

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРИКАЗ
от 31 мая 1996 г. N 222**

**О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ СЛУЖБЫ ЭНДОСКОПИИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

(в ред. Приказа Минздрава РФ от 16.06.1997 N 184)

Развитие эндоскопической техники в последние десятилетия, основанное на применении волоконной оптики, позволило значительно расширить использование малоинвазивных инструментальных методов исследования в медицинской практике.

В настоящее время эндоскопия получила достаточно широкое распространение как в диагностике, так и в лечении различных заболеваний. В лечебной практике появилось новое направление - хирургическая эндоскопия, позволяющая добиваться при сохранении лечебного результата выраженного экономического эффекта за счет значительного сокращения сроков госпитализации и затрат на лечение больных.

Преимущества эндоскопических методов обеспечивают быстрое развитие этой службы в Российской Федерации.

За последние 5 лет количество отделений и кабинетов эндоскопии в лечебно-профилактических учреждениях увеличилось в 1,7 раза, а оснащенность их эндоскопической техникой - 2,5 раза.

С 1991 по 1995 год число врачей - эндоскопистов возросло в 1,4 раза; 35% специалистов имеют квалификационные категории (1991 г. - 20%).

Постоянно расширяется объем выполненных исследований и лечебных процедур. По сравнению с 1991 годом число их увеличилось соответственно в 1,5 и 2 раза. В 1995 году было выполнено 142,7 тыс. операций с использованием эндоскопической техники.

В ряде территорий страны создана круглосуточная служба неотложной эндоскопической помощи, что позволяет значительно улучшить показатели по экстренной хирургии, травматологии и гинекологии. Разработаны и активно внедряются компьютерные программы для оценки результатов эндоскопических исследований.

Вместе с тем, в организации деятельности службы эндоскопии имеются серьезные недостатки и нерешенные проблемы.

Подразделения эндоскопии имеют лишь 38,5 процентов больниц сельских районов, 21,7 процентов диспансеров (в т.ч. 8 процентов - противотуберкулезных), 3,6 процентов амбулаторно-поликлинических учреждений.

В учреждениях здравоохранения, расположенных в сельской местности, работает всего 17 процентов от общего числа специалистов в области эндоскопии.

В штатной структуре врачей-эндоскопистов высок удельный вес совместителей из числа врачей других специальностей.

Возможности эндоскопии используются недостаточно из-за нечеткой организации работы существующих подразделений, медленного внедрения в практику новых форм управления и организации труда медицинского персонала, распыления специалистов, занятых в эндоскопии, между другими специализированными службами, отсутствия высокоэффективных эндоскопических диагностических и лечебных программ, алгоритмов.

В ряде случаев дорогостоящее эндоскопическое оборудование используется крайне нерационально из-за слабой подготовленности специалистов, особенно по хирургической эндоскопии, отсутствия должной преемственности в работе с врачами других специальностей. Нагрузка на один эндоскоп с волоконной оптикой в 2 раза ниже нормативной.

Определенные трудности в организации службы обусловлены отсутствием необходимой нормативной базы, рекомендаций по оптимизации структуры и штатного расписания, номенклатуры исследований в подразделениях эндоскопии различной мощности.

Качество эндоскопической аппаратуры, производимой отечественными предприятиями, не в полной мере отвечает современным техническим требованиям.

В целях совершенствования организации службы эндоскопии и повышения эффективности ее работы, быстрее внедрения новых диагностических и лечебных методов, в том числе хирургической эндоскопии, а также улучшения подготовки кадров и технического оснащения подразделений современной эндоскопической аппаратурой утверждаю:

1. Положение о главном внештатном специалисте по эндоскопии Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации и органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации (Приложение 1).
2. Положение об отделе, отделении, кабинете эндоскопии (Приложение 2).
3. Положение о заведующем отделом, отделением, кабинетом эндоскопии (Приложение 3).
4. Положение о враче-эндоскописте отдела, отделения, кабинета эндоскопии (Приложение 4).
5. Положение о старшей медицинской сестре отдела, отделения эндоскопии (Приложение 5).

6. Положение о медицинской сестре отдела, отделения, кабинета эндоскопии (Приложение 6).

7. Расчетные нормы времени на эндоскопические исследования, лечебно-диагностические процедуры, операции (Приложение 7).

8. Инструкцию по применению расчетных норм времени на эндоскопические исследования (Приложение 8).

9. Инструкцию по разработке расчетных норм времени при внедрении новой аппаратуры или новых видов исследований и лечения (Приложение 9).

10. Квалификационную характеристику врача-эндоскописта (Приложение 10).

11. Рекомендуемый примерный перечень минимального объема эндоскопических исследований для лечебно-профилактических учреждений (Приложение 11).

12. Методику расчета цен на эндоскопические исследования (Приложение 12).

13. Журнал регистрации исследований, выполняемых в отделе, отделении, кабинете эндоскопии - форма N 157/у-96 (Приложение 13).

14. Инструкцию по заполнению Журнала регистрации исследований, выполняемых в отделе, отделении, кабинете эндоскопии - форма N 157/у-96 (Приложение 14).

15. Дополнение к перечню форм первичной медицинской документации (Приложение 15).

16. Рекомендации по обработке аппаратов и инструментов, используемых в отделах, отделениях, кабинетах эндоскопии (Приложение 16).

Приказываю:

1. Министрам здравоохранения республик в составе Российской Федерации, руководителям органов и учреждений здравоохранения краев, областей, автономных образований, городов Москвы и Санкт-Петербурга:

1.1. В течение 1996 года разработать и осуществить необходимые мероприятия по формированию единой службы эндоскопии в территории, включающей диагностическую, лечебную и хирургическую эндоскопию, с учетом профиля лечебно-профилактических учреждений и местных условий.

1.2. При планировании сети подразделений эндоскопии обратить особое внимание на организацию их в учреждениях первичного звена, в том числе сельского здравоохранения.

1.3. Назначить главных внештатных специалистов по эндоскопии и организовать работу в соответствии с Положением, утвержденным настоящим Приказом.

1.4. Привлекать к организационно-методической и консультативной работе по эндоскопии кафедры научно-исследовательских институтов, учебных вузов и образовательных учреждений последипломной подготовки.

1.5. Организовать работу отделов, отделений, кабинетов эндоскопии в соответствии с настоящим Приказом.

1.6. Устанавливать численность персонала отделов, отделений и кабинетов эндоскопии в соответствии с объемом работы на основе расчетных норм времени на эндоскопические исследования.

1.7. Принять необходимые меры к максимальному использованию эндоскопической аппаратуры с волоконной оптикой, обеспечив нагрузку на аппарат не менее 700 исследований в год.

1.8. Обеспечить регулярную подготовку врачей лечебной сети по актуальным вопросам эндоскопии.

2. Управлению организации медицинской помощи населению (А.А. Карпеев) оказать организационно-методическую помощь органам здравоохранения по организации и функционированию службы эндоскопии в территориях Российской Федерации.

3. Управлению учебных заведений (Володин Н.Н.) дополнить учебные программы подготовки специалистов по эндоскопии в образовательных учреждениях последипломной подготовки с учетом внедрения в практику современной аппаратуры и новых методов исследования.

4. Управлению научных учреждений (Нифантьев О.Е.) продолжить работу по созданию новой эндоскопической аппаратуры, соответствующей современным техническим требованиям.

5. Ректорам институтов усовершенствования врачей обеспечить в полном объеме заявки учреждений здравоохранения на подготовку врачей-эндоскопистов в соответствии с утвержденными типовыми программами.

6. Считать утратившими силу для учреждений системы Минздравмедпрома России Приказ Минздрава СССР N 1164 от 10 декабря 1976 года "Об организации эндоскопических отделений (кабинетов) в лечебно-профилактических учреждениях", приложения N 8, 9 к Приказу Минздрава СССР N 590 от 25 апреля 1986 г. "О мерах по дальнейшему улучшению профилактики, ранней диагностики и лечения злокачественных новообразований" и Приказ Минздрава СССР N 134 от 23 февраля 1988 г. "Об утверждении расчетных норм времени на эндоскопические исследования и лечебно-диагностические процедуры".

7. Контроль за исполнением Приказа возложить на заместителя министра Деменкова А.Н.

Министр здравоохранения и
медицинской промышленности
Российской Федерации

Приложение 1
к Приказу Минздравмедпрома РФ
от 31 мая 1996 г. N 222

**ПОЛОЖЕНИЕ
О ГЛАВНОМ ВНЕШТАТНОМ СПЕЦИАЛИСТЕ ПО ЭНДСКОПИИ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ СУБЪЕКТОВ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

1. Общие положения

1.1. Главным внештатным специалистом по эндоскопии назначается врач-эндоскопист, имеющий высшую или первую квалификационную категорию или ученую степень и обладающий организаторскими способностями.

1.2. Главный внештатный специалист организует свою работу на основе контракта с органом управления здравоохранением.

1.3. Главный внештатный специалист работает по плану, утверждаемому руководством соответствующего органа управления здравоохранением, ежегодно отчитывается о его выполнении.

1.4. Главный внештатный специалист подчиняется руководству соответствующего органа управления здравоохранением.

1.5. Главный внештатный специалист по эндоскопии в своей работе руководствуется настоящим Положением, приказами и указаниями соответствующих органов управления здравоохранением, действующим законодательством.

1.6. Назначение и освобождение главного внештатного специалиста осуществляется в установленном порядке и в соответствии с условиями контракта.

2. Основными задачами главного внештатного специалиста по эндоскопии являются разработка и проведение мероприятий, направленных на улучшение организации и повышение эффективности диагностической, лечебной и хирургической эндоскопии в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях, внедрение в практику лечебно-профилактических учреждений новых методов исследований и лечения, организационных форм и методов работы, алгоритмов диагностики и лечения, рациональное и эффективное использование материальных и кадровых ресурсов здравоохранения.

3. Главный внештатный специалист в соответствии с возложенными на него задачами обязан:

3.1. Принимать участие в разработке комплексных планов по развитию и совершенствованию курируемой службы.

3.2. Анализировать состояние и качество службы в территории, принимать необходимые решения по оказанию практической помощи.

3.3. Принимать участие в подготовке нормативно-распорядительных документов, предложений в вышестоящие органы управления здравоохранением и другие инстанции по развитию и совершенствованию курируемой службы, а также в подготовке и проведении научно-практических конференций, семинаров, симпозиумов, занятий в школах передового опыта.

3.4. Обеспечивать тесное взаимодействие с другими диагностическими службами и клиническими подразделениями с целью расширения возможностей и повышения уровня лечебно-диагностического процесса.

3.5. Содействовать внедрению в работу лечебно-профилактических учреждений достижений науки и практики в области диагностики и лечения, эффективных организационных форм и методов работы, передового опыта, научной организации труда.

3.6. Определять потребность в современной аппаратуре и расходных материалах, принимать участие в распределении средств местного бюджета, выделяемых на приобретение медицинской аппаратуры и оборудования.

3.7. Принимать участие в экспертной оценке предложений по производству медицинской техники и инструментов, поступающих от предприятий и организаций с различными формами собственности.

3.8. Участвовать в проведении аттестации врачей и средних медицинских работников, занимающихся эндоскопией, в работе по сертификации деятельности медицинского персонала, разработке медико-экономических стандартов и тарифов цен.

3.9. Принимать участие в разработке перспективных планов по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала, занимающихся эндоскопией.

3.10. Осуществлять взаимодействие с профильной ассоциацией специалистов по актуальным проблемам совершенствования службы.

4. Главный внештатный специалист имеет право:

4.1. Запрашивать и получать всю необходимую информацию для изучения работы лечебно-профилактических учреждений по специальности.

4.2. Координировать деятельность главных специалистов по эндоскопии подведомственных органов управления здравоохранением.

4.3. Давать рекомендации руководителям органов управления здравоохранением по развитию и совершенствованию службы.

5. Главный внештатный специалист в целях повышения качества медицинской помощи населению по своей специальности в установленном порядке организует совещания специалистов подведомственных органов и учреждений здравоохранения с привлечением научной и медицинской общественности для обсуждения научных и организационно-методических вопросов.

Начальник Управления
организации медицинской
помощи населению
А.А.КАРПЕЕВ

Приложение 2
к Приказу Минздравмедпрома РФ
от 31 мая 1996 г. N 222

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОТДЕЛЕ, ОТДЕЛЕНИИ, КАБИНЕТЕ ЭНДОСКОПИИ

1. Отдел, отделение, кабинет эндоскопии является структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения.

2. Руководство отделом, отделением, кабинетом эндоскопии осуществляет заведующий, назначаемый и увольняемый в установленном порядке руководителем учреждения здравоохранения.

3. Деятельность отдела, отделения, кабинета эндоскопии регламентируется соответствующими нормативными документами и настоящим Положением.

4. Основными задачами отдела, отделения, кабинета эндоскопии являются:

- наиболее полное удовлетворение потребности населения во всех основных видах лечебной и диагностической эндоскопии, предусмотренных специализацией и перечнем методов и методик, рекомендуемых для лечебно-профилактических учреждений различного уровня;

- использование в практике новых, современных, наиболее информативных способов диагностики и лечения, рациональное расширение перечня методов исследований;

- рациональное и эффективное использование дорогостоящей медицинской аппаратуры.

5. В соответствии с указанными задачами отдел, отделение, кабинет эндоскопии осуществляет:

- освоение и внедрение в практику своей работы методов лечебной и диагностической эндоскопии, соответствующих профилю и уровню лечебно-профилактического учреждения, новых приборов и аппаратов, прогрессивной технологии исследований;

- проведение эндоскопических исследований и выдачу по их результатам врачебных заключений.

6. Отдел, отделение, кабинет эндоскопии размещается в специально оборудованных помещениях, полностью отвечающих требованиям правил по устройству, эксплуатации и технике безопасности.

7. Оснащение отдела, отделения, кабинета эндоскопии осуществляется в соответствии с уровнем и профилем лечебно-профилактического учреждения.

8. Штаты медицинского и технического персонала устанавливаются в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, выполняемым или планируемым объемом работ и в зависимости от местных условий на основе расчетных норм времени на эндоскопические исследования.

9. Нагрузка специалистов определяется задачами отдела, отделения, кабинета эндоскопии, положением об их функциональных обязанностях, а также расчетными нормами времени на проведение различных исследований.

10. В отделе, отделении, кабинете эндоскопии ведется вся необходимая учетно-отчетная документация по утвержденным формам и архив медицинских документов с соблюдением установленных нормативными документами сроками хранения.

Начальник Управления
организации медицинской
помощи населению
А.А.КАРПЕЕВ

Приложение 3
к Приказу Минздравмедпрома РФ
от 31 мая 1996 г. N 222

**ПОЛОЖЕНИЕ
О ЗАВЕДУЮЩЕМ ОТДЕЛОМ <*>, ОТДЕЛЕНИЕМ,
КАБИНЕТОМ ЭНДОСКОПИИ**

1. На должность заведующего отделом назначается квалифицированный врач-эндоскопист, имеющий опыт работы по специальности не менее 3 лет, обладающий организаторскими способностями.

<*> В дальнейшем тексте - "заведующий отделом".

2. Назначение и увольнение заведующего отделом производится главным врачом лечебно-профилактического учреждения в установленном порядке.

3. Заведующий отделом подчиняется непосредственно главному врачу учреждения или его заместителю по лечебным вопросам.

4. В своей работе заведующий отделом руководствуется положениями о лечебно-профилактическом учреждении, отделе, отделении, кабинете эндоскопии, настоящим Положением, должностными инструкциями, приказами и другими действующими нормативными документами.

5. В соответствии с задачами отдела, отделения, кабинета эндоскопии заведующий осуществляет:

- организацию деятельности подразделения, руководство и контроль за работой его персонала;

- консультативную помощь врачам-эндоскопистам;

- разбор сложных случаев и ошибок в диагностике;

- освоение и внедрение новых современных методов эндоскопии и технических средств;

- мероприятия по координации и преемственности в работе между подразделениями лечебно-профилактического учреждения;

- содействие систематическому повышению квалификации персонала;

- контроль за ведением медицинской документации и архива;

- контроль за сохранностью и рациональным использованием оборудования и аппаратуры, технически грамотной их эксплуатацией;

- оформление и представление в установленном порядке заявок на приобретение новой аппаратуры, расходных материалов;

- разработку мероприятий по обеспечению точности и достоверности проводимых исследований, предусматривающих своевременное и грамотное техническое обслуживание изделий медицинской техники и регулярный метрологический контроль средств измерений, используемых в подразделении;

- систематический анализ качественных и количественных показателей деятельности, подготовку и представление в установленные сроки отчетов о работе и разработку на их основе мероприятий по совершенствованию деятельности подразделения.

6. Заведующий отделом обязан:

- обеспечить точное и своевременное выполнение персоналом служебных обязанностей, правил внутреннего распорядка;

- своевременно доводить до сотрудников приказы и распоряжения администрации, а также инструктивно-методические и другие документы;

- контролировать соблюдение правил охраны труда и пожарной безопасности;

- повышать свою квалификацию в установленном порядке.
7. Заведующий отделом имеет право:
- принимать непосредственное участие в подборе кадров для отделения;
 - проводить расстановку кадров в подразделении и распределять обязанности между сотрудниками;
 - отдавать распоряжения и указания сотрудникам в соответствии с уровнем их компетенции, квалификации и характером возложенных на них функций;
 - участвовать в совещаниях, конференциях, на которых рассматриваются вопросы, связанные с работой подразделения;
 - представлять подчиненных ему сотрудников к поощрению или к наложению взыскания;
 - вносить предложения администрации учреждения по вопросам улучшения работы подразделения, условий и оплаты труда.
8. Распоряжения заведующего являются обязательными для всего персонала подразделения.
9. Заведующий отделом, отделением, кабинетом эндоскопии несет полную ответственность за уровень организации и качество работы подразделения.

Начальник Управления
организации медицинской
помощи населению
А.А.КАРПЕЕВ

Приложение 4
к Приказу Минздравмедпрома РФ
от 31 мая 1996 г. N 222

**ПОЛОЖЕНИЕ
О ВРАЧЕ-ЭНДОСКОПИСТЕ <*> ОТДЕЛА, ОТДЕЛЕНИЯ,
КАБИНЕТА ЭНДОСКОПИИ**

1. На должность врача-эндоскописта назначается специалист с высшим медицинским образованием, получивший специальность "лечебное дело" или "педиатрия", освоивший программу подготовки по эндоскопии в соответствии с квалификационными требованиями и получивший сертификат специалиста.

<*> В дальнейшем тексте - "врач-эндоскопист".

2. Подготовка врача-эндоскописта осуществляется на базе институтов и факультетов усовершенствования врачей из числа специалистов по лечебному делу и педиатрии.

3. В своей работе врач-эндоскопист руководствуется положением о лечебно-профилактическом учреждении, отделе, отделении, кабинете эндоскопии, настоящим Положением, должностными инструкциями, приказами и другими действующими нормативными документами.

4. Врач-эндоскопист непосредственно подчиняется заведующему подразделением, а в его отсутствие - руководителю лечебно-профилактического учреждения.

5. Распоряжения врача-эндоскописта являются обязательными для среднего и младшего медицинского персонала подразделения эндоскопии.

6. В соответствии с задачами отдела, отделения, кабинета эндоскопии врач осуществляет:

- выполнение исследований и выдачу по их результатам своих заключений;
- участие в разборе сложных случаев и ошибок в диагностике и лечении, выявлении и анализе причин расхождения заключения по методам эндоскопии с результатами других диагностических методов;

- освоение и внедрение диагностических и лечебных методов и аппаратуры;
- качественное ведение медицинской учетно-отчетной документации, архива, анализ качественных и количественных показателей работы;

- контроль за работой среднего и младшего медицинского персонала в пределах своей компетенции;

- контроль за сохранностью и рациональным использованием оборудования и аппаратуры, технически грамотной их эксплуатацией;

- участие в повышении квалификации среднего и младшего медицинского персонала.

7. Врач-эндоскопист обязан:

- обеспечить точное и своевременное выполнение своих служебных обязанностей, правил внутреннего трудового распорядка;
 - контролировать соблюдение средним и младшим медперсоналом правил санитарии, хозяйственно-технического состояния подразделения;
 - представлять заведующему подразделением эндоскопии, а при его отсутствии - главному врачу отчеты о работе;
 - соблюдать правила охраны труда и пожарной безопасности.
8. Врач-эндоскопист имеет право:
- вносить предложения администрации по вопросам улучшения деятельности подразделения, организации и условий труда;
 - участвовать в совещаниях, конференциях, на которых рассматриваются вопросы, связанные с работой подразделения эндоскопии;
 - повышать свою квалификацию в установленном порядке.
9. Назначение и увольнение врача-эндоскописта производится главным врачом учреждения в установленном порядке.

Начальник Управления
организации медицинской
помощи населению
А.А.КАРПЕЕВ

Приложение 5
к Приказу Минздравмедпрома РФ
от 31 мая 1996 г. N 222

**ПОЛОЖЕНИЕ
О СТАРШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ ОТДЕЛА,
ОТДЕЛЕНИЯ ЭНДОСКОПИИ**

1. На должность старшей медицинской сестры отдела, отделения эндоскопии назначается квалифицированная медицинская сестра со средним медицинским образованием, прошедшая специальную подготовку по эндоскопии и обладающая организаторскими способностями.
2. В своей работе старшая медицинская сестра отдела, отделения руководствуется положениями о лечебно-профилактическом учреждении, отделе, отделении эндоскопии, настоящим Положением, должностными инструкциями, приказами и распоряжениями заведующего отделом, отделением.
3. Старшая медицинская сестра непосредственно подчиняется заведующему отделом, отделением эндоскопии.
4. В подчинении старшей медицинской сестры находятся средний и младший медицинский персонал отдела, отделения.
5. Основными задачами старшей медицинской сестры отдела, отделения эндоскопии являются:
- рациональная расстановка и организация труда среднего и младшего медицинского персонала;
 - контроль за работой среднего и младшего медицинского персонала отдела, отделения, за соблюдением вышеназванным персоналом правил внутреннего распорядка, санитарного и противоэпидемического режима, состоянием и сохранностью аппаратуры и оборудования;
 - своевременное оформление заявок на медикаменты, расходные материалы, ремонт аппаратуры и т.д.;
 - ведение необходимой учетно-отчетной документации отдела, отделения;
 - осуществление мероприятий по повышению квалификации среднего медицинского персонала отдела, отделения;
 - соблюдение правил охраны труда, пожарной безопасности и внутреннего трудового распорядка.
6. Старшая медицинская сестра отдела, отделения эндоскопии обязана:
- повышать свою квалификацию в установленном порядке;
 - информировать заведующего отделом, отделением о состоянии дел в отделе, отделении и работе среднего и младшего медицинского персонала.
7. Старшая медицинская сестра отдела, отделения эндоскопии имеет право:
- отдавать распоряжения и указания среднему и младшему медицинскому персоналу отдела, отделения в пределах их должностных обязанностей и контролировать их выполнение;

- вносить предложения заведующему отделом, отделением по улучшению организации и условий труда среднего и младшего медицинского персонала отдела, отделения;
- принимать участие в совещаниях, проводимых в отделе, отделении при рассмотрении вопросов, относящихся к ее компетенции.

8. Распоряжение старшей медицинской сестры является обязательным для исполнения средним и младшим персоналом отдела, отделения.

9. Старшая медицинская сестра отдела, отделения эндоскопии несет ответственность за своевременное и качественное выполнение задач и обязанностей, предусмотренных настоящим Положением.

10. Назначение и увольнение старшей медицинской сестры отдела, отделения производится главным врачом учреждения в установленном порядке.

Начальник Управления
организации медицинской
помощи населению
А.А.КАРПЕЕВ

Приложение 6
к Приказу Минздравмедпрома РФ
от 31 мая 1996 г. N 222

**ПОЛОЖЕНИЕ
О МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ <*> ОТДЕЛА, ОТДЕЛЕНИЯ,
КАБИНЕТА ЭНДОСКОПИИ**

1. На должность медицинской сестры назначается медицинский работник, имеющий среднее медицинское образование и прошедший специальную подготовку по эндоскопии.

<*> В дальнейшем тексте - "медицинская сестра".

2. В своей работе медицинская сестра руководствуется положением об отделе, отделении, кабинете эндоскопии, настоящим Положением и должностными инструкциями.

3. Медицинская сестра работает под непосредственным руководством врача-эндоскописта и старшей медицинской сестры отделения.

4. Медицинская сестра осуществляет:

- вызов пациентов на обследование, подготовку их и участие в диагностических, лечебных и хирургических вмешательствах в рамках выполнения отведенных ей технологических операций;
- регистрацию пациентов и исследований в учетной документации по установленной форме;
- регулирование потока посетителей, очередности исследований и предварительной записи на исследование;

- общую подготовительную работу по обеспечению функционирования диагностической и вспомогательной аппаратуры, текущего контроля за ее работой, своевременной регистрации неисправностей, создания необходимых условий труда в диагностических и лечебных кабинетах и на своем рабочем месте;

- контроль за сохранностью, расходом необходимых материалов (медикаментов, перевязочных средств, инструментария и т.д.) и своевременное их пополнение;

- повседневные мероприятия по поддержанию надлежащего санитарного состояния помещений отдела, отделения, кабинета и своего рабочего места, а также по соблюдению требований гигиены и санитарно-противоэпидемического режима;

- качественное ведение медицинской документации.

5. Медицинская сестра обязана:

- повышать свою квалификацию;
- выполнять правила охраны труда, пожарной безопасности и внутреннего трудового распорядка.

6. Медицинская сестра имеет право:

- вносить предложения старшей медицинской сестре или врачу отделения, кабинета по вопросам организации работы подразделения и условий своего труда;

- принимать участие в совещаниях, проводимых в подразделении по вопросам, относящимся к ее компетенции.

7. Медицинская сестра несет ответственность за своевременное и качественное выполнение своих обязанностей, предусмотренных настоящим Положением и правилами внутреннего трудового распорядка.

8. Назначение и увольнение медицинской сестры производится главным врачом учреждения в установленном порядке.

Начальник Управления
организации медицинской
помощи населению
А.А.КАРПЕЕВ

Приложение 7
к Приказу Минздравмедпрома РФ
от 31 мая 1996 г. N 222

РАСЧЕТНЫЕ НОРМЫ ВРЕМЕНИ
НА ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ
ПРОЦЕДУРЫ, ОПЕРАЦИИ

N	Наименование исследования	Время на 1 исследование, процедуру, операцию (мин.)			
		диагностические		лечебно-диагностич.	
		взрослым	детям	взрослым	детям
1.	Эзофагоскопия	30	40	60	70
2.	Эзофагогастроскопия	45	50	60	70
3.	Эзофагогастродуоденоскопия	55	60	70	80
4.	Эзофагогастродуоденоскопия при ретроградной холангиопанкреатографии	90	90	120	120
5.	Еюноскопия	80	90	120	120
6.	Холедохоскопия	60	-	90	-
7.	Фистулохоледохоскопия	90	-	120	-
8.	Ректоскопия	25	30	40	50
9.	Ректосигмоидоскопия	60	60	90	90
10.	Ректосигмоидоколоноскопия	100	120	150	150
11.	Эпифаринго-ларингоскопия	40	45	45	50
12.	Трахеобронхоскопия	60	65	80	85
13.	Торакоскопия	90	90	120	120
14.	Медиастиноскопия	90	90	120	120
15.	Лапароскопия	90	90	120	120
16.	Фистулоскопия	60	70	90	90
17.	Цистоскопия	30	30	60	60
18.	Гистероскопия	40	40	50	50
19.	Вентрикулоскопия	50	50	80	80
20.	Нефроскопия	100	100	120	120
21.	Артроскопия	60	70	90	100
22.	Артериоскопия	60	60	90	90
Эндоскопические операции					
1.	На органах брюшной полости (исключая гемиколэктомия, резекцию желудка, гастрэктомию)	-	-	210	210
2.	Гемиколэктомия, резекция желудка, гас-				

3.	троэктомия На органах грудной полости	-	-	360	360
4.	На органах малого та- за	-	-	360	360
5.	Забрюшинного прос- транства	-	-	210	210
6.	Средостения	-	-	210	210
7.	Черепя	-	-	210	210

1. Расчетные нормы времени на эндоскопические операции предназначены для врачей-эндоскопистов, выполняющих данные хирургические вмешательства.

2. Расчетные нормы времени на эндоскопическую операцию увеличиваются на соответствующее количество врачей-эндоскопистов, ее выполняющих.

Начальник Управления
организации медицинской
помощи населению
А.А.КАРПЕЕВ

Приложение 8
к Приказу Минздравмедпрома РФ
от 31 мая 1996 г. N 222

**ИНСТРУКЦИЯ
ПО ПРИМЕНЕНИЮ РАСЧЕТНЫХ НОРМ ВРЕМЕНИ
НА ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Расчетные нормы времени на эндоскопические исследования определяются с учетом необходимого соотношения между оптимальной производительностью труда медперсонала и высоким качеством и полнотой диагностических и лечебных эндоскопических исследований.

Настоящая Инструкция предназначена для заведующих отделениями и врачей отделений эндоскопии для использования ее в целях рационального применения расчетных норм времени, утвержденных настоящим Приказом Минздравмедпрома России.

Основное назначение расчетных норм времени на эндоскопические исследования заключается в их использовании при:

- решении вопросов совершенствования организации деятельности отделов, отделений, кабинетов эндоскопии;
- планировании и организации труда медицинского персонала этих подразделений;
- анализе трудозатрат медперсонала;
- формировании штатных нормативов медперсонала соответствующих лечебно-профилактических учреждений.

1. Использование расчетных норм времени на эндоскопические исследования для планирования и организации труда медицинского персонала отделов, отделений, кабинетов эндоскопии

Удельный вес работы медперсонала по непосредственному проведению эндоскопических исследований (основная и вспомогательная деятельность, работа с документацией) составляет у врачей и медсестер 85% рабочего времени. Это время и включено в расчетные нормы времени. Время на другую необходимую работу и личное необходимое время в нормах не учтено.

У врачей - это совместное обсуждение с лечащими врачами клинических и инструментальных данных, участие во врачебных конференциях, разборах, обходах, обучение и контроль за работой персонала, освоение методик и новой техники, работа с архивом и документацией, административно-хозяйственная работа.

У медсестер - это подготовительная работа в начале рабочего дня, уход за аппаратурой, получение необходимых материалов и медикаментов, выдача заключений, приведение рабочего места в порядок после смены.

Время на проведение эндоскопических исследований, процедур или операций по экстренным показаниям, а также время переходов (переездов) для их проведения вне отдела, отделения, кабинета эндоскопии учитывается по фактическим затратам.

Для заведующих отделами, отделениями, кабинетами эндоскопии может быть установлен дифференцированный объем работы по непосредственному выполнению исследований, операций в зависимости от местных условий - профиля учреждения, фактического или планируемого годового объема работы подразделения, численности медицинского персонала и др.

При определении расчетных норм нагрузки врачей и среднего медицинского персонала рекомендуется руководствоваться методикой нормирования труда медперсонала (М., 1987, утвержденной Минздравом СССР). При этом соотношение вышеуказанных затрат рабочего времени принято за основу.

Для учета работы персонала отделов, отделений, кабинетов эндоскопии возможности сопоставления его загруженности и т.д., расчетные нормы времени и определяемые нормы нагрузки врачей и среднего медицинского персонала приводятся к общей единице измерения - условным единицам. За одну условную единицу принимается 10 минут рабочего времени. Таким образом, сменная норма нагрузки определяется исходя из продолжительности рабочей смены, установленной для персонала.

В соответствии с разъяснением Министерства труда Российской Федерации от 29.12.92 N 5, утвержденного Постановлением от 29.12.92 N 65, перенос выходных дней, совпадающих с праздничными днями, осуществляется на предприятиях, в учреждениях и организациях, применяющих различные режимы труда и отдыха, при которых работа в праздничные дни не производится.

Норма рабочего времени на определенные периоды времени исчисляется по расчетному графику пятидневной рабочей недели с двумя выходными днями, в субботу и воскресенье, исходя из следующей продолжительности ежедневной работы (смены):

- при 40-часовой рабочей неделе - 8 часов, в предпраздничные дни - 7 часов;

- при продолжительности рабочей недели менее 40 часов - количество часов, получаемое в результате деления установленной продолжительности рабочей недели на пять дней, накануне праздничных дней в этом случае сокращение рабочего времени не производится (статья 47 КЗОТ Российской Федерации).

На основе анализа проделанной работы отдельного сотрудника и подразделения в целом принимаются управленческие решения, направленные на совершенствование труда персонала, внедрение более эффективных методов исследования, позволяющих повысить качество и информативность выполняемых исследований, чтобы наиболее полно удовлетворить потребность в этом виде диагностики.

2. Использование расчетных норм времени на эндоскопические исследования для учета и анализа деятельности отдела, отделения, кабинета эндоскопии

Вопросы использования, рациональной расстановки и формирования численности медицинского персонала решаются на основе объективно сложившегося или планируемого объема работы подразделения с использованием рекомендуемых нормативов по труду.

Фактический или планируемый годовой объем деятельности по проведению эндоскопических исследований, выраженный в условных единицах, определяется по формуле:

$$T = t_1 \times n_1 + t_2 \times n_2 + \dots + t_i \times n_i, \quad (1)$$

где: T - фактический или планируемый годовой объем деятельности по проведению эндоскопических исследований, выраженный в условных единицах; t₁, t₂, t_i - время в условных единицах в соответствии с утвержденными расчетными нормами времени на исследование (основное и дополнительное); n₁, n₂, n_i - фактическое или планируемое число исследований в течение года по отдельным диагностическим методикам.

Сопоставление фактического годового объема деятельности с плановым позволяет осуществлять интегральную оценку деятельности подразделения, получить представление о производительности труда его персонала и эффективности деятельности подразделения в целом.

Выполнение исследований в течение года в большем объеме может быть достигнуто за счет интенсификации труда медперсонала или путем увеличения количества времени, используемого на основную деятельность, за счет значительного уменьшения доли других необходимых видов труда. Если это не является результатом использования средств автоматизации исследований и расчета физиологических параметров, приемов более рациональной организации труда врачей и медицинских сестер, то такая интенсификация труда неизбежно приводит к снижению качества, информативности и достоверности заключений. Невыполнение плана по объему деятельности может быть результатом неправильного планирования, следствием дефектов в организации труда и в руководстве подразделением. Поэтому как невыполнение плана, так и чрезмерное его перевыполнение должны одинаково тщательно анализироваться и заведующим кабинетом (отделением), и руководством лечебно-профилактического учреждения с целью выявления их причин и принятия соответствующих мер. Допустимыми можно считать отклонения фактического объема деятельности от годового планируемого в рамках +20% ... -10%.

Наряду с общими показателями выполненной работы традиционно анализируется структура проведенных исследований и количество исследований по отдельным эндоскопическим методам

для оценки сбалансированности и адекватности структуры, достаточности количества исследований реально существующей потребности в них.

Средние затраты времени на одно исследование определяются:

$$C = \frac{\Phi}{\Pi} \text{ у.е.}, \quad (2)$$

где: С - средние затраты времени на одно исследование; Ф - общие фактические затраты времени (на основные и дополнительные диагностические манипуляции) суммарно на все выполненные исследования по определенной диагностической или лечебной методике (в усл. ед.); П - число выполненных исследований по этой же диагностической методике.

Соответствие средних затрат времени на исследование расчетным нормам времени (в %) по определенному методу определяется по формуле:

$$K = \frac{C}{t} \times 100 \quad (3)$$

Допустимо, наряду с изложенным, применение других традиционных и нетрадиционных способов анализа с расчетом и использованием других показателей.

Руководителям учреждений, главным специалистам необходимо также осуществлять контроль за рациональным использованием кадров медицинского персонала и при определении штатной численности ориентироваться на результаты годового или многолетнего анализа фактического или планируемого объема деятельности отделения.

Начальник Управления
организации медицинской
помощи населению
А.А.КАРПЕЕВ

Приложение 9
к Приказу Минздравмедпрома РФ
от 31 мая 1996 г. N 222

**ИНСТРУКЦИЯ
ПО РАЗРАБОТКЕ РАСЧЕТНЫХ НОРМ ВРЕМЕНИ
ПРИ ВНЕДРЕНИИ НОВОЙ АППАРАТУРЫ ИЛИ НОВЫХ ВИДОВ
ИССЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ**

При внедрении новых методов диагностики и технических средств их реализации, в основе которых лежат иные методология и технология исследований, новое содержание труда медперсонала, отсутствие утвержденных Минздравмедпромом России расчетных норм времени, они могут разрабатываться на месте и согласовываться с комитетом профсоюза в тех учреждениях, где внедряются новые методики.

Разработка новых расчетных норм включает в себя проведение хронометражных замеров фактических затрат времени на отдельные элементы труда, обработку этих данных (по методике, излагаемой ниже), расчет затрат времени на исследование в целом.

До проведения хронометража составляется перечень технологических операций (основных и дополнительных) по каждому методу. В этих целях рекомендуется использовать методологию, примененную при составлении универсального перечня элементов труда по технологическим операциям. При этом возможно использовать и сам "Перечень...", адаптируя каждую технологическую операцию к технологии конкретного нового метода диагностики или лечения.

Хронометраж осуществляется с использованием листов хронометражных замеров, в которых последовательно излагаются наименования технологических операций и время их проведения.

Обработка результатов хронометражных замеров включает расчет средних затрат времени, определение фактического и экспертного коэффициента повторяемости по каждой технологической операции и расчетного времени на выполнение изучаемого исследования.

**УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ЭЛЕМЕНТОВ ТРУДА
ПО ТЕХНОЛОГИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ, РЕКОМЕНДУЕМЫЙ
ПРИ РАЗРАБОТКЕ РАСЧЕТНЫХ НОРМ ВРЕМЕНИ**

1. Беседа с больным
2. Изучение медицинской документации
3. Подготовка к исследованию
4. Мытье рук
5. Консультация с лечащим врачом
6. Проведение исследования
7. Советы, рекомендации больному
8. Консультация с зав. отделением
9. Обработка аппарата и инструментов
10. Оформление мед. документации
11. Оформление биопсийного материала
12. Запись в регистрационный журнал

Средние затраты времени на отдельную технологическую операцию определяются как средняя арифметическая величина по всем замерам.

Фактический коэффициент повторяемости технологических операций в каждом исследовании рассчитывается по формуле:

$$K = \frac{\Pi}{N}, \quad (4)$$

где: К - фактический коэффициент повторяемости технологической операции; П - число захронометрированных исследований по определенному методу исследования, в которых данная технологическая операция имела место; N - общее число тех же захронометрированных исследований.

Экспертный коэффициент повторяемости технологической операции определяется наиболее квалифицированным врачом-эндоскопистом, владеющим данной методикой, исходя из сложившегося опыта применения метода и профессионального представления о должной повторяемости технологической операции.

Расчетное время на каждую технологическую операцию определяется путем умножения среднего фактического времени, затраченного на данную операцию по хронометражу, на экспертный коэффициент ее повторяемости.

Расчетное время на выполнение исследования в целом определяется отдельно для врача и медицинской сестры как сумма расчетного времени на выполнение всех технологических операций по данному методу. Оно после утверждения приказом руководителя лечебно-профилактического учреждения является расчетной нормой времени на выполнение данного вида исследования в данном учреждении.

Для обеспечения достоверности местных норм времени и их соответствия истинным затратам времени, не зависящим от случайных причин, количество исследований, подвергающихся хронометражным замерам, должно быть возможно большим, но не менее 20 - 25.

Разрабатывать местные нормы времени можно только тогда, когда персонал отдела, отделения, кабинета достаточно хорошо освоил методы, когда выработал в выполнении диагностических и лечебных манипуляций определенный автоматизм и профессиональные стереотипы. До этого выполнение исследований осуществляется в порядке освоения новых методов, в рамках затрат времени, предусмотренных на прочие виды деятельности.

Начальник Управления
организации медицинской
помощи населению
А.А.КАРПЕЕВ

Приложение 10
к Приказу Минздравмедпрома РФ
от 31 мая 1996 г. N 222

КВАЛИФИКАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРАЧА-ЭНДОСКОПИСТА

Уровень врача-эндоскописта определяется с учетом объема и качества проводимой работы, наличия теоретической подготовки в области основной и смежных специальностей, регулярности прохождения обучения в специализированных учебных заведениях, имеющих специальный сертификат.

Оценка практической подготовки врача-эндоскописта производится под руководством эндоскопического подразделения и учреждения по месту работы специалиста. Общее мнение отражается в производственной характеристике с места работы. Оценка теоретических знаний и соответствие практических навыков современному уровню развития эндоскопии производится на аттестационных циклах, проводимых кафедрами по эндоскопии.

В соответствии с требованиями специальности врач-эндоскопист должен знать, уметь, владеть:

1. Общие знания:

- перспективы развития эндоскопии;
- основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения в области эндоскопии;
- общие вопросы организации плановой и экстренной эндоскопической помощи в стране взрослому населению и детям, пути совершенствования эндоскопической службы;
- организацию медицинской помощи в военно-полевых условиях при массовых поражениях и катастрофах;
- этиологию и пути распространения острозаразных заболеваний и их профилактику;
- работу врача-эндоскописта в условиях страховой медицины;
- топографическую анатомию бронхолегочного аппарата, пищеварительного тракта, органов брюшной полости и малого таза, анатомические и физиологические особенности детского возраста;
- причины возникновения патологических процессов, с которыми обычно встречается эндоскопист;
- диагностические и лечебные возможности различных эндоскопических методов;
- показания и противопоказания к диагностической, лечебной и оперативной эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, лапароскопии, бронхоскопии;
- способы обработки, дезинфекции и стерилизации эндоскопов и инструментов;
- принципы, приемы и методы обезболивания в эндоскопии;
- клиническую симптоматику основных хирургических и терапевтических заболеваний;
- принципы обследования и подготовки больных к эндоскопическим методам исследования и ведения больных после исследований;
- оборудование эндоскопических кабинетов и операционных, технику безопасности при работе с аппаратурой;
- устройство и принцип действия эндоскопической аппаратуры и подсобных инструментов, применяемых при различных эндоскопических исследованиях.

2. Общие умения:

- собрать анамнез и сопоставить полученные сведения с данными имеющейся медицинской документации на больного с тем, чтобы выбрать нужный вид эндоскопического исследования;
- самостоятельно провести простые способы обследования: пальцевые исследования прямой кишки при кровотечениях, пальпация живота, перкуссия и аускультация живота и легких;
- выявить аллергическую предрасположенность больного к анестетикам с тем, чтобы правильно определить вид анестезии, при которой будет выполняться эндоскопическое исследование;
- определить показания и противопоказания к выполнению того или иного эндоскопического исследования;
- научить больного правильно вести себя во время эндоскопического исследования;
- выбрать оптимальный вид и тип эндоскопа (жесткий, гибкий, с торцовой, торцово-боковой или просто боковой оптикой) в зависимости от характера планируемой эндоскопии;
- владеть методами местной инфильтрационной анестезии, местной анестезии глоточного кольца и трахеобронхиального дерева;
- необходимы знания способов биопсии и умения их выполнения;
- владение оформлением медицинской документации и оформлением протоколов исследования;
- умение составления отчета о проделанной работе и проведение анализа эндоскопической деятельности.

3. Специальные знания и умения:

Специалист-эндоскопист должен знать профилактику, клинику и лечение, уметь диагностировать и оказывать необходимую помощь при следующих состояниях:

- аллергические реакции;
- ларингоспазм;
- бронхоспазм;
- остановка сердца;
- внутриорганный или внутрибрюшной кровотечение, возникшее в процессе выполнения эндоскопического исследования;
- перфорация полого органа;
- острая сердечная и дыхательная недостаточность;
- остановка дыхания и сердечной деятельности.

Специалист-эндоскопист должен знать:

- клинику, диагностику, профилактику и принципы лечения основных заболеваний легких (острого и хронического бронхита, бронхиальной астмы, острой и хронической пневмонии, рака легких, доброкачественных опухолей легких, диссеминированных заболеваний легких);
- клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний желудочно-кишечного тракта (эзофагита, гастрита, язвенных поражений желудка и 12-перстной кишки, рака и доброкачественных опухолей желудка, 12-перстной кишки и толстой кишки, заболеваний оперированного желудка, хронических колитов, гепатита и цирроза печени, панкреатита и холецистита, опухолей гепато-панкреатодуоденальной зоны, острого аппендицита);
- владеть техникой эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, бронхоскопии, лапароскопии, используя при этом все приемы для детального осмотра слизистой пищевода, желудка, 12-перстной кишки при эзофагогастродуоденоскопии, всех отделов толстой и терминального отдела подвздошной кишки - при колоноскопии;
- трахеобронхиального дерева, вплоть до бронхов 5 порядка - при бронхоскопии, серозных покровов, а также абдоминальных органов брюшной полости - при лапароскопии;
- визуально четко определять анатомические границы физиологических сужений и отделов исследуемых органов;
- правильно оценивать ответные реакции сфинктерных аппаратов исследуемых органов в ответ на введение эндоскопа и воздуха;
- в условиях искусственного освещения и некоторого увеличения правильно отличать макроскопические признаки нормального строения слизистых, серозных покровов и паренхиматозных органов от патологических проявлений в них;
- производить прицельную биопсию из патологических очагов слизистых оболочек серозных покровов и абдоминальных органов;
- ориентировать и фиксировать материал биопсии для гистологического исследования;
- правильно делать мазки-отпечатки для цитологического исследования;
- удалять и брать асцитическую жидкость, выпот из брюшной полости для цитологического исследования и посева;
- на основании выявленных микроскопических признаков изменений слизистых, серозных покровов или тканей паренхиматозных органов определить нозологическую форму заболевания;
- клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний органов малого таза (доброкачественных и злокачественных опухолей матки и придатков, воспалительных заболеваний придатков, внематочной беременности).

4. Исследования и манипуляции:

- эзофагогастродуоденофиброскопия;
- бронхофиброскопия и жесткая бронхоскопия;
- колонофиброскопия;
- холедохоскопия;
- лапароскопия;
- еюноскопия;
- прицельная биопсия из слизистых оболочек, серозных покровов и абдоминальных органов;
- извлечение инородных тел из трахеобронхиального дерева, верхних отделов желудочно-кишечного тракта и толстой кишки во время эндоскопического исследования;
- местный гемостаз во время эзофагогастродуоденоскопии;
- эндоскопическая полипэктомия;
- эндоскопическое удаление доброкачественных опухолей из пищевода и желудка;
- расширение и рассечение рубцовых и послеоперационных сужений пищевода;
- папиллосфинктеротомия и вирсунготомия и извлечение камней из протоков;
- установление зонда для питания;
- дренирование брюшной полости, желчного пузыря, забрюшинного пространства;
- удаление органов малого таза во время лапароскопии по показаниям;
- удаление органов брюшной полости во время лапароскопии по показаниям;
- удаление органов забрюшинного пространства под эндоскопическим контролем по показаниям.

В зависимости от уровня знаний, а также исходя из стажа работы, количества, качества и вида выполняемых диагностических исследований, лечебных вмешательств аттестационная комиссия решает вопрос о присвоении врачу-эндоскописту соответствующей квалификационной категории.

Начальник Управления
организации медицинской
помощи населению
А.А.КАРПЕЕВ

РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ
МИНИМАЛЬНОГО ОБЪЕМА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
ДЛЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

N	Наименование исследования	Лечебно-профилактическое учреждение		
		городские, районные б-цы, МСЧ, поликлин.	центральный (районные городские, окружные) больницы, центральный МСЧ	диагност. центры, республ. (в составе РФ), краевые, обл. больницы, диспанс.
1.	Эзофагоскопия	+	+	+
2.	Эзофагогастроскопия	+	+	+
3.	Эзофагогастродуоденоскопия	+	+	+
4.	Эзофагогастродуоденоскопия при ретроградной холангиопанкреатографии	-	-	+
5.	Еюноскопия	-	-	+
6.	Холедохоскопия	-	-	+
7.	Фистулохоледохоскопия	-	-	+
8.	Ректоскопия	+	+	+
9.	Ректосигмоидоскопия	+	+	+
10.	Ректосигмоидоколоноскопия	-	+	+
11.	Эпифаринго-ларингоскопия	+	+	+
12.	Трахеобронхоскопия	-	+	+
13.	Торакоскопия	-	-	+
14.	Медиастиноскопия	-	-	+
15.	Лапароскопия	-	+	+
16.	Фистулоскопия	-	-	+
17.	Цистоскопия	+	+	+
18.	Гистероскопия	-	+	+
19.	Вентрикулоскопия	-	-	+
20.	Нефроскопия	-	-	+
21.	Артроскопия	-	-	+
22.	Артериоскопия	-	-	+
23.	Эндоскопические хирургические вмешательства	-	-	+

Перечень методов и методик эндоскопических исследований, процедур и операций в научно-исследовательских институтах, клиниках медицинских институтов, специализированных больницах и диспансерах определяется в соответствии со специализацией лечебно-профилактического учреждения.

Начальник Управления
организации медицинской
помощи населению
А.А.КАРПЕЕВ

МЕТОДИКА РАСЧЕТА ЦЕН НА ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Расчет цен на медицинские эндоскопические исследования рекомендуется производить по следующей формуле:

$$\text{Цена} = \text{Зот} + \text{Осн} + \text{Мз} + \text{Зам} + \text{Нр} + \text{Пр} + \text{П},$$

где:

Зот - средняя зарплата медицинского персонала, принимающего непосредственное участие в проведении исследования, рассчитанная на норму времени, с учетом всех надбавок, проходящих по тарификационным спискам, а также выплат, предусмотренных законодательством о труде, в т.ч. доплата очередных и дополнительных отпусков, выполнение государственных и общественных обязанностей и др. вида оплат;

Осн - отчисления на социальные нужды (отчисления на социальное страхование, пенсионное обеспечение, фонд занятости и на обязательное медицинское страхование);

Мз - затраты на материалы, необходимые для выполнения исследования. Величина затрат на конкретное исследование определяется, исходя из норм расхода каждого вида материала и действующих на них цен;

Зам - затраты на возмещение износа (амортизации) основных фондов. Рассчитывается по формуле:

$$\text{Зам} = \frac{\text{А}}{\text{Н}},$$

где:

А - ежегодные отчисления на амортизацию основных фондов;

Н - нормативное количество исследований, проводимое в течение года при односменном режиме работы;

Нр - накладные расходы рассчитываются по формуле:

$$\text{Нр} = \text{Зот} \times \text{Кнр},$$

где:

Кнр - коэффициент накладных расходов, полученный отношением расчетной (плановой) суммы накладных расходов по учреждению к основной зарплате медицинского персонала (Зот);

Пр - прочие расходы, включаемые в себестоимость услуг (налог на пользователей дорог и т.д.);

П - прибыль.

Начальник
Планово-финансового
управления
М.В.КЛИМКИН

Министерство здравоохранения
и медицинской промышленности
Российской Федерации

Код формы по ОКУД _____
Код формы по ОКПО _____
Медицинская документация

(наименование
лечебно-профилактического
учреждения России)

Форма N 157/у-96
Утверждена Минздравмедпромом
России
от 31 мая 1996 г. N 222

ЖУРНАЛ
РЕГИСТРАЦИИ ИССЛЕДОВАНИЙ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ В ОТДЕЛЕ,
ОТДЕЛЕНИИ, КАБИНЕТЕ ЭНДОСКОПИИ

N п/п	Дата исследо- вания	Фамилия, имя, отчество исследуемого	Год рождения	Домашний адрес	Кем направлен: учреждение, отделение, врач, N исто- рии болезни, амб. карты	Клинический диагноз	Метод исследования	Заключение	Особые отметки
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**ИНСТРУКЦИЯ
ПО ЗАПОЛНЕНИЮ "ЖУРНАЛА РЕГИСТРАЦИИ ИССЛЕДОВАНИЙ,
ВЫПОЛНЯЕМЫХ В ОТДЕЛЕ, ОТДЕЛЕНИИ, КАБИНЕТЕ ЭНДОСКОПИИ"
(ФОРМА N 157/У-96)**

Журнал регистрации исследований, выполняемых в отделах, отделениях, кабинетах эндоскопии, заполняется персоналом этих подразделений.

Регистрации под отдельным номером подлежит пациент, которому выполняется весь объем работы в рамках одного метода диагностики. Дополнительные диагностические и лечебные манипуляции отмечаются в графе 8 "Метод исследования" новой строкой без дублирования записей в других графах.

При обследовании одного пациента одновременно (при одном обращении) несколькими различными методами эндоскопии с выдачей отдельных врачебных заключений по каждому методу, каждое исследование регистрируется под новым порядковым номером с заполнением всех граф журнала.

В графе 1 указываются порядковые номера регистрируемых исследований. Нумерация исследований начинается с 1 января каждого календарного года.

В графе 2 указывается дата исследования.

В графе 3 полностью отмечается фамилия, имя, отчество исследуемого.

В графе 4 отмечается год рождения исследуемого.

В графе 5 указывается домашний адрес исследуемого.

В графе 6 указывается наименование лечебного учреждения, его отделения и фамилия врача, направившего пациента на исследование. В отделениях (кабинетах) стационаров указывается номер палаты пациента.

В графе 7 отмечается диагноз, указанный в направлении на исследование.

В графе 8 отмечаются наименование метода диагностики и при наличии - дополнительные диагностические и лечебные манипуляции.

В графу 9 вносится результат исследования.

Графа 10 предназначена для внесения особых отметок, содержащих информацию, в которой может нуждаться отделение (кабинет) в своих служебных или профессиональных интересах (фамилии лиц, выполнявших исследование, затраты труда в условных единицах, номера историй болезни, где выполнялось исследование (в палате, на дому и т.д.) или другие сведения, интересующие заведующего отделением или руководство лечебно-профилактического учреждения.

Сведения о результатах исследования за подписью специалиста, его проводившего, направляются лечащему врачу.

Начальник Управления
организации медицинской
помощи населению
А.А.КАРПЕЕВ

Начальник отдела статистики
и информатики
Э.И.ПОГОРЕЛОВА

ДОПОЛНЕНИЕ
К ПЕРЕЧНЮ ФОРМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Включить в перечень форм первичной медицинской документации:

Наименование формы	N формы	Формат	Вид документа	Срок хранения
Журнал регистрации исследований, выполняемых в отделе, отделении, кабинете эндоскопии	157/у-96	A4	Журнал в обложке	5 лет

Начальник отдела статистики
и информатики
Э.И.ПОГОРЕЛОВА

РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ОБРАБОТКЕ АППАРАТОВ И ИНСТРУМЕНТОВ, ИСПОЛЬЗУЮЩИХСЯ
В ОТДЕЛАХ, ОТДЕЛЕНИЯХ, КАБИНЕТАХ ЭНДОСКОПИИ

Утратили силу. - Приказ Минздрава РФ от 16.06.1997 N 184
