
Директивные и нормативные документы в здравоохранении

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ИНСТРУКЦИИ О ПОРЯДКЕ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ СКОРОЙ (НЕОТЛОЖНОЙ) МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 октября 2009 г. №110)

На основании Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 августа 2000 г. №1331, в редакции постановления Совета Министров Республики Беларусь от 1 августа 2005 г. №843 Министерство здравоохранения Республики Беларусь **ПОСТАНОВЛЯЕТ**:

1. Утвердить прилагаемую Инструкцию о порядке организации деятельности службы скорой (неотложной) медицинской помощи.
2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

В.И.Жарко

*Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь.
– 25.11.2009. – №278. – Рег. №8/21588 от 13.11.2009 г.*

ИНСТРУКЦИЯ О ПОРЯДКЕ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ СКОРОЙ (НЕОТЛОЖНОЙ) МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Инструкция о порядке организации деятельности службы скорой (неотложной) медицинской помощи (далее – Инструкция) определяет структуру, задачи и режимы функционирования, порядок деятельности службы скорой (неотложной) медицинской помощи (далее – служба СНМП), а также систему управления службой СНМП.

2. Действие настоящей Инструкции распространяется на государственные организации здравоохранения, имеющие специальное разрешение (лицензию) на осуществление медицинской деятельности, выданное в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь, и оказывающие скорую (неотложную) медицинскую помощь (далее – СНМП).

3. Для целей настоящей Инструкции используются термины и их определения, установленные Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 года "О здравоохранении", в редакции Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 года (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1993 г., №24, ст. 290; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., №159, 2/1460), а также следующие термины и их определения:

- автомобиль СНМП – специальный легковой автомобиль, имеющий соответствующие опознавательные знаки, оснащенный медицинской техникой, средствами связи, изделиями медицинского назначения и иным необходимым оборудованием, предусмотренным законодательством Республики Беларусь, и предназначенный для оказания СНМП пациентам и (или) их транспортировки, соответствующий иным требованиям, установленным законодательством Республики Беларусь;

- адрес вызова бригады СНМП – адрес, по которому находится пациент, нуждающийся в оказании СНМП;
- амбулаторный вызов бригады СНМП – обращение в службу СНМП пациента при посещении станции (подстанции, отделения, поста) СНМП для оказания ему медицинской помощи;

- безрезультатный выезд бригады СНМП – выезд бригады СНМП, завершившийся неоказанием пациенту СНМП в связи с недостоверностью адреса вызова бригады СНМП, либо отсутствием пациента по адресу вызова бригады СНМП, либо ложным выездом бригады СНМП;

- бригада СНМП – основная функциональная единица службы СНМП, состоящая из врача и (или) фельдшера (фельдшер), санитар (санитаров), водителя и обеспеченная автомобилем СНМП;

- выезд бригады СНМП – выезд бригады СНМП по адресу вызова бригады СНМП для оказания СНМП пациенту, в том числе на безрезультатный и ложный выезд бригады СНМП, а также для транспортировки пациентов с амбулаторных и попутных вызовов бригады СНМП;

- вызов бригады СНМП – обращение в службу СНМП, закончившееся осмотром пациента(ов) и оказанием СНМП;

- ложный выезд бригады СНМП – выезд бригады СНМП, завершившийся неоказанием СНМП пациенту ввиду предоставления лицом, обратившимся в службу СНМП, заведомо недостоверной информации об адресе вызова бригады СНМП или о пациенте, в том числе выезд к животным;

- неотложный вызов бригады СНМП – вызов бригады СНМП к пациенту по поводу заболеваний, не представляющих в момент обращения опасность для его жизни и здоровья, но которые могут привести к ухудшению его здоровья в течение суток;

- обращение в службу СНМП – обращение пациента либо иных лиц с просьбой оказать пациенту СНМП;

- повод вызова бригады СНМП – краткое описание состояния здоровья пациента при обращении за СНМП;

- попутный вызов бригады СНМП – обращение непосредственно к бригаде СНМП при выполнении ею другого вызова;

- приоритет вызова бригады СНМП – характеристика повода вызова бригады СНМП, определяющая очередность направления бригад СНМП по адресу вызова бригады СНМП;

- срочный вызов бригады СНМП – вызов бригады СНМП к пациенту по поводу заболеваний, не представляющих в момент обращения опасность для его жизни и здоровья, но которые без оказания медицинской помощи в течение часа могут представлять угрозу для его жизни и здоровья;

- транспортировка пациентов – доставка бригадами СНМП пациентов из адреса вызова бригады СНМП в приемные отделения больничных организаций здравоохранения или кабинеты поликлиник государственных организаций здравоохранения для последующего их осмотра врачами–специалистами и решения вопроса о дальнейшем оказании медицинской помощи в стационарных или амбулаторных условиях;

- экстренный вызов бригады СНМП – вызов бригады СНМП к пациенту по поводу заболеваний, представляющих в момент обращения опасность для его жизни и здоровья.

4. Служба СНМП в своей деятельности руководствуется законодательством Республики Беларусь и настоящей Инструкцией.

5. Служба СНМП ведет учетную, медицинскую и иную документацию в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

ГЛАВА 2

СТРУКТУРА, СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ СЛУЖБЫ СНМП

6. В структуру службы СНМП входят:

- станции СНМП;
- подстанции СНМП;
- отделения СНМП;
- посты СНМП.

7. Станция СНМП является государственной организацией здравоохранения и создается в населенных пунктах с численностью населения свыше 100 тысяч человек.

8. Подстанция СНМП является обособленным структурным подразделением станции СНМП и создается в районах города и в административно-территориальных единицах с численностью населения 50–100 тысяч человек.

9. Отделение СНМП является структурным подразделением государственной организации здравоохранения, оказывающей СНМП.

10. Пост СНМП организовывается в составе станции (подстанции, отделения) СНМП как ее структурное подразделение по решению руководителя государственной организации здравоохранения.

11. Руководители станции СНМП, подстанции СНМП, отделения СНМП назначаются на должность в соответствии с законодательством Республики Беларусь, в том числе постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 июня 2009 г. №61 "Об утверждении номенклатуры должностей служащих с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием" (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2009 г., №157, 8/21080).

12. На станциях (подстанциях, отделениях) СНМП могут создаваться иные структурные (обособленные) подразделения в порядке, предусмотренном законодательством Республики Беларусь, в том числе:

- оперативный отдел станции СНМП – структурное подразделение, создаваемое на станциях СНМП с количеством выездов бригад СНМП 250 тысяч в год и более;
- отдел госпитализации станции СНМП – структурное подразделение, создаваемое на станциях СНМП с количеством выездов бригад СНМП 250 тысяч в год и более.

13. Станция (подстанция, отделение, пост) СНМП должна быть обеспечена следующими видами телефонной связи:

- городской связью;
- транкинговой связью;
- GSM или другой мобильной связью с бригадами СНМП.

Кроме телефонной связи, указанной в части первой настоящего пункта, станции (подстанции, отделения) СНМП обеспечиваются прямой связью с государственными больничными организациями здравоохранения и оперативно-дежурными службами органов внутренних дел Республики Беларусь, Министерства по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь.

На станциях СНМП городская телефонная связь устанавливается из расчета 2 ввода на 80 000 населения, при наличии мини-АТС – из расчета 1 ввод на 80 000 населения (но не менее 2 телефонных вводов на станциях (отделениях) СНМП).

14. Служба СНМП должна быть обеспечена автомобилями СНМП в соответствии с нормативами обеспечения специальными легковыми автомобилями государственных организаций здравоохранения, утвержденными постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 апреля 2008 г. №72 "Об утверждении нормативов обеспечения специальными легковыми автомобилями государственных организаций здравоохранения Республики Беларусь" (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., №120, 8/18758).

15. Система управления службой СНМП имеет три уровня:

- республиканский – Министерство здравоохранения Республики Беларусь;
- областной – управления здравоохранения областных исполнительных комитетов и комитет по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета;
- районный – государственные организации здравоохранения, оказывающие СНМП.

Организационно-методическая, оперативная работа на республиканском уровне управления службой СНМП осуществляется учреждением здравоохранения "Городская станция скорой медицинской помощи" г. Минска.

Организационно-методическая, оперативная работа на областном уровне управления службой СНМП осуществляется областными центрами СНМП, организованными по решению управлений здравоохранения областных исполнительных комитетов.

Оперативная работа на районном уровне управления службой СНМП осуществляется государственными организациями здравоохранения, оказывающими СНМП.

ГЛАВА 3

ЗАДАЧИ И РЕЖИМЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЛУЖБЫ СНМП

16. Основными задачами службы СНМП являются:

- своевременное оказание СНМП пациентам на основании клинических протоколов, утверждаемых Министерством здравоохранения Республики Беларусь, и методов оказания медицинской помощи, разре-

шенных Министерством здравоохранения Республики Беларусь, и в соответствии с постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 18 июля 2002 г. №963 "О государственных минимальных социальных стандартах в области здравоохранения" (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2002 г., №84, 5/10825);

- обеспечение непрерывности лечебно–диагностического процесса на этапе оказания СНМП при взаимодействии с амбулаторно–поликлиническими и больничными государственными организациями здравоохранения;

- обеспечение постоянной готовности службы СНМП к работе при возникновении чрезвычайных ситуаций;

- организационно–методическая работа по совершенствованию службы СНМП.

17. Служба СНМП функционирует:

- в режиме круглосуточной работы;
- в режиме повышенной готовности;
- в чрезвычайном режиме.

18. В режиме круглосуточной работы служба СНМП осуществляет:

прием вызовов бригад СНМП и передачу их бригадам СНМП;

обеспечение 15–минутного в городе и 30–минутного в иных населенных пунктах прибытия бригад СНМП по адресу вызова бригады СНМП с момента передачи его бригаде СНМП;

организацию и оказание СНМП, в том числе при амбулаторном вызове и попутном вызове бригады СНМП;

своевременную транспортировку пациентов;

организацию распределения потока пациентов через отдел госпитализации станции СНМП в соответствии с законодательством Республики Беларусь при их транспортировке;

контроль качества оказания СНМП;

обеспечение преемственности в работе с другими государственными организациями здравоохранения, взаимодействия с органами местного управления и самоуправления, органами внутренних дел, органами и подразделениями по чрезвычайным ситуациям;

проведение семинаров, конференций, совещаний по анализу деятельности службы СНМП и повышению качества оказания СНМП;

обеспечение постоянной готовности службы СНМП к работе в режиме круглосуточной работы, повышенной готовности и в чрезвычайном режиме, в том числе:

- обеспечение лекарственными и наркотическими средствами, психотропными веществами, этиловым спиртом, медицинской техникой, изделиями медицинского назначения бригад СНМП в соответствии с клиническими протоколами оказания скорой (неотложной) медицинской помощи пациентам и техническими нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь;

- обеспечение станции (подстанции) СНМП г. Минска, областных центров, городов областного подчинения, организации здравоохранения, оказывающей СНМП, при наличии пациентов с гемофилией А и В, другими гемостазиопатиями лекарственными средствами, содержащими факторы свертывания крови, в соответствии с клиническими протоколами оказания скорой (неотложной) медицинской помощи пациентам, нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь;

- обеспечение станции (подстанции, отделения) лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения для оказания медицинской помощи пациентам, пострадавшим при массовых травмах, в соответствии с техническими нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь;

- обеспечение станции (подстанции, отделения) лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения для оказания медицинской помощи пациентам, пострадавшим от сильнодействующих ядовитых веществ, в соответствии с техническими нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь;

- оснащение бригад СНМП для оказания медицинской помощи пациентам с особо опасными инфекциями в соответствии с техническими нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь;

- обеспечение бригад СНМП медицинской техникой, работающей автономно, от бортовой сети автомобиля СНМП и от электросети 220 вольт, имеющей срок эксплуатации не более 5 лет;

- обеспечение всех сотрудников бригад СНМП работающей смены средствами защиты органов дыхания (противогазами).

На станции (отделении) СНМП создается месячный запас изделий медицинской техники, лекарственных и наркотических средств, психотропных веществ, мягкого инвентаря.

На подстанции СНМП создается:

- месячный запас перевязочного материала, мягкого инвентаря;
- 10–дневный запас лекарственных средств;
- 5–дневный запас наркотических средств и психотропных веществ.

У фельдшера (медицинской сестры) амбулаторного приема и по комплектации медицинских упаковок создается 3–суточный запас изделий медицинской техники, лекарственных и наркотических средств, психотропных веществ, мягкого инвентаря.

19. В режиме повышенной готовности служба СНМП осуществляет:

создание необходимого резерва бригад СНМП;

направление необходимого количества бригад СНМП для обеспечения массовых мероприятий и возможных чрезвычайных ситуаций;

обеспечение взаимодействия бригад СНМП:

- между собой;
- с территориальными органами управления здравоохранением и государственными организациями здравоохранения;
- с оперативно–дежурными службами органов внутренних дел Республики Беларусь, Министерства по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь.

20. В чрезвычайном режиме служба СНМП осуществляет:

- оповещение о чрезвычайной ситуации органов управления здравоохранением;
- направление к границе зоны чрезвычайной ситуации необходимого количества бригад СНМП;
- проведение лечебно–эвакуационных мероприятий пострадавшим при ликвидации чрезвычайных ситуаций.

21. Служба СНМП не осуществляет:

- назначение дальнейшего (после оказания СНМП) лечения пациентам;
- оказание медицинской помощи пациентам по назначению врачей–специалистов других организаций здравоохранения, кроме введения обезболивающих средств пациентам с онкологическими заболеваниями в нерабочее время амбулаторно–поликлинических организаций здравоохранения;
- выдачу листков нетрудоспособности и (или) справок о временной нетрудоспособности пациентам;
- выписку рецептов на лекарственные и наркотические средства, психотропные вещества;
- медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ и состояния опьянения;
- транспортировку трупов, за исключением умерших в автомобиле СНМП.

ГЛАВА 4

ПОРЯДОК ПРИЕМА, РЕГИСТРАЦИИ И ПЕРЕДАЧИ ВЫЗОВОВ БРИГАДАМ СНМП

22. Вызов бригады СНМП осуществляется:

- по телефону "103" либо по другому номеру телефона, согласованному с районным исполнительным комитетом (в поселках городского типа и сельских населенных пунктах);
- при посещении пациентом или иным лицом станции (подстанции, отделения, поста) СНМП или при обращении к бригаде СНМП;
- по прямым линиям связи с оперативными службами Министерства по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь.

23. Вызов бригады СНМП принимается фельдшером (медицинской сестрой) по приему вызовов и передаче их выездным бригадам (далее – фельдшер (медицинская сестра) по приему вызовов) службы СНМП.

24. При приеме вызова бригады СНМП фельдшером (медицинской сестрой) по приему вызовов службы СНМП по телефону одновременно проводится автоматическая запись телефонного диалога, которая хранится в службе СНМП 45 дней.

25. Фельдшер (медицинская сестра) по приему вызовов службы СНМП при получении вызова бригады СНМП:

- немедленно регистрирует вызов бригады СНМП на электронном и (или) на бумажном носителе (далее – регистрация) в соответствии с законодательством Республики Беларусь;
- определяет приоритет вызова бригады СНМП;
- передает вызов бригадам СНМП в течение времени, указанного в частях вторых пунктов 27–29 настоящей Инструкции;

• в случае, если вызов бригады СМП поступил не от оперативно–дежурной службы Министерства по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь и связан с пожаром, аварией и (или) другой чрезвычайной ситуацией, сообщает в центр оперативного управления городского (районного) отдела по чрезвычайным ситуациям.

26. Приоритеты вызова бригады СМП подразделяются на:

- экстренные;
- срочные;
- неотложные.

27. К экстренным вызовам бригады СМП относятся:

- авария;
- потеря пациентом сознания;
- сыпь с высокой температурой у детей;
- отравление пациента химическими веществами или лекарственными средствами;
- повешение, утопление;
- обширный ожог;
- глубокие и обширные раны;
- судороги;
- острые нарушения дыхания;
- чрезвычайная ситуация;
- дорожно–транспортное происшествие с пострадавшими;
- электротравма;
- падение с высоты выше собственного роста;
- пожар.

Экстренный вызов бригады СМП передается фельдшером (медицинской сестрой) по приему вызовов службы СМП свободной бригаде СМП в соответствии с ее специализацией не позднее 4 минут с момента его регистрации.

28. К срочным вызовам бригады СМП относятся:

- нарушение ритма сердца (аритмия);
- сердечный приступ;
- приступ астмы;
- травма;
- инородное тело;
- кровотечение (желудочно–кишечное, маточное, носовое);
- отморожение;
- роды;
- внезапные нарушения двигательной активности;
- вызов бригады СМП, связанный с резким ухудшением состояния здоровья пациента при невозможности уточнения причины обращения.

Срочный вызов бригады СМП передается фельдшером (медицинской сестрой) по приему вызовов службы СМП свободной бригаде СМП в соответствии с ее специализацией не позднее 15 минут с момента его регистрации.

29. К неотложным вызовам бригады СМП относятся:

- значительное изменение артериального давления;
- аллергия;
- головная боль;
- боль в животе, спине, грудной клетке;
- гемофилия;
- неадекватное поведение;
- почечная колика;
- рвота;
- сыпь;
- высокая температура (если температура не снижается пероральными лекарственными средствами);
- острая задержка мочи;
- пищевые отравления;
- внезапное изменение поведения у ребенка до 1 года;
- обезболивание;
- транспортировка пациента по вызову, принятому от медицинского работника.

Неотложный вызов бригады СНМП передается фельдшером (медицинской сестрой) по приему вызовов службы СНМП свободной бригаде СНМП в соответствии с ее специализацией либо в амбулаторно–поликлиническую государственную организацию здравоохранения во время ее работы не позднее 1 часа с момента регистрации вызова.

При невозможности самостоятельного принятия решения о приоритете вызова, о направлении бригады СНМП на адрес вызова бригады СНМП или в амбулаторно–поликлиническую государственную организацию здравоохранения фельдшер (медицинская сестра) по приему вызовов службы СНМП обязан известить об этом руководителя смен по приему и передаче вызовов – врача СНМП или другое ответственное лицо (далее – ответственное лицо).

Ответственное лицо в кратчайшее время принимает одно из решений:

- о приоритете вызова бригады СНМП;
- о направлении бригады СНМП на адрес вызова бригады СНМП;
- о передаче поступившего обращения в службу СНМП в амбулаторно–поликлиническую государственную организацию здравоохранения.

30. При поступлении обращения для вызова бригады СНМП, не относящегося к вызовам бригады СНМП, указанным в частях первых пунктов 27–29 настоящей Инструкции, фельдшер (медицинская сестра) по приему вызовов службы СНМП дает пациенту рекомендации, в какую государственную организацию здравоохранения необходимо обратиться за получением медицинской помощи.

31. Информация о факте обращения пациента в службу СНМП предоставляется службой СНМП в соответствии со статьей 46 Закона Республики Беларусь "О здравоохранении".

ГЛАВА 5 БРИГАДЫ СНМП И ПОРЯДОК ИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

32. Общее число бригад СНМП в государственной организации здравоохранения, оказывающей населению СНМП, должно соответствовать государственному социальному стандарту обеспеченности жителей бригадами СНМП, установленному постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 30 мая 2003 г. №724 "О мерах по внедрению системы государственных социальных стандартов по обслуживанию населения республики" (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2003 г., №64, 5/12556).

33. Оснащение бригад СНМП лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, медицинской техникой определяется Министерством здравоохранения Республики Беларусь в соответствии с клиническими протоколами оказания скорой (неотложной) медицинской помощи пациентам, техническими нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

34. Бригада СНМП работает по графику, утвержденному руководителем государственной организации здравоохранения, оказывающей СНМП.

В свободное от вызовов время все работники бригады СНМП должны находиться в помещении станции (подстанции, отделения, поста) СНМП.

35. Бригады СНМП подразделяются на:

- врачебные бригады СНМП;
- фельдшерские бригады СНМП.

Врачебные бригады СНМП должны составлять не менее 25 % от общего количества бригад СНМП.

36. Врачебные бригады СНМП подразделяются на:

- общепрофильные бригады СНМП;
- специализированные бригады СНМП.

37. Врачебная общепрофильная бригада СНМП состоит из:

- 1 врача СНМП;
- 1 фельдшера (медицинской сестры) бригады СНМП;
- 1 санитар(ки) бригады СНМП;
- 1 водителя.

Врачебная общепрофильная бригада СНМП направляется по адресу вызова бригады СНМП для оказания СНМП взрослому и детскому населению.

Число врачебных общепрофильных бригад СНМП определяется руководителем государственной организации здравоохранения, оказывающей СНМП в соответствии с государственными социальными стандартами.

38. Врачебные специализированные бригады СНМП подразделяются на следующие виды:

- реанимационная бригада СНМП;

- бригада интенсивной терапии СНМП;
- неврологическая бригада СНМП;
- педиатрическая бригада СНМП;
- психиатрическая бригада СНМП.

39. Реанимационная бригада СНМП состоит из:

- 1 врача СНМП, прошедшего повышение квалификации по реанимации;
- 2 фельдшеров (медицинских сестер) специализированной бригады СНМП;
- 1 санитар(ки) бригады СНМП;
- 1 водителя.

Реанимационная бригада СНМП направляется по адресу вызова бригады СНМП в случаях:

- терминальных состояний для проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии;
- дорожно–транспортных происшествий и чрезвычайных ситуаций;
- утопления, повешения, поражения электрическим током и молнией, тяжелых травм и несчастных случаев;
- острых отравлений и аллергических реакций немедленного типа;
- массивных кровотечений различного происхождения;
- коматозных состояний пациентов, шока и судорожного статуса;
- патологических состояний, сопровождающихся острой сердечно–сосудистой и дыхательной недостаточностью.

Реанимационные бригады СНМП создаются из расчета не менее одной круглосуточной бригады СНМП на каждые 300 тысяч населения или административный район на 100 тысяч жителей и более.

40. Бригада интенсивной терапии СНМП состоит из:

- 1 врача СНМП, прошедшего повышение квалификации по реанимации;
- 2 фельдшеров (медицинских сестер) специализированной бригады СНМП;
- 1 санитар(ки) бригады СНМП;
- 1 водителя.

Бригада интенсивной терапии СНМП направляется по адресу вызова бригады СНМП в случаях:

- терминальных состояний для проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии при отсутствии реанимационной бригады СНМП;
- заболеваний сердечно–сосудистой системы (случаи затянувшегося или некупируемого приступа стенокардии, впервые возникшие, некупируемые нарушения ритма и проводимости сердца);
- осложненных гипертонических кризов;
- тромбозов и эмболий легочной артерии;
- заболеваний нервной системы (острые нарушения мозгового кровообращения, некупируемый судорожный синдром, кома);
- травм (дорожно–транспортные происшествия, падения с высоты, производственные и криминальные травмы, обширные ожоги, утопление, электротравмы) и других чрезвычайных ситуациях.

Бригады интенсивной терапии СНМП создаются из расчета не менее одной круглосуточной бригады интенсивной терапии СНМП на каждые 50 тысяч населения или на каждой станции (подстанции, отделении).

41. Неврологическая бригада СНМП состоит из:

- 1 врача СНМП, прошедшего повышение квалификации по неврологии;
- 2 фельдшеров (медицинских сестер) специализированной бригады СНМП;
- 1 санитар(ки) бригады СНМП;
- 1 водителя.

Неврологическая бригада СНМП направляется по адресу вызова бригады СНМП в случаях:

- подозрения на острое нарушение мозгового кровообращения;
- острого нарушения мозгового кровообращения в первые дни заболевания;
- подозрения на эпидуральные и субдуральные гематомы в отдаленном периоде после черепно–мозговой травмы;
- необходимости оказания консультативной помощи другим выездным бригадам СНМП по всем вопросам дифференциальной диагностики;
- массовой травмы и других чрезвычайных ситуаций.

Неврологические бригады СНМП создаются из расчета не менее одной круглосуточной неврологической бригады СНМП на каждые 500 тысяч населения.

42. Педиатрическая бригада СНМП состоит из:

- 1 врача СНМП, имеющего специальность, соответствующую профилю бригады;
- 1 фельдшера (медицинской сестры) бригады СНМП;

- 1 санитар(ки) бригады СНМП;
- 1 водителя.

Педиатрическая бригада СНМП направляется по адресу вызова бригады СНМП для оказания СНМП детскому населению.

Педиатрические бригады СНМП создаются из расчета не менее 1 круглосуточной педиатрической бригады на каждые 20 тысяч детского населения.

43. Психиатрическая бригада СНМП состоит из:

- 1 врача–психиатра психиатрической бригады СНМП;
- 2 фельдшеров психиатрической бригады СНМП и 1 санитар(ки) бригады СНМП либо 1 фельдшера психиатрической бригады СНМП и 2 санитаров психиатрической бригады СНМП;
- 1 водителя.

Психиатрическая бригада СНМП направляется по адресу вызова бригады СНМП для оказания СНМП пациентам с психическими расстройствами (заболеваниями).

Психиатрические бригады СНМП создаются из расчета не менее одной круглосуточной психиатрической бригады СНМП на каждые 300 тысяч населения или административный район на 100 тысяч жителей и более.

44. Фельдшерская бригада СНМП состоит из:

- 1 фельдшера СНМП, выезжающего самостоятельно;
- 1 фельдшера (медицинской сестры) бригады СНМП;
- 1 санитар(ки) бригады СНМП;
- 1 водителя.

Фельдшерская бригада СНМП направляется по адресу вызова бригады СНМП для оказания СНМП взрослому и детскому населению.

Число фельдшерских бригад СНМП определяется руководителем государственной организации здравоохранения, оказывающей СНМП, в соответствии с государственными социальными стандартами.

45. В случае, если по адресу вызова бригады СНМП выехала общепрофильная врачебная или фельдшерская бригада СНМП и в результате осмотра пациента была установлена необходимость выезда специализированной бригады СНМП, то бригада СНМП до приезда специализированной бригады СНМП:

- оказывает пациенту необходимую СНМП в порядке, установленном законодательством, в том числе и настоящей Инструкцией;
- дожидается приезда специализированной бригады СНМП;
- действует по указаниям специализированной бригады СНМП.

46. При отсутствии свободных специализированных бригад СНМП любая бригада СНМП может быть направлена на любой вызов бригады СНМП в случае поступления экстренного или срочного вызова бригады СНМП, за исключением вызовов бригад СНМП к пациентам с психическими расстройствами (заболеваниями).

47. При наличии медицинских показаний бригада СНМП обеспечивает транспортировку пациента. При этом врачом (фельдшером) бригады СНМП заполняется медицинская документация в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

48. При обнаружении по адресу вызова бригады СНМП уже умершего (погибшего) пациента бригада СНМП:

- фиксирует факт смерти до своего приезда в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь, без указания предположительной причины смерти;
- сообщает о факте смерти в территориальные органы внутренних дел;
- выполняет иные функции, установленные законодательством Республики Беларусь.

49. В случае смерти пациента в салоне автомобиля СНМП бригада СНМП:

- сообщает о факте смерти руководителю смен по приему и передаче вызовов – врачу СНМП или фельдшеру (медицинской сестре) по приему вызовов службы СНМП;
- после получения направления от работников органов внутренних дел (прокурорских работников) на проведение судебно–медицинской экспертизы трупа доставляет его в службу судебно–медицинских экспертиз.

50. При поступлении попутного вызова бригаде СНМП врач (фельдшер) бригады СНМП:

- сообщает о данном вызове фельдшеру (медицинской сестре) по приему вызовов службы СНМП;
- определяет приоритет вызовов бригады СНМП;
- сообщает фельдшеру (медицинской сестре) по приему вызовов службы СНМП о необходимости выезда другой бригады СНМП;
- оказывает необходимую СНМП пациенту с приоритетным вызовом бригады СНМП;
- после оказания необходимой СНМП пациенту с приоритетным вызовом бригады СНМП до приезда другой бригады СНМП оказывает необходимую СНМП пациенту с заболеванием, не представляющим в момент обращения опасности для его жизни и здоровья;

• в зависимости от состояния пациента с приоритетным вызовом бригады СМП обеспечивает его транспортировку либо дожидается приезда вызванной другой бригады СМП.

51. При необходимости дальнейшего медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента после оказания ему СМП информация по поводу вызова бригады СМП в рабочие дни в течение суток передается в амбулаторно–поликлиническую государственную организацию здравоохранения фельдшером (медицинской сестрой) по приему вызовов службы СМП.

52. При вызове психиатрической бригады СМП в государственную больничную организацию здравоохранения работниками данной бригады в медицинских документах пациента с психическим расстройством (заболеванием) оставляется запись о возможности дальнейшего его пребывания с необходимыми рекомендациями по оказанию ему медицинской помощи в данной больничной организации здравоохранения либо осуществляется его транспортировка в государственную организацию здравоохранения психиатрического профиля.

53. В случаях, когда пациенты с психическими расстройствами (заболеваниями) закрываются (закрыты) в помещении по адресу вызова бригады СМП или вооружены, бригадой СМП вызываются сотрудники органов внутренних дел для организации оказания СМП данному пациенту.

*Утверждена постановлением
Министерства здравоохранения Республики Беларусь
от 12.10.2009 г. №110*

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ИНСТРУКЦИИ О ПОРЯДКЕ
ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ИНФИЦИРОВАННЫМ ВИРУСОМ
ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА
(постановление Министерства здравоохранения
Республики Беларусь от 19 октября 2009 г. №109)**

На основании Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 года "О здравоохранении" в редакции Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 года, Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 августа 2000 г. №1331, в редакции постановления Совета Министров Республики Беларусь от 1 августа 2005 г. №843 Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить прилагаемую Инструкцию о порядке организации оказания медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека.
2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

В.И.Жарко

*Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь.
– 04.12.2009. – №289. – Рег. №8/21616 от 24.11.2009 г.*

**ИНСТРУКЦИЯ
О ПОРЯДКЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ИНФИЦИРОВАННЫМ ВИРУСОМ
ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА**

**ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Инструкция о порядке организации оказания медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека (далее – Инструкция), определяет порядок организации оказания медицин-

ской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека (далее – ВИЧ), в государственных организациях здравоохранения.

2. В настоящей Инструкции используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 года "О здравоохранении" (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1993 г., №24, ст. 290; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., №159, 2/1460), Законом Республики Беларусь от 4 марта 1997 года "О трансплантации органов и тканей человека" (Ведамасці Нацыянальнага сходу Рэспублікі Беларусь, 1997 г., №9, ст. 196; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2007 г., №15, 2/1304), Законом Республики Беларусь от 31 января 1995 года "О донорстве крови и ее компонентов" (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1995 г., №14, ст. 134).

3. Организация оказания медицинской помощи лицам, инфицированным ВИЧ, осуществляется с соблюдением принципа конфиденциальности и уважения прав и свобод человека.

4. Медицинское освидетельствование лиц на наличие у них ВИЧ (далее – медицинское освидетельствование) осуществляется в соответствии с законодательством в добровольном или принудительном порядке.

При медицинском освидетельствовании проводится дотестовое и послетестовое консультирование пациентов.

5. В государственной организации здравоохранения в доступном месте должна быть размещена информация о возможности прохождения медицинского освидетельствования в добровольном порядке, в том числе анонимно, месте забора крови, режиме работы процедурного кабинета.

Прохождение медицинского освидетельствования в добровольном порядке может осуществляться без направления врачом на такое освидетельствование путем самостоятельного обращения лица в процедурный кабинет государственной организации здравоохранения.

ГЛАВА 2

ПОРЯДОК ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОБ КРОВИ НА НАЛИЧИЕ АНТИГЕНА И АНТИТЕЛ К ВИЧ

6. Исследования пробы крови на наличие антигена и антител к ВИЧ проводятся в лабораториях государственных организаций здравоохранения:

- 1–го уровня (серологические) – скрининговое обследование на наличие антител к ВИЧ методом иммуноферментного анализа (далее – ИФА);

- 2–го уровня (серологические) – скрининговые, арбитражные обследования, подтверждающие результаты исследования первично серопозитивных проб крови методом ИФА с использованием не менее двух диагностических тест–систем для одновременного определения антигенов и антител к ВИЧ, методом иммунного блоттинга (далее – ИБ);

- 3–го уровня (лаборатория диагностики ВИЧ/СПИД государственного учреждения "Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья") (далее – ГУ РЦГЭ и ОЗ) – скрининговые, арбитражные обследования, подтверждающие результаты исследования на наличие ВИЧ/СПИД методами ИФА, ИБ, методом полимеразной цепной реакции (далее – ПЦР), другими доступными методами.

7. В лабораториях 1–3–го уровней проводятся исследования проб крови на наличие антигена и антител к ВИЧ, направленных для исследования государственными организациями здравоохранения. К пробе крови прилагается направление на исследование крови на вирусные инфекции и сифилис по форме №339/у, утвержденной в установленном законодательством порядке (далее – направление формы №339/у).

8. По результатам проведенного исследования пробы крови методом ИФА лаборатория 1–го уровня:

8.1. при получении положительного результата:

возвращает в государственную организацию здравоохранения, направившую пробу крови для исследования, направление формы №339/у, в котором делается запись "анализ повторить" для организации повторного забора крови;

информирует ГУ РЦГЭ и ОЗ, областные центры гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, государственное учреждение "Минский городской центр гигиены и эпидемиологии" (далее, если не установлено иное, – центры) о положительных результатах исследования проб крови методом ИФА для осуществления контроля за дальнейшим обследованием лица, сдавшего кровь для исследования;

направляет повторно забранную пробу крови в лабораторию 2–го уровня, в г. Минске – в ГУ РЦГЭ и ОЗ;

8.2. при получении отрицательного результата возвращает в государственную организацию здравоохранения, направившую пробу крови для исследования, направление формы №339/у с записью "анализ отрицательный".

9. По результатам проведенного повторного исследования первично серопозитивной пробы крови методом ИФА лаборатория 2–го уровня:

9.1. при получении положительного результата:

информирует центры о получении повторно положительного анализа крови при исследовании проб крови методом ИФА;

направляет пробу крови для исследования методом ИБ в лабораторию 3–го уровня, в Гомельской и Могилевской областях исследование проводит самостоятельно;

информирует государственную организацию здравоохранения, направившую пробу крови для исследования, об оставлении в лаборатории пробы крови для дальнейшего исследования;

9.2. в случае отрицательного результата сообщает результат исследования в государственную организацию здравоохранения, направившую пробу крови для исследования, и в центры для прекращения дальнейшего обследования лица, сдавшего кровь для исследования.

10. При получении положительного результата исследования пробы крови методом ИФА и отрицательного или неопределенного методом ИБ информация из лаборатории 3–го уровня, а в Гомельской и Могилевской областях из лаборатории 2–го уровня передается в центры.

Центры информируют государственные организации здравоохранения, направившие пробы крови для исследования, об организации диспансерного наблюдения за лицом, у которого были взяты данные пробы крови. Дальнейшее медицинское освидетельствование этого лица может осуществляться через 3, 6, 12 месяцев с применением других доступных методов.

11. При положительном результате исследования пробы крови методом ИБ:

- лаборатория, проводившая исследование пробы крови, передает в письменной форме результат исследования в центры;

- областные центры гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, государственное учреждение "Минский городской центр гигиены и эпидемиологии" сообщают о результатах исследования пробы крови в районные, городские центры гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья для проведения эпидемиологического расследования случая ВИЧ–инфекции.

12. Информация о результатах исследований пробы крови, указанная в пунктах 8–11 настоящей Инструкции, должна быть передана в государственную организацию здравоохранения, направившую пробу крови для исследования, и центры в письменном виде в течение 48 часов с момента получения результата ее исследования.

Центры информируют территориальные станции переливания крови (далее – СПК), территориальные государственные организации здравоохранения, имеющие отделения переливания крови (далее – ОПК):

- обо всех случаях положительных результатов исследования проб крови на наличие ВИЧ–инфекции, начиная с двукратного положительного результата, подтвержденного методом ИФА;

- о запрещении забора донорской крови и снятии донора с учета без указания причины отстранения от донорства крови.

13. После получения из лаборатории 2–го или 3–го уровней информации о положительном результате лабораторного исследования проб крови на наличие антител к ВИЧ или антигена ВИЧ, подтвержденного методами ИФА и ИБ (или методом ПЦР в диагностически сложных случаях), врач–эпидемиолог территориального центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья приглашает лицо, инфицированное ВИЧ, для проведения кризисного консультирования.

При проведении кризисного консультирования врач–эпидемиолог обсуждает с лицом, инфицированным ВИЧ:

- результаты исследования его пробы крови;
- необходимость установления эпидемиологических данных, соблюдения мер по предупреждению распространения ВИЧ–инфекции;
- предупреждает об уголовной ответственности за заражение другого лица ВИЧ;
- вопросы оказания психологической помощи и поддержки.

ГЛАВА 3

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО РАССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ВИЧ–ИНФЕКЦИИ У ДОНОРА КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ

14. При получении положительного результата исследования пробы крови на наличие антигена ВИЧ или антител к ВИЧ у донора методом ИБ или ПЦР из лаборатории 3–го уровня врачи–эпидемиологи центров не позднее 72 часов с момента получения результата исследования проводят эпидемиологическое расследование.

Эпидемиологическое расследование включает проведение следующих мероприятий:

- заполнение карты эпидемиологического расследования случая ВИЧ-инфекции по форме №350–у, утвержденной в установленном законодательством порядке;
- направление в течение 48 часов в территориальные СПК, территориальные государственные организации здравоохранения, имеющие ОПК, письменного запроса о предоставлении информации о количестве и дате кроводач в течение последних 2 лет с указанием государственных организаций здравоохранения, получивших компоненты и препараты из донорской крови;
- после получения информации, указанной в абзаце третьем настоящей части, направление в течение 48 часов в государственные организации здравоохранения, получившие компоненты и препараты из донорской крови, письменного запроса о предоставлении информации об использовании данных компонентов и препаратов крови и организации обследования пациентов.

15. Первичное донесение о проведении эпидемиологического расследования из областных центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья и государственного учреждения "Минский городской центр гигиены и эпидемиологии" направляется в течение 7 дней в ГУ РЦГЭ и ОЗ, окончательное – в течение 21 дня с момента получения положительного результата исследования пробы крови методом ИБ или ПЦР.

16. Координация мероприятий по проведению эпидемиологического расследования, а также сбор и анализ донесений о его результатах осуществляется ГУ РЦГЭ и ОЗ.

После завершения эпидемиологического расследования, но не позднее 1 месяца с момента получения положительного результата исследования пробы крови методом ИБ, ГУ РЦГЭ и ОЗ информирует Министерство здравоохранения Республики Беларусь о результатах его проведения.

ГЛАВА 4

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОЧАГА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ГОСУДАРСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

17. Любое повреждение кожи, слизистых оболочек, загрязнение их биологическими материалами пациентов в государственной организации здравоохранения квалифицируется как возможный контакт с материалом, содержащим ВИЧ. Все случаи, связанные с попаданием биологического материала пациента на раневую поверхность кожи или слизистую оболочку, подлежат регистрации в журнале регистрации случаев учета контакта с биологическим материалом пациентов по форме согласно приложению к настоящей Инструкции.

18. Координация и контроль за профилактикой заражения ВИЧ работников государственных организаций здравоохранения и пациентов в государственных организациях здравоохранения осуществляются комиссией, состав которой утверждается приказом руководителя государственной организации здравоохранения. В каждом структурном подразделении государственной организации здравоохранения в установленном порядке назначается лицо, ответственное за профилактику заражения ВИЧ.

19. При выявлении очага ВИЧ-инфекции в государственной организации здравоохранения проводится комплекс первичных противоэпидемических мероприятий:

- изучается наличие (отсутствие) возможности передачи ВИЧ-инфекции в государственной организации здравоохранения, и при ее наличии устраняются причины и условия, способствующие распространению;
- устанавливается возможность инфицирования пациентов в государственной организации здравоохранения;
- определяется круг лиц, контактировавших с биологическим материалом лица, инфицированного ВИЧ, проводится их обследование на наличие антител к ВИЧ.

20. Информация о случаях, связанных с попаданием биологического материала на раневую поверхность кожи или слизистую оболочку, и проведенных в связи с этим противоэпидемических мероприятиях немедленно представляется руководителем структурного подразделения государственной организации здравоохранения руководителю этой организации и председателю комиссии, указанной в пункте 18 настоящей Инструкции.

Руководитель государственной организации здравоохранения в течение суток обеспечивает лицу, контактировавшему с биологическим материалом пациента, консультацию врача-инфекциониста.

ГЛАВА 5

ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ИНФИЦИРОВАННЫМ ВИЧ

21. После проведения лабораторных исследований на наличие антигена ВИЧ и антител к ВИЧ и кризисного консультирования лицо, инфицированное ВИЧ, направляется врачом–эпидемиологом в государственную организацию здравоохранения для организации диспансерного наблюдения у врачей–специалистов кабинета инфекционных заболеваний, консультативно–диспансерного отделения (кабинета) (далее – КДО).

22. Врачами–специалистами кабинета инфекционных заболеваний осуществляются:

- осмотр лиц, инфицированных ВИЧ, сбор анамнеза заболевания;
- диспансерное наблюдение за лицами, инфицированными ВИЧ;
- отбор лиц, инфицированных ВИЧ, для направления в КДО для определения клинической стадии ВИЧ–инфекции и (или) назначения (изменения схемы) антиретровирусной терапии (далее – АРВТ);
- проведение АРВТ – по назначению врачей–специалистов КДО;
- контроль за соблюдением схем приема антиретровирусных лекарственных средств (далее – АРВ–лекарственные средства) лицами, которым оказывается медицинская помощь с лабораторным мониторингом (общий, биохимический анализы крови, определение вирусной нагрузки и СД 4);
- проведение профилактики и лечения оппортунистических инфекций;
- назначение схемы профилактики АРВ–лекарственными средствами передачи ВИЧ–инфекции от матери к ребенку беременной женщины, инфицированной ВИЧ, с последующим проведением этой профилактики врачами–гинекологами;
- оформление медицинской документации.

23. При отсутствии в государственной организации здравоохранения по месту жительства (пребывания) лица, инфицированного ВИЧ, врача–инфекциониста диспансерное наблюдение осуществляет врач–терапевт.

24. Врачами–специалистами КДО областных государственных организаций здравоохранения осуществляются:

- диспансерное наблюдение за лицами, инфицированными ВИЧ, проживающими в областном центре;
- определение клинической стадии ВИЧ–инфекции, назначение (изменение схемы) АРВ–лекарственных средств;
- проведение АРВТ;
- контроль за соблюдением схем приема АРВ–лекарственных средств лицами, инфицированными ВИЧ, которым оказывается медицинская помощь с лабораторным мониторингом (общий, биохимический анализы крови, определение вирусной нагрузки и СД 4, другие исследования при необходимости);
- проведение профилактики и лечения оппортунистических инфекций;
- назначение схемы профилактики АРВ–лекарственными средствами передачи ВИЧ–инфекции от матери к ребенку беременной женщины, инфицированной ВИЧ, с последующим проведением этой профилактики врачами–гинекологами;
- оформление медицинской документации;
- формирование заявок о потребности в АРВ–лекарственных средствах, диагностических тест–системах в соответствии с информацией, предоставленной областными государственными организациями здравоохранения.

25. Врачами–специалистами КДО учреждения здравоохранения "Городская клиническая инфекционная больница" г. Минска, учреждения здравоохранения "Городская детская инфекционная клиническая больница" г. Минска осуществляется:

- диспансерное наблюдение лиц, инфицированных ВИЧ, проживающих в г. Минске;
- определение клинической стадии ВИЧ–инфекции и назначение (изменение схемы) АРВ–лечения;
- проведение АРВТ;
- контроль за соблюдением схем приема АРВ–лекарственных средств лицами, инфицированными ВИЧ, которым оказывается медицинская помощь с лабораторным мониторингом (общий, биохимический анализы крови, определение вирусной нагрузки и СД 4, другие исследования при необходимости);
- проведение профилактики и лечения оппортунистических инфекций;
- назначение схемы профилактики АРВ–лекарственными средствами передачи ВИЧ–инфекции от матери к ребенку беременной женщины, инфицированной ВИЧ, с последующим проведением этой профилактики врачами–гинекологами;
- оформление медицинской документации;

- консультация лиц, инфицированных ВИЧ, при необходимости с участием специалистов кафедр высших учебных заведений, обеспечивающих получение высшего медицинского образования и (или) повышение квалификации и переподготовку медицинских работников;

- учет расходования и планирование потребности в АРВ–лекарственных средствах, а также в лекарственных средствах для лечения и профилактики оппортунистических инфекций у лиц, инфицированных ВИЧ;

- формирование заявок о потребности в АРВ–лекарственных средствах, диагностических тест–системах, изделиях медицинской техники в соответствии с информацией, представленной государственными организациями здравоохранения г. Минска.

26. Медицинская помощь, в том числе скорая (неотложная), лицам, инфицированным ВИЧ, оказывается на основании клинических протоколов или методов оказания медицинской помощи, разрешенных Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

27. Медицинская помощь в амбулаторных и стационарных условиях лицам, инфицированным ВИЧ, оказывается в государственных организациях здравоохранения по месту жительства (пребывания) по профилю клинических проявлений заболевания.

28. Госпитализация лиц, инфицированных ВИЧ, в инфекционные отделения государственных организаций здравоохранения осуществляется:

- при острых инфекционных заболеваниях;

- при развитии проявлений оппортунистических инфекций, требующих оказания медицинской помощи в стационарных условиях (кроме микобактериозов, в случае развития которых медицинская помощь оказывается врачами–фтизиатрами).

Раздел «Директивные и нормативные документы в здравоохранении» подготовили Т.Н. Москвичева, Л.Е. Малюкова

Редактор: Н.В. Новаш

Компьютерный набор: С. В. Комарова

Компьютерная верстка: Н. Ф. Гелжец

Подписано в печать 17.12.2009 г. Формат бумаги 60x84 1/8

Бумага офсетная. Гарнитура Таймс. Печать офсетная. Уч.-изд. л. 15,0. Тираж 620 экз. Зак. №

Адрес редакции: 220013, Минск-13, ул. П. Бровки, 1.

Лаборатория основ стандартизации и нормативного обеспечения здравоохранения РНПЦ МТ, тел. (017) 296-61-87.

Свидетельство о государственной регистрации средства массовой информации № 383 от 15 мая 2009 г.

Отпечатано в типографии РУП "Минсктиппроект". 220123, Минск, ул. В.Хоружей, 13.

Лицензия №02330/0494102 от 11.03.2009 г. Тел. (017) 288-60-88.

К сведению авторов

Обращаем Ваше внимание, что с 1 января 2010 г. вступает в силу постановление Высшей аттестационной комиссии Республики Беларусь от 08.06.2009 г. №3 "Об утверждении инструкции о порядке формирования перечня научных изданий Республики Беларусь для опубликования результатов диссертационных исследований" (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 21.07.2009 г., №171, рег. №7/1006 от 10.07.2009 г.). В данной Инструкции, среди ряда других требований к периодическим изданиям, включаемым в указанный перечень, имеется указание о том, что в публикуемых статьях должно наличествовать резюме на русском и английском языке. Просим учесть это требование при сдаче в редакцию журналов "Вопросы организации и информатизации здравоохранения" и "Медико-биологические аспекты аварии на Чернобыльской АЭС" рукописей научных статей. В целом рукопись необходимо оформлять в соответствии с требованиями главы 5 Инструкции по оформлению диссертации, автореферата и публикаций по теме диссертаций, утвержденной постановлением Высшей аттестационной комиссии Республики Беларусь от 22.02.2006 г. №2 (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 20.03.2006 г., №41, рег. №7/603 от 09.03.2006 г.).

ИЗВЛЕЧЕНИЕ ИЗ ИНСТРУКЦИИ ПО ОФОРМЛЕНИЮ ДИССЕРТАЦИИ, АВТОРЕФЕРАТА И ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИЙ

ГЛАВА 5 ОБЪЕМ И СТРУКТУРА НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

55. Научная статья – законченное и логически цельное произведение, посвященное конкретному вопросу, входящему в круг проблем (задач), решаемых соискателем при выполнении диссертационного исследования. Научная статья раскрывает наиболее значимые результаты, полученные соискателем, требующие развернутого изложения и аргументации.

56. Объем научной статьи, учитываемой в качестве публикации по теме диссертации, должен составлять, как правило, не менее 0,35 авторского листа (14000 печатных знаков, включая пробелы между словами, знаки препинания, цифры и другие), что соответствует 8 страницам текста, напечатанного через 2 интервала между строками (5,5 страниц в случае печати через 1,5 интервала).

57. Научные статьи, публикуемые в изданиях, включенных в перечень научных изданий Республики Беларусь для опубликования результатов диссертационных исследований, должны включать, как правило, следующие элементы:

аннотацию;

фамилию и инициалы автора (авторов) статьи, ее название;

введение;

основную часть, включающую графики и другой иллюстративный материал (при их наличии);

заключение, завершаемое четко сформулированными выводами;

список цитированных источников;

дату поступления статьи в редакцию.

Дополнительно в соответствии с требованиями редакций научных изданий в структуру статьи могут быть также включены: индекс УДК;

перечень принятых обозначений и сокращений;

аннотация на английском языке.

58. Название статьи должно отражать основную идею выполненного исследования, быть по возможности кратким, содержать ключевые слова, позволяющие индексировать данную статью.

Аннотация (100-150 слов) должна ясно излагать содержание статьи и быть пригодной для опубликования в аннотациях к журналам отдельно от статьи.

59. В разделе "Введение" должен быть дан краткий обзор литературы по данной проблеме, указаны не решенные ранее вопросы, сформулирована и обоснована цель работы и, если необходимо, указана ее связь с важными научными и практическими направлениями. Во введении следует избегать специфических понятий и терминов. Содержание введения должно быть понятным также и неспециалистам в соответствующей области.

Анализ источников, использованных при подготовке научной статьи, должен свидетельствовать о знании автором (авторами) статьи научных достижений в соответствующей области. В этой связи обязательными являются ссылки на работы других авторов. При этом должны присутствовать ссылки на публикации последних лет, включая зарубежные публикации в данной области.

60. Основная часть статьи должна содержать описание методики, аппаратуры, объектов исследования и подробно освещать содержание исследований, проведенных автором (авторами). Полученные результаты должны быть обсуждены с точки зрения их научной новизны и сопоставлены с соответствующими известными данными.

Основная часть статьи может делиться на подразделы (с разъяснительными заголовками) и содержать анализ последних публикаций, посвященных решению вопросов, относящихся к данным подразделам.

Иллюстрации, формулы, уравнения и сноски, встречающиеся в статье, должны быть пронумерованы в соответствии с порядком цитирования в тексте.

61. В разделе "Заклучение" должны быть в сжатом виде сформулированы основные полученные результаты с указанием их новизны, преимуществ и возможностей применения. При необходимости должны быть также указаны границы применимости полученных результатов.

62. Список цитированных источников оформляется по тем же правилам, что и в тексте диссертации. Список располагается в конце текста, ссылки нумеруются согласно порядку цитирования в тексте. Порядковые номера ссылок должны быть написаны внутри квадратных скобок (например: [1], [2]).