ним поликлиники, кабинеты (отделения) ВОП.
- 3. Работа первичного звена по типу общей врачебной практики.
- 4. Создание эффективных медицинских организаций по типу «Бережливая поликлиника»

**Благодарю за  
внимание!**