

# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

## ПРИКАЗ

28 июля 1999 г.

№ 297

### О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В настоящее время в Российской Федерации, как и в большинстве экономически развитых стран, сложилась ситуация, характеризующаяся увеличением в составе населения абсолютной численности и доли лиц пожилого и старческого возраста.

Численность лиц пенсионного возраста составляет более 30 млн. человек или пятую часть всего населения Российской Федерации, при этом 3.2 млн. человек - в возрасте 80 лет и старше. Процесс старения населения особенно выражен в европейской части России (Волго-Вятский, Северо-Западный, Центральный, Центральные-Черноземный районы), где доля лиц старше трудоспособного возраста превышает 23%.

Это приводит к нарастанию социально-экономических и медицинских проблем и требует проведения структурных преобразований в здравоохранении, направленных на увеличение объемов и доступности медицинской и медико-социальной помощи пожилым.

Население старших возрастов страдает множественными тяжелыми хроническими заболеваниями, протекающими на фоне сниженных компенсаторных возможностей. Уровень заболеваемости у пожилых (60-74 года) почти в 2 раза выше, а у лиц старческого возраста (75 лет и старше) - в 6 раз выше, чем у лиц молодого возраста.

Указанные группы населения используют значительные ресурсы здравоохранения, однако потребность в получении ими квалифицированной медицинской помощи на догоспитальном и стационарном этапах удовлетворяется не в полной мере.

По данным научных исследований, потребность в амбулаторно-поликлинической помощи у пожилых в 2-4 раза выше чем у лиц трудоспособного возраста, в то время как реальные показатели обращаемости за медицинской помощью на догоспитальном этапе граждан старших возрастных групп лишь в 1,5 раза превышают аналогичные данные для трудоспособного населения.

Уровень госпитализации в старших возрастных группах составляет около 165 случаев на 1000 человек, что также несколько ниже расчетной потребности.

Потребность в госпитализации по отдельным видам специализированной медицинской помощи (кардиология, эндокринология, пульмонология, урология, офтальмология, неврология, психиатрия и другим) для лиц старших возрастов в 1,5-3 раза превышает аналогичные показатели для трудоспособного населения. Необходимость в медико-социальной стационарной помощи по расчетам составляет 49 случаев госпитализации на 1000 лиц старше трудоспособного возраста.

При планировании сети больничных учреждений для лечения указанного контингента также необходимо учитывать, что длительность пребывания на больничной койке у лиц пожилого и престарелого возрастов выше.

Однако, существующая система организации оказания медицинской помощи практически не учитывает указанных особенностей, что требует осуществления целенаправленных мер по созданию системы гериатрической помощи, повышению уровня знаний по гериатрии врачей общей лечебной сети и проведению научно-исследовательских работ в области геронтологии и гериатрии, в том числе и по вопросам профилактики преждевременного старения населения.

Организация медико-социальной помощи требует более тесного взаимодействия органов и учреждений здравоохранения и социальной защиты населения, в ряде случаев совместного решения поставленных задач на основе интеграции финансовых и других ресурсов.

С целью повышения объемов и качества оказания медицинской и медико-социальной помощи лицам пожилого и престарелого возрастов, профилактики преждевременного старения, а также интенсификации научных исследований в области геронтологии, приказываю:

1. Внести дополнения и изменения в номенклатуру учреждений здравоохранения, утвержденную приказом Минздрава России от 09.04.98 N 110 "Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения" (Приложение 1) <\*>.

-----  
<\*> Письмом Министерства юстиции Российской Федерации от 01.06.98 N 3614-ВЭ приказ Минздрава России от 09.04.98 N 110 "Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения" признан не нуждающимся в государственной регистрации как не содержащий правовых норм.

2. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

2.1. Организовать гериатрические центры и обеспечить их деятельность согласно положению (Приложение 2).

При наличии необходимого материально-технического, финансового и кадрового потенциала, возложить функции гериатрических центров на существующие многопрофильные гериатрические больницы или госпитали ветеранов войн.

2.2. При проведении реструктуризации коечного фонда принять меры к созданию сети гериатрических больниц и отделений, учреждений медико-социальной помощи (хосписов, домов и отделений сестринского ухода) в соответствии с потребностью. Обеспечить деятельность гериатрических больниц и отделений согласно положению (Приложение 3).

2.3. Утвердить в установленном порядке правила направления на консультацию в гериатрические центры и госпитализации в указанные учреждения, гериатрические больницы (отделения), а также больницы (дома) и отделения сестринского ухода.

2.4. Организовать в амбулаторно-поликлинических учреждениях отделения медико-социальной помощи для проведения больным старших возрастных групп и инвалидам лечебно-реабилитационных мероприятий, в том числе на дому, в соответствии с положением (Приложение 4).

2.5. Рассмотреть совместно с территориальными органами социальной защиты населения возможность долевого участия в финансировании гериатрических, медико-социальных больниц (отделений) и медико-социальных отделений поликлиник.

При необходимости внести соответствующие предложения в органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

2.6. С учетом потребности и предполагаемого развития сети гериатрических и медико-социальных учреждений (подразделений) принять меры по подготовке и повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала по гериатрии, а также по повышению уровня знаний врачей общей лечебной сети по актуальным вопросам гериатрии.

2.7. Обеспечить направление на повышение квалификации по специальности "гериатрия":

- врачей, работающих в лечебно-профилактических учреждениях (отделениях), реорганизуемых в гериатрические центры, больницы и отделения, а также в госпитали ветеранов войн и отделения медико-социальной помощи, - на циклы продолжительностью более 100 часов очной части;

- врачей, приступивших к исполнению трудовой деятельности в лечебно-профилактических учреждениях (отделениях) гериатрического профиля до 1 января 1995 г. и имеющих непрерывный стаж работы в вышеперечисленных учреждениях (отделениях) не менее пяти лет, - на циклы продолжительностью менее 100 часов очной части.

2.8. Утвердить должности и назначить внештатных главных специалистов-гериатров (геронтологов).

3. Руководителям государственных медицинских образовательных учреждений обеспечить последипломную подготовку по гериатрии врачей, фельдшеров и медицинских сестер общей лечебной сети по заявкам органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

4. Научно-исследовательскому институту геронтологии Минздрава России:

4.1. Принять меры по формированию в течение 1999-2000 годов в структуре института научно-исследовательских и клинических подразделений по гериатрической кардиологии, гериатрической неврологии, гериатрической ортопедии и проблемам профилактики преждевременного старения.

4.2. Совместно с главным геронтологом Минздрава России обеспечить научно-методическое руководство по созданию и функционированию сети гериатрических учреждений (подразделений).

4.3. В рамках Межведомственного научного совета по геронтологии и гериатрии Российской академии медицинских наук и Минздрава России обеспечить координацию научных исследований по геронтологии и проблемам преждевременного старения.

5. Научно-производственному объединению "Медсоцэкономинформ" Минздрава России:

5.1. В течение 1999 года разработать и утвердить в установленном порядке дифференцированные расчетные нормативы обеспечения и стоимости стационарной специализированной медицинской и медико-социальной помощи населению трудоспособного и пенсионного возрастов.

5.2. При проведении мониторинга за ходом реформирования и развития здравоохранения в субъектах Российской Федерации, с 1999 года осуществлять анализ работы по формированию сети и организации деятельности гериатрических и медико-социальных учреждений и подразделений.

5.3. Ежегодно проводить выборочные социологические исследования среди населения старших возрастных групп по актуальным вопросам охраны здоровья и обеспечения качества жизни.

Информацию по результатам исследований представлять в Департамент организации медицинской помощи населению не позднее 25 декабря текущего года.

6. Департаменту организации медицинской помощи населению:

6.1. Оказывать методическую и практическую помощь органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и учреждениям здравоохранения Российской Федерации по вопросам организации гериатрической и медико-социальной помощи.

6.2. Изучить опыт работы медико-социальных учреждений и подразделений и в IV квартале 1999 года направить соответствующее информационное письмо в органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

6.3. Изучить опыт внедрения стационарозамещающих технологий лечения больных пожилого и старческого возраста. По результатам подготовить и в I квартале 2000 года направить в органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации информационное письмо.

6.4. Совместно с кафедрой геронтологии и гериатрии Российской медицинской академии последиplomного образования провести в III квартале 1999 г. на базе Ставропольского краевого госпиталя ветеранов войн (по согласованию) совещание-семинар для главных врачей гериатрических больниц и начальников госпиталей ветеранов войн по вопросам организации лекарственного обеспечения стационаров и льготных категорий граждан при амбулаторном лечении.

7. Департаменту научно-исследовательских и образовательных медицинских учреждений:

7.1. В IV квартале 1999 года внести изменения и дополнения в учебные программы подготовки специалистов с высшим и средним медицинским образованием, включив в них в необходимом объеме вопросы геронтологии и гериатрии.

7.2. При пересмотре унифицированных программ повышения квалификации специалистов клинического профиля с высшим и средним медицинским образованием предусмотреть включение в них вопросов геронтологии и гериатрии, в необходимом объеме.

7.3. Создать временный творческий коллектив для подготовки в течение 1999-2000 годов учебных пособий по гериатрии для систем среднего специального, высшего и дополнительного медицинского образования.

7.4. Разработать совместно с главным геронтологом Минздрава России, Межведомственным научным советом по геронтологии и гериатрии Российской академии медицинских наук и Минздрава России, специалистами НИИ геронтологии Минздрава России, и

других научно-исследовательских и образовательных медицинских учреждений и в IV квартале 1999 года утвердить в установленном порядке Программу научно-исследовательских работ по геронтологии на 2000-2003 годы.

7.5. Совместно с кафедрой геронтологии и гериатрии Российской медицинской академии последипломного образования провести во II квартале 2000 г. совещание-семинар для преподавателей высших медицинских образовательных учреждений по вопросам организации и методологии проведения базовой и последипломной подготовки по геронтологии и гериатрии.

8. Департаменту экономики, планирования и финансирования здравоохранения предусмотреть финансирование мероприятий, указанных в пункте 7 настоящего приказа, в пределах средств, выделяемых по разделу 06 "Фундаментальные исследования и содействие научно-техническому прогрессу" бюджета Минздрава России на 1999-2000 г.

9. Управлению кадровой политики, Департаменту организации медицинской помощи населению при разработке квалификационных тестов для средних медицинских работников предусмотреть включение в них вопросов геронтологии и гериатрии.

10. Главному геронтологу Минздрава России Лазебнику Л.Б. в течение III квартала 1999 г. подготовить и представить в Департамент научно-исследовательских и образовательных медицинских учреждений обоснованные предложения по внесению необходимых изменений и дополнений в учебные программы подготовки специалистов с высшим и средним медицинским образованием, а также в унифицированные программы повышения квалификации таких специалистов клинического профиля по вопросам геронтологии и гериатрии.

11. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителей министра Вялкова А.И., Солодкого В.А., Стуколову Т.И. в соответствии с возложенными на них функциями.

Министр  
здравоохранения  
Российской Федерации  
Ю.Л.ШЕВЧЕНКО

Приложение N 1  
к приказу Минздрава России  
от 28.07.1999 г. N 297

**ДОПОЛНЕНИЯ  
В НОМЕНКЛАТУРУ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ,  
УТВЕРЖДЕННУЮ ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВА РОССИИ  
ОТ 09.04.98 N 110 "ОБ УТВЕРЖДЕНИИ НОМЕНКЛАТУРЫ  
УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ"**

Включить в подраздел 1.1. "Больничные учреждения" раздела 1 "Лечебно-профилактические учреждения" приложения 1 к приказу Минздрава России от 09.04.98 N 110 "Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения":

- в подпункт 1.1.4. "Специализированные больницы" - гериатрическая больница;
- в подпункт 1.1.6. "Центры" - гериатрический центр.

Приложение N 2  
к приказу Минздрава России

## **ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА**

### 1. Общие положения.

1.1. Гериатрический центр (далее - Центр) - учреждение здравоохранения, организуемое в субъекте Российской Федерации или муниципальном образовании с численностью населения от 300 тысяч человек.

1.2. Функции центра могут быть возложены на госпиталь ветеранов войн, гериатрическую больницу, либо на многопрофильную больницу, в структуре которой есть гериатрические отделения.

1.3. Центр предназначен для оказания специализированной стационарной и консультативно-диагностической медицинской помощи населению пожилого и старческого возрастов и лицам с признаками преждевременного старения организма, а также обеспечения организационно-методического руководства деятельностью медицинских, медико-социальных учреждений и специалистов по вопросам оказания гериатрической помощи.

1.4. В своей работе Центр руководствуется законодательством Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, нормативно-методическими документами Минздрава России и территориальных органов управления здравоохранением.

1.5. Мощность Центра и профиль его стационарных отделений определяются, территориальным органом управления здравоохранением с учетом демографической структуры и заболеваемости населения в соответствующей административной территории.

1.6. Центр может являться клинической базой медицинских образовательных и научно-исследовательских учреждений.

1.7. Контроль за деятельностью Центра осуществляет соответствующий территориальный орган управления здравоохранением и иные организации в пределах компетенции, установленной законодательством.

1.8. Организация и ликвидация Центра осуществляется по решению территориального органа управления здравоохранением в соответствии с утвержденным Уставом.

### 2. Цели и задачи Центра.

2.1. Основной целью деятельности Центра является организация и оказание специализированной гериатрической медицинской помощи населению старших возрастных групп и лицам с признаками преждевременного старения организма.

2.2. Для выполнения этой цели, Центр решает следующие задачи:

- мониторинг состояния здоровья лиц старших возрастных групп и потребности их в медицинской и медико-социальной помощи;

- анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений общей лечебной сети, гериатрических и медико-социальных учреждений и подразделений по оказанию лечебно-диагностической и реабилитационной помощи населению старших возрастных групп и лицам с признаками преждевременного старения организма;

- мониторинг выполнения государственных гарантий, в том числе льгот по медицинскому и лекарственному обеспечению, отдельным видам протезирования;

- участие в разработке региональных и территориальных программ по совершенствованию медицинской помощи и лекарственного обеспечения указанным категориям граждан;

- оказание консультативной, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи населению старших возрастных групп и лицам с признаками преждевременного старения;

- подбор адекватных лекарственных и немедикаментозных методик лечения в различных возрастных группах;

- внедрение в практику современных методов диагностики, лечения и реабилитации, адаптированных к применению у пожилых больных и лиц с признаками преждевременного старения;

- проведение санитарно-просветительной работы, содействие в социально-психологической адаптации пожилым и обучение навыкам ухода за ними;
- оказание организационно-методической и практической помощи лечебно-профилактическим учреждениям и специалистам общей лечебной сети по вопросам гериатрии; проведение совещаний, конференций и семинаров по актуальным вопросам геронтологии и гериатрии;
- обеспечение взаимодействия с органами и учреждениями социальной защиты населения при решении медико-социальных вопросов.

### 3. Структура и штаты.

#### 3.1. В структуру Центра включаются:

- гериатрические стационарные отделения различного профиля;
- консультативное отделение;
- отделения диагностики;
- организационно-методический отдел;
- вспомогательные подразделения и службы.

3.2. Штатная численность медицинского персонала для стационарных отделений определяется главным врачом Центра в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами медицинского персонала госпиталей ветеранов войн, утвержденными в установленном порядке.

#### 3.3. Рекомендуемые нормы нагрузки для консультативного приема в Центре:

- два посещения к врачу-консультанту в час (для дермато-венеролога, невропатолога, психиатра, терапевта, кардиолога, гастроэнтеролога, пульмонолога, эндокринолога, травматолога-ортопеда, хирурга, ангиохирурга, уролога, гинеколога);
- три посещения к врачу-консультанту в час (для отоларинголога, офтальмолога, стоматолога-терапевта, стоматолога-хирурга).

3.4. Часовая норма нагрузки для медицинского персонала диагностических подразделений (рентгенологии, ультразвуковой диагностики, эндоскопии, функциональной диагностики и др.), а также вспомогательных лечебных отделений и кабинетов (физиотерапии, оксигено-баротерапии и др.) устанавливаются главным врачом Центра в зависимости от реальных затрат времени на исследование или процедуру с учетом данных хронометража.

3.5. В Центре необходимо предусмотреть консультативный прием специалистов по социально-правовым вопросам и медицинской психологии.

3.6. В штаты организационно-методического отдела Центра могут быть включены должности социолога и оператора ЭВМ.

3.7. Врачебный и средний медицинский персонал Центра должен иметь соответствующую подготовку по гериатрии.

### 4. Управление и финансирование.

4.1. Руководство Центром осуществляет главный врач, назначаемый на должность территориальным органом управления здравоохранением и освобождаемый от должности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.2. Финансирование Центра может осуществляться из бюджета соответствующего уровня, средств обязательного медицинского страхования и иных источников в соответствии с действующим законодательством.

4.3. К решению вопросов, связанных с организацией деятельности Центра и выполнением поставленных задач, могут привлекаться территориальные органы и учреждения социальной защиты населения, Попечительский совет и иные общественные и религиозные организации.

**ПОЛОЖЕНИЕ  
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ (ОТДЕЛЕНИЯ)**

1. Общие положения.

1.1. Гериатрическая больница (гериатрическое отделение многопрофильной больницы), далее Больница (Отделение) - учреждение (структурное подразделение учреждения) здравоохранения, организуемое в муниципальном образовании с численностью населения от 50 тысяч человек с учетом потребности в указанном виде медицинской помощи.

1.2. Больница (Отделение) предназначается для оказания плановой гериатрической, в том числе специализированной, стационарной медицинской помощи, а также долечивания и медицинской реабилитации после проведения курса интенсивного лечения в стационарах (отделениях) иного профиля, гражданам пожилого и старческого возрастов и лицам с признаками преждевременного старения организма.

1.3. В своей работе Больница руководствуется законодательством Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, нормативно-методическими документами Минздрава России и территориальных органов управления здравоохранением.

1.4. Мощность и профиль Больницы (Отделения) определяются органом управления здравоохранением муниципального образования с учетом демографической структуры и заболеваемости населения в административной территории.

1.5. Больница (Отделение) может являться клинической базой медицинских образовательных и научно-исследовательских учреждений.

1.6. Контроль за деятельностью Больницы осуществляют территориальные органы управления здравоохранением и иные организации в пределах компетенции, установленной законодательством.

Контроль за деятельностью Отделения осуществляется руководством многопрофильной больницы в установленном порядке.

1.7. Организация и ликвидация Больницы осуществляется в соответствии с утвержденным Уставом по решению органа управления здравоохранением муниципального образования, а организация и закрытие Отделения - по решению руководства многопрофильной больницы.

2. Цели и задачи Больницы (Отделения).

2.1. Основной целью деятельности Больницы (Отделения) является оказание плановой специализированной гериатрической медицинской и реабилитационной помощи населению старших возрастных групп и лицам с признаками преждевременного старения организма.

2.2. В соответствии с этой целью Больница (Отделение) выполняет следующие задачи:

- оказание консультативной, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи пожилым гражданам и лицам с признаками преждевременного старения;
- оказание организационно-методической и практической помощи лечебно-профилактическим учреждениям и специалистам общей лечебной сети по вопросам гериатрии; проведение совещаний, конференций и семинаров по актуальным вопросам геронтологии и гериатрии.

3. Структура и штаты.

3.1. В структуру Больницы могут включаться:

- стационарные отделения различного профиля;
- консультативное отделение;
- отделения диагностики;
- организационно-методический отдел (кабинет);
- вспомогательные подразделения и службы.

3.2. Отделение является структурным подразделением многопрофильной больницы.

3.3. Штатная численность медицинского персонала Больницы (Отделения) определяется главным врачом в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами и нормами нагрузки.

3.4. Рекомендуемые штатные нормативы врачебного персонала для стационарных отделений Больницы (Отделения) устанавливаются из расчета 1 должность на следующее количество коек в отделениях (палатах):

Наименование отделений (палат)	Наименование должностей врачей	Количество коек на 1 должность врача
Неврологическое	невропатолог	15
Офтальмологическое	офтальмолог	20
Психиатрическое	психиатр	15
Терапевтическое, в том числе кардиологическое, гастроэнтерологическое, пульмонологическое и др.	терапевт (кардиолог, гастроэнтеролог, пульмонолог и др.)	15
Травматолого-ортопедическое	травматолог-ортопед	15
Хирургическое, в том числе сосудистой, гнойной хирургии и др.	хирург (ангиохирург)	15
Урологическое	уролог	15
Гинекологическое	гинеколог	15

Рекомендуемые штатные нормативы среднего медицинского персонала (палатных сестер) для стационарных отделений Центра устанавливаются из расчета 1 круглосуточный дежурный пост на следующее количество коек в отделениях (палатах):

Наименование отделений (палат)	Количество коек на 1 круглосуточный дежурный пост	
	при 3-степенной системе обслуживания больных	при 2-степенной системе обслуживания больных
Неврологическое	15	10
Офтальмологическое	25	20
Психиатрическое	15	-
Терапевтическое, в том числе кардиологическое, гастроэнтерологическое, пульмонологическое и др.	15	10
Травматолого-ортопедическое	15	10
Хирургическое, в том числе сосудистой, гнойной хирургии и др.	15	10
Урологическое	15	10
Гинекологическое	20	15

Дежурные посты палатных санитарок или младших медицинских сестер по уходу за больными устанавливаются в полном соответствии с числом дежурных постов медицинских сестер.

3.5. Рекомендуемые нормы нагрузки для консультативного приема в Больнице:

- два посещения к врачу-консультанту в час (для дермато-венеролога, невропатолога, психиатра, терапевта, кардиолога, гастроэнтеролога, пульмонолога, эндокринолога, травматолога-ортопеда, хирурга, ангиохирурга, уролога, гинеколога);

- три посещения к врачу-консультанту в час (для отоларинголога, офтальмолога, стоматолога-терапевта, стоматолога-хирурга).

3.6. Часовая норма нагрузки для медицинского персонала диагностических подразделений (рентгенологии, ультразвуковой диагностики, эндоскопии, функциональной диагностики и др.), а также вспомогательных лечебных отделений и кабинетов (физиотерапии, оксигено-баротерапии и др.) устанавливаются главным врачом Больницы в зависимости от реальных затрат времени на исследование или процедуру с учетом данных хронометража.

3.7. В Больнице (Отделении) могут быть дополнительно введены должности специалистов по социальной работе и медицинской психологии.

3.8. Врачебный и средний медицинский персонал Больницы (Отделения) должен иметь соответствующую подготовку по гериатрии.

#### 4. Управление и финансирование.

4.1. Руководство Больницей осуществляет главный врач, назначаемый на должность органом управления здравоохранением муниципального образования и освобождаемый от должности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Руководство Отделением осуществляет заведующий, назначаемый на должность и освобождаемый от должности в соответствии с законодательством Российской Федерации главным врачом многопрофильной больницы, в состав которой входит Отделение.

4.2. Финансирование Больницы (Отделения в составе многопрофильной больницы) может осуществляться из бюджета соответствующего уровня, средств обязательного медицинского страхования и иных источников в соответствии с действующим законодательством.

4.3. К решению вопросов, связанных с организацией деятельности Больницы (Отделения) и выполнением поставленных задач, могут привлекаться территориальные органы и учреждения социальной защиты населения. Попечительский совет и иные общественные и религиозные организации.

Приложение N 4  
к приказу Минздрава России  
от 28.07.1999 г. N 297

### **ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ**

#### 1. Общие положения.

1.1. Отделение медико-социальной помощи (далее Отделение) - структурное подразделение амбулаторно-поликлинического учреждения или поликлинического отделения, специализированного диспансера и медико-санитарной части, независимо от их организационно-правовой формы и ведомственной подчиненности.

1.2. Отделение организуется для оказания долговременной медицинской (диагностической, лечебной и реабилитационной) и медико-социальной помощи, преимущественно на дому, больным старших возрастных групп и инвалидам, частично или полностью утратившим способность к передвижению и самообслуживанию.

1.3. В своей деятельности Отделение руководствуется законодательными и нормативными актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, нормативно-методическими документами Минздрава России и территориальных органов управления здравоохранением.

1.4. Мощность Отделения определяется главным врачом поликлиники, диспансера, медико-санитарной части исходя из потребности населения старших возрастных групп, проживающих в зоне ее обслуживания, из расчета не менее 250 обслуживаемых больных в течение года.

1.5. Руководство Отделением осуществляет врач-гериатр или медицинская сестра с высшим медицинским образованием и дополнительной подготовкой по гериатрии.

1.6. Контроль за деятельностью Отделения осуществляется в пределах компетенции руководством лечебно-профилактического учреждения, в составе которого находится Отделение.

1.8. Организация и ликвидация Отделения осуществляется в установленном порядке по решению руководства лечебно-профилактического учреждения.

## 2. Цели и задачи Отделения.

2.1. Основной целью Отделения является обеспечение доступности медицинской и медико-социальной помощи больным старших возрастных групп и инвалидам, частично или полностью утратившим способность к передвижению и самообслуживанию.

2.2. С этой целью Отделение выполняет следующие функции:

- в соответствии с назначениями лечащего врача организует и обеспечивает проведение диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий;

- проводит санитарно-просветительную работу, оказывает содействие в социально-психологической адаптации лицам пожилого возраста, осуществляет обучение правилам пользования средствами реабилитации, реабилитационной техникой и приспособлениями, навыкам ухода за пациентами:

- обеспечивает в пределах своей компетенции взаимодействие с территориальными органами и учреждениями социальной защиты населения, медико-социальными экспертными комиссиями, организациями, осуществляющими продажу и прокат средств инвалидной техники, и другими государственными и общественными организациями и учреждениями.

## 3. Штаты Отделения.

3.1. Штатная численность медицинского персонала Отделения определяется главным врачом лечебно-профилактического учреждения в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений, упомянутых в п. 1.1. настоящего Положения и нормами нагрузки, установленными в зависимости от реальных затрат времени на исследование или процедуру, с учетом данных хронометража.

3.2. К работе в Отделении могут привлекаться специалисты по социальной работе в здравоохранении и/или социальные работники (по согласованию с органами социальной защиты населения).

3.3. Средний медицинский персонал Отделения должен иметь соответствующую подготовку по гериатрии.

## 4. Финансирование Отделения.

Финансирование Отделения осуществляется в установленном порядке из средств соответствующих бюджетов, средств обязательного медицинского страхования и иных источников в соответствии с действующим законодательством.

---