



Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию  
Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования

**Саратовский государственный медицинский университет  
имени В.И. Разумовского**  
(ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава)

**«Утверждаю»**  
Зав. кафедрой экономики и  
управления здравоохранением и  
фармацией, доцент, д.м.н.

И.Г. Новокрещенова  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2009 г.

## **Конспекты лекций**

Дисциплина **Общественное здоровье и здравоохранение**

**Авторы разработчики: доц. И.В. Новокрещенов, асс. Н.А. Жихарева**

# ЛЕКЦИЯ 1

## ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК НАУКА И ПРЕДМЕТ ПРЕПОДАВАНИЯ

**Цель:** знакомство с дисциплиной «Общественное здоровье и здравоохранение», предметом и методами ее изучения, получение представления о ее месте в структуре общих медико-социальных знаний.

### Основные вопросы лекции.

1. Определение предмета.
2. Основные понятия дисциплины.
3. Место общественного здоровья и здравоохранения в медицинской науке. Методология общественного здоровья и здравоохранения.
4. Этапы развития общественного здоровья и здравоохранения.
5. Современное состояние общественного здоровья и здравоохранения.

### Содержание

#### 1. Определение предмета.

**Общественное здоровье и здравоохранение** – наука о закономерностях общественного здоровья и способах его охраны и улучшения, о воздействии социальных условий и факторов образа жизни на здоровье населения, о социальных аспектах профилактики, лечения, диагностики, реабилитации.

**Предмет изучения** – закономерности общественного здоровья и здравоохранения: изучение оздоравливающего, а также неблагоприятного влияния социальных факторов и условий на здоровье населения и его групп и выработка научно-обоснованных рекомендаций по устранению и предупреждению вредного для здоровья людей влияния социальных условий и факторов в интересах охраны и повышения уровня общественного здоровья.

**Общественное здоровье (Public Health as a resource)** – медико-социальный ресурс и потенциал общества, способствующий обеспечению национальной безопасности, обусловлено комплексным воздействием социальных, поведенческих и биологических факторов; его улучшение способствует увеличению продолжительности и качества жизни, благополучия людей, гармоничному развитию личности и общества.

Общественное здоровье выявляет закономерности развития народонаселения, исследует демографические процессы, прогнозирует перспективу, разрабатывает рекомендации по государственному регулированию численности населения, изучает воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения с целью разработки профилактических мер по оздоровлению населения.

**Общественное здравоохранение (Public Health as a system)** – система научных и практических мер и обеспечивающих структур медицинского и немедицинского характера, деятельность которых направлена на охрану и укрепление здоровья населения, профилактику заболеваний и травм, увеличение продолжительности активной жизни и трудоспособности и предусматривает объединение усилий общества по созданию условий, способствующих улучшению здоровья населения.

#### 2. Основные понятия дисциплины.

**Здоровье** - это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов (Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), 1958).

**Общественное здоровье** – характеристика одного из важных свойств, качеств, аспектов общества как социального организма, общественное богатство (богатство общества), фактор без которого не может создаваться вся совокупность материальных и духовных ценностей.

**Общественное здоровье** – такое состояние, такое качество общества, которое обеспечивает условия для образа жизни людей, не обремененных заболеваниями, физическими и психическими расстройствами, такое состояние, когда обеспечивается формирование здорового образа жизни.

**Здравоохранение** – система общенациональных (общегосударственных) социально-экономических и медицинских мероприятий, имеющих цель сохранить и повысить уровень здоровья каждого отдельного человека и населения в целом, общественная, социальная функция медицины и всего общества, государства, деятельность общества, учреждений и организаций (в том числе медицинских) по охране здоровья.

**Медицина** – система научных знаний и практической деятельности, целью которых является укрепление и сохранение здоровья, продление жизни людей, предупреждение и лечение болезней человека.

### **3. Место общественного здоровья и здравоохранения в медицинской науке. Методология общественного здоровья и здравоохранения.**

Общественное здоровье и здравоохранение изучает здоровье и болезни человека, т.е. относится к медико-биологическим как теоретическим, так и клиническим дисциплинам, и выполняет функции моста между медициной и общественными дисциплинами.

Общественное здоровье и здравоохранение использует следующие методы и методики в социально-гигиенических исследованиях:

- **исторический подход (метод)**, исследование прошлого, его сопоставление с настоящим и перспективами на будущее, состояние изучаемой проблемы на разных исторических этапах развития;

- **методы математической статистики**, особенно **моделирование**, применение вычислительной техники, считается, что **статистический метод** основа нашей науки, позволяет объективно определить уровень состояния здоровья населения, эффективность и качество работы ЛПУ;

- **экономический метод** позволяет установить влияние экономики на здравоохранение и здравоохранения на экономику государства, определить наиболее оптимальные пути использования государственных средств для эффективной охраны здоровья населения. Вопросы планирования финансовой деятельности органов здравоохранения и медицинских учреждений, наиболее рациональное расходование денежных средств, оценка эффективности действий здравоохранения по оздоровлению населения и влияние этих действий на экономику; один из таких методов получил название **бюджетный метод (метод бюджетных оценок)** и нашел широкое применение в исследованиях;

- **методом экспертных оценок** широко пользуются при исследованиях качества и результативности медицинской помощи, ее планирования;

- **социологические методы**, основываются в основном на анкетировании и интервьюировании;

- **экспериментальный метод** включает в себя постановку различных экспериментов по изысканию новых, наиболее рациональных форм и методов работы медицинских учреждений, отдельных служб здравоохранения.

В большинстве исследований преимущественно используется комплексная методика с применением большинства указанных методов. Широко используется системный подход и анализ при исследовании общественных систем.

### **4. Этапы развития общественного здоровья и здравоохранения.**

Интерес к социальным проблемам медицины зародился в глубокой древности: ими занимались многие выдающиеся ученые древности - Гиппократ, Аристотель, Авиценна и другие.

Глубокий след в зарождении научного мировоззрения в России, в том числе социально-гигиенического, заложил М.В.Ломоносов в известном письме к графу И.И.Шувалову «О размножении и сохранении российского народа» (1761г.) в котором продемонстрировал социально-гигиенический подход к проблемам общественного здоровья и народонаселения. М.В.Ломоносовым в своем письме были показаны не только тяжелые санитарные условия жизни народа. Он высказывался за специальное изучение народонаселения и народного здравоохранения, а также предложил меры по снижению заболеваемости и смертности насе-

ления, повышению рождаемости, улучшению медицинской помощи и санитарного просвещения.

Начало социально-гигиенического мировоззрения в медицине положили во второй половине 18 века ученые-клиницисты медицинского факультета Московского университета, позднее преобразованного в самостоятельное высшее медицинское учебное заведение (сейчас Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова). Наибольшее значение в этом отношении представляет первый русский профессор медицинского факультета университета С.Г. Зыбелин, один из наиболее выдающихся родоначальников замечательной российской традиции сочетания клинической деятельности с общественно-гигиенической. Профессор С.Г. Зыбелин первым в России поднял вопрос о влиянии социальных факторов на заболеваемость, рождаемость и смертность населения, им впервые предложены прогрессивные для того времени меры гигиенического и общественного характера по борьбе с заболеваемостью.

Первым российским профессором, положившим начало систематическому преподаванию “медицинской полиции”, был Ф.Ф. Керестури, выступивший с яркой актовой речью “О “медицинской полиции” и ее использовании в России”. Термин “медицинская полиция” впервые был введен в 1784 г. Немецким ученым В.Т.Рау, который включал в компетенцию «медицинской полиции» организацию лечения больных, наблюдение за здоровьем населения, регулирование медицинского образования, надзор за госпиталями и аптеками, предупреждение эпидемий, борьбу со знахарством, просвещение населения. Ф.Ф. Керестури неоднократно говорил о пользе основательного знания и изучения здоровья населения и медицинской помощи. С учреждением земской и фабрично-заводской медицины на первый план выступили требования по организации специальных исследований общественного здоровья и его охраны, открытия специальных научных и учебных учреждений.

В своих исследованиях Ф.Ф. Эрисман, Е.А. Осипов, В.А. Левицкий, А.В. Погожев, А.И. Шенгарев, П.И. Тезяков, П.И. Куркин, А. Фишев и другие деятели земской медицины и санитарной статистики заложили основы научного анализа проблем общественного здоровья и здравоохранения. Более того, в конце 19-начале 20 века в ряде учебных заведений читались курсы лекций по общественному здравоохранению и здоровью. Однако вплоть до начала 20 века не существовало специальных курсов, кафедр, институтов именно по социальной гигиене, не было специальных периодических изданий.

### **5. Современное состояние общественного здоровья и здравоохранения.**

Становление и расцвет социальной гигиены (так она называлась до 1941 года) в период советской власти связаны с именами крупных деятелей советского здравоохранения Н.А. Семашко и З.П. Соловьева.

Первая кафедра социальной гигиены в нашей стране была организована по инициативе Н.А. Семашко в 1922 г. при медицинском факультете первого Московского университета (первая в истории кафедра социальной гигиены открыта в 1920 году в Берлинском университете Альфредом Гротьяном, основателем первого журнала по социальной гигиене (1903) и научного общества по социальной гигиене и медицинской статистике (1905). Это была единая, объединенная кафедра, сотрудники которой преподавали социальную гигиену во всех московских медицинских высших учебных заведениях, кафедрой Н.А. Семашко руководил до конца своей жизни, до 1949 г. В 1923 г. под руководством З.П. Соловьева создается кафедра во втором Московском университете.

Среди первых отечественных учебников и руководств по социальной гигиене появились учебники Т.Я.Ткачева (1924) и З.Г.Френкеля (1923, 1926). В 1922-1930 г.г. издавался специальный журнал “Социальная гигиена”, который освещал актуальные проблемы советского здравоохранения, научных исследований и преподавания социальной гигиены.

В 1923г. был организован Институт социальной гигиены Наркомздрава РСФСР, который стал научно-организационной базой для кафедр социальной гигиены, здоровья и здравоохранения.

Важным для развития социальной гигиены было открытие в 1924г. в г. Москве первой клиники социальных и профессиональных заболеваний, где клиницисты совместно со спе-

циалистами в области социальной гигиены изучали важнейшие проблемы социальной этиологии, роли профессиональных, производственных факторов в возникновении заболеваний, разрабатывали методы диагностики, лечения и профилактики социальных и профессиональных болезней.

В 1935г. впервые была создана самостоятельная кафедра статистики, руководителем которой был известный ученый проф. П.А. Кувшинников.

В 1936г. был издан учебник Г.А. Баткиса “Социальная гигиена”, который много раз переиздавался и сыграл большую положительную роль в подготовке врачей в области социальной гигиены и организации здравоохранения.

В 1941г., накануне Великой Отечественной войны, кафедры социальной гигиены были переименованы в кафедры “организации здравоохранения”. Все внимание кафедр в эти годы было сосредоточено на вопросах медико-санитарного обеспечения фронта и организации медицинской помощи в тылу, предупреждения вспышек инфекционных заболеваний. Большой вклад в развитие науки и преподавания в эти годы внесли: З.Г. Френкель, Б.Я. Смулевич, С.В. Курашов, Н.А. Виноградов, А.Ф. Серенко и др.

В годы послевоенных пятилеток (1946-1960г.г.) в научной и педагогической деятельности кафедр организации здравоохранения нашли отражение задачи, связанные с послевоенным развитием хозяйства и здравоохранения в стране. Крупным комплексным исследованием были работы, посвященные санитарным последствиям войны. В 1946г. в Москве был создан Институт организации здравоохранения. Большое влияние на научно-исследовательскую деятельность кафедр оказали научные сессии института и издаваемые к ним различные материалы. Усилился взаимный контакт между кафедрами и органами управления здравоохранения.

28.02.1966г. приказом министра СССР №132 кафедры организации здравоохранения были реорганизованы в кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения с изменением содержания программ преподавания. В социальной гигиене и организации здравоохранения получили применение и развитие системный анализ, методы организационного эксперимента, экспертные оценки, методы социологических исследований, математического и логического моделирования, методы планирования и экономических исследований.

В марте 1991г. на Всесоюзном совещании по вопросам преподавания социальной гигиены и организации здравоохранения было рекомендовано переименовать дисциплину в социальную медицину и организацию здравоохранения. Название кафедр должно было отражать более широкое понимание предмета обучения, включающего разнообразный спектр проблем по охране здоровья населения и управлению монополизированной и децентрализованной системы здравоохранения в условиях перехода к рыночной экономике.

В соответствии с решениями Коллегии Министерства здравоохранения РФ «О роли кафедр социальной гигиены, организации, управления и экономики здравоохранения в подготовке и повышения квалификации специалистов в отрасли» (апрель 1999г.), Всероссийской конференции заведующих кафедрами социальной медицины и организации здравоохранения (г. Москва, декабрь 1997г.) и Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы преподавания социальной медицины. Работа кафедр с органами здравоохранения» (г. Анапа, октябрь 1999г.) и на основании приказа Министерства здравоохранения РФ от 01.03.2000г. № 83 «О совершенствовании преподавания в медицинских и фармацевтических вузах проблем общественного здоровья и здравоохранения» дисциплина получила новое название – «общественное здоровье и здравоохранение», как наиболее отвечающее условиям реформирования здравоохранения и приоритету проблем здоровья населения в условиях радикальных социально-экономических преобразований в России.

С учетом отечественного и зарубежного опыта структура дисциплины выглядит следующим образом.

1). Теоретические основы дисциплины “Общественное здоровье и здравоохранение”. Политика в области охраны здоровья.

2). Основы медицинской статистики и организация статистического исследования.

Статистический анализ.

3). Общественное здоровье и факторы его определяющие.

4). Охрана здоровья населения. Организация медицинской помощи населению.

5). Укрепление здоровья населения. Современные проблемы профилактики.

6). Важнейшие неинфекционные и инфекционные заболевания как медико-социальная проблема: эпидемиология, организация медико-социальной помощи, профилактика.

7). Основы планирования, маркетинга, управления, экономики и финансирования здравоохранения.

8). Здравоохранение в зарубежных странах. Деятельность ВОЗ и других международных медицинских организаций.

Эти разделы с различными модификациями и дополнениями составляют основное содержание учебных программ, планов и программ научных исследований.

Цель дисциплины “Общественное здоровье и здравоохранение” – получение знаний и умений, необходимые будущему врачу для работы в сфере здравоохранения. По завершении изучения данной дисциплины студенты должны знать:

1). Методику исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления:

- методики сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье населения и его отдельных групп;
  - методики, позволяющие выявить влияние различных факторов на здоровье населения.
- 2). Вопросы организации медицинской и медико-профилактической помощи населению:
- системы охраны, укрепления и восстановления здоровья населения (национальную систему здравоохранения, медицинское страхование, принципы построения зарубежных систем здравоохранения и др.);
  - методики анализа деятельности (организации, качества и эффективности медицинской помощи) лечебно-профилактических учреждений;
  - вопросы организации медицинской экспертизы (экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности).

3). Основы экономики, маркетинга, планирования и финансирования здравоохранения, менеджмента, инновационных процессов в здравоохранении, правовых и этических аспектов медицинской деятельности.

Умения, формируемые при изучении данной дисциплины:

1). Применение методики анализа деятельности лечебно-профилактических учреждений для разработки предложений по улучшению организации медицинской помощи.

2). Использование гигиенического обучения и воспитания населения в интересах формирования здорового образа жизни, сохранения, укрепления здоровья и профилактики заболеваний.

3). Использование информации о здоровье населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений для предложения мероприятий по повышению качества и эффективности медицинской и медико-профилактической помощи.

### **Рекомендуемая литература**

А) Основная литература:

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, - М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 528 с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
4. Сестринское дело. Административно-управленческие дисциплины: Учебное пособие / Под ред. Г.П. Котельникова. 2-ое изд., перераб. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 666 с.:

ил. – (Высшее образование).

Б) Дополнительная литература:

5. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение / Санкт-Петербург, ООО «Издательство «Петрополис», - 2000. – 914 с. (библиотека кафедры).
6. Медик В.А., Токмачев М.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. – М.: ОАО «Издательство Медицина», 2006. – 528 с. (библиотека кафедры).
7. Основы статистического анализа в медицине: Учебное пособие / В.И. Чернов, И.Э. Есауленко, С.Н. Семенов, Н.П. Сереженко. – Воронеж, Воронежская Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, 2003. – 113 с. (библиотека кафедры).
8. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.: 24 ил. (библиотека кафедры).

В) Учебно-методические пособия, рекомендации и т.д., изданные кафедрой:

9. Общественное здоровье и здравоохранение (Методические указания по выполнению контрольных работ) / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Е.А. Захарова, Е.А. Валах. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2006. - 92 с. (научная библиотека)
10. Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В. Общественное здоровье и здравоохранение. Курс лекций. / Учебное пособие. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 220 с. (библиотека кафедры).
11. Организация медицинской помощи населению (Методические указания по выполнению контрольных работ по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение») / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Н.А. Жихарева. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 138 с. (научная библиотека).

## ЛЕКЦИЯ 2

### ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ: ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И МЕТОДЫ ОЦЕНКИ

**Цель:** ознакомление с основными проблемами и методами оценки здоровья населения.

#### Основные вопросы лекции.

1. Уровни оценки здоровья населения и способы их оценки.
2. Социальная обусловленность здоровья.
3. Факторы риска здоровья.

#### Содержание

##### 1. Уровни оценки здоровья населения и способы их оценки.

Здоровье человека исследуется и анализируется на различных уровнях:

- 1). Здоровье отдельного человека – индивидуальное здоровье.
- 2). Здоровье малых или этнических групп (коллективов) – групповое здоровье.
- 3). Здоровье населения – здоровье людей, проживающих на конкретной административно-территориальной единице (область, город, район).
- 4). Общественное здоровье – здоровье населения страны, континента, мира, популяции в целом.

Каждый уровень требует различных подходов для оценки состояния здоровья.

**Индивидуальное здоровье** оценивается по персональному самочувствию, физическому состоянию, трудоспособности, наличию и отсутствию заболеваний. Для оценки индивидуального здоровья используется ряд весьма условных показателей (Лисицын Ю.П.):

**Потенциал здоровья** – это совокупность способностей индивидуума адекватно реагировать на воздействие внешних факторов. Адекватность реакции определяется состоянием компенсаторно-приспособительных систем (нервной, эндокринной, иммунной и т.п.) и механизмом психической саморегуляции (психологическая защита).

**Баланс здоровья** – выраженное состояние равновесия между потенциалом здоровья и действующими на него факторами.

**Ресурсы здоровья** – это морально-функциональные и психологические возможности организма изменять баланс здоровья в положительную сторону. Повышение ресурсов здоровья обеспечивается всеми мерами здорового образа жизни (питание, физические нагрузки и т.п.).

Для оценки состояния здоровья на втором и третьем уровнях (группового здоровья и здоровья населения) принято использовать следующие индикаторы:

- 1). Медико-демографические показатели.
- 2). Показатели заболеваемости.
- 3). Показатели инвалидности.
- 4). Показатели физического развития.

Для оценки состояния общественного здоровья Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует использовать следующие показатели:

- 1). Отчисление валового национального продукта на здравоохранение в процентах (более эффективным показателем является расходы на здравоохранения на одного жителя страны).
- 2). Доступность первичной медицинской помощи.
- 3). Охват населения медицинской помощью.
- 4). Уровень иммунизации населения.
- 5). Степень обследования беременных квалифицированным персоналом.
- 6). Состояние питания детей.
- 7). Уровень детской смертности.
- 8). Средняя продолжительность предстоящей жизни.
- 9). Гигиеническая грамотность населения.

##### 2. Социальная обусловленность здоровья.



Социальные условия непосредственно обусловлены социально-экономической структурой общества, это производное способа общественного производства и производственных отношений. Для конкретного человека или группы людей социальные условия проявляются в виде условий его труда и быта - условий жизни, т.е. социальных факторов. Следовательно, здоровье и болезнь - это категории, являющиеся результатом воздействия социальных условий и факторов.

Состояние здоровья в целом зависит от различных факторов:

- биологических, психологических (наследственность, конституция, тип нервной системы) свойств организма;
- социально-экономических, политических факторов;
- природных (климат, ландшафт местности, погодные условия) факторов;
- экологического фактора (загрязнение воды и воздуха, состояния окружающей среды);
- эффективности функционирования системы охраны здоровья и др.

Первое ранговое место по отношению влияния не только на общую заболеваемость, но на заболеваемость отдельными болезнями занимает образ жизни (курение, употребление алкоголя, наркотиков, несбалансированное питание, стрессы, вредные условия труда, гиподинамия – низкая физическая активность, злоупотребление лекарствами, напряженные семейные и производственные отношения, низкий культурный и образовательный уровень), его доля с точки зрения влияния на здоровье 50-55%.

Доля факторов внешней среды (загрязнение среды обитания (воздуха и воды) канцерогенными и другими вредными веществами, среднегодовая температура, уровень солнечной радиации), занимающих второе ранговое место, 20-25%.

Далее расположены социально-биологические – генетические факторы (наследственность, возраст родителей, пол, течение антенатального периода)– 15-20%. и организационные или медицинские (уровень и организация медицинской помощи, состояние системы здравоохранения, ятрогении) – 10-15%.

### **3. Факторы риска здоровья.**

В настоящее время создана целая теория - **учение о факторах риска**, что связано с развитием хронического типа патологии, т.е. преобладанием в структуре заболеваемости и смертности населения хронически протекающих, обычно неэпидемических заболеваний. Конкретные причины их неизвестны, зато установлены способствующие их возникновению факторы, которые стали называть факторами риска.

По происхождению выделяют первичные и вторичные факторы риска. Первичные факторы риска действуют изначально, обеспечивают возникновение и развитие заболеваний, к ним относят неблагоприятные воздействия образа жизни (курение, несбалансированное питание, гиподинамия); загрязнение внешней среды продуктами химии, отходами; генетический риск, неблагоприятная организация служб здравоохранения, недостатки, дефекты медицинской помощи.

Вторичные факторы риска - патологические состояния, способствующие (повышающие вероятность) возникновения и прогрессирования другой патологии, чаще всего артериальная гипертензия; диабет; ревматизм, иммунодефициты.

Одна из распространенных классификаций предлагает выделение главных, или больших факторов риска. Например, по отношению к сердечно-сосудистым заболеваниям, это курение; гиподинамия; избыточная масса тела; несбалансированное питание; артериальная гипертензия; психоэмоциональные стрессы; злоупотребление алкоголем.

Больших факторов риска немного, хотя всего факторов риска - множество. Исследователи отмечают общность факторов риска при разных заболеваниях, а какое заболевание у человека возникнет - здесь велика роль наследственности, и других обстоятельств.

#### **Рекомендуемая литература**

А) Основная литература:

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов / Под ред.

В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, - М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 528 с.

2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
4. Сестринское дело. Административно-управленческие дисциплины: Учебное пособие / Под ред. Г.П. Котельникова. 2-ое изд., перераб. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 666 с.: ил. – (Высшее образование).

Б) Дополнительная литература:

5. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение / Санкт-Петербург, ООО «Издательство «Петрополис», - 2000. – 914 с. (библиотека кафедры).
6. Медик В.А., Токмачев М.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. – М.: ОАО «Издательство Медицина», 2006. – 528 с. (библиотека кафедры).
7. Основы статистического анализа в медицине: Учебное пособие / В.И. Чернов, И.Э. Есауленко, С.Н. Семенов, Н.П. Сереженко. – Воронеж, Воронежская Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, 2003. – 113 с. (библиотека кафедры).
8. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.: 24 ил. (библиотека кафедры).
9. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. – М.: Медиа Сфера, 2001. -392 с., илл. (библиотека кафедры).

В) Учебно-методические пособия, рекомендации и т.д., изданные кафедрой:

10. Общественное здоровье и здравоохранение (Методические указания по выполнению контрольных работ) / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Е.А. Захарова, Е.А. Валах. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2006. - 92 с. (научная библиотека)
11. Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В. Общественное здоровье и здравоохранение. Курс лекций. / Учебное пособие. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 220 с. (библиотека кафедры).
12. Организация медицинской помощи населению (Методические указания по выполнению контрольных работ по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение») / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Н.А. Жихарева. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 138 с. (научная библиотека).

### ЛЕКЦИЯ 3

## МЕДИЦИНСКАЯ ДЕМОГРАФИЯ. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

**Цель:** получение знаний о современных медико-демографических процессах в России.

### Основные вопросы лекции

1. Изучение демографических процессов.
2. Статика населения. Переписи населения.
3. Динамика населения. Виды движения населения.
4. Рождаемость. Общие и специальные показатели рождаемости.
5. Смертность. Младенческая и материнская смертность.
6. Естественный прирост населения. Показатели продолжительности жизни.

### Содержание

#### 1. Изучение демографических процессов.

**Демография** - наука о населении (народонаселении), о закономерности воспроизводства населения и их социально-экономической обусловленности. В задачи демографии входит изучение территориального размещения населения, анализ тенденций и процессов, происходящих среди населения в связи с их социально-экономическими условиями жизни, существующими традициями и другими факторами.

**Медицинская демография** - отраслевая наука, изучающая взаимосвязь демографических процессов воспроизводства населения с позиций медицины и здравоохранения и разрабатывающая на этой основе медико-социальные меры, направленные на обеспечение наиболее благоприятных показателей здоровья населения.

К методам, позволяющим изучать демографические события, относят:

- переписи, регулярно проводимые во многих странах (перепись позволяет установить общее число людей, проживающих на данной территории, информацию о следующих характеристиках: возраст, пол, семейное положение, образование, род занятий, экономическая деятельность, родственные связи и т.д.);
- текущий учет ряда демографических явлений (рождение, смерть; развод и т.д.);
- выборочные исследования, включающие изучение некоторых социально значимых демографических аспектов в связи с социально-гигиеническими факторами.

#### 2. Статика населения. Переписи населения.

**Статика населения** изучает численность и состав населения на определенный момент времени, на какую-либо дату. Состав населения изучается по таким основным признакам, как: пол, возраст, социальные группы, профессия и занятие, семейное положение, национальность и т.д., а также особенности его территориального расселения.

Наиболее важными показателями, характеризующими статику населения, являются: структура населения по возрасту (тип возрастной структуры населения), численность постоянного и фактического населения, плотность населения.

Исходя из соотношения трех основных возрастных групп в структуре населения – молодежь трудоспособного (до 18 лет), трудоспособное население (мужчины 18-59 лет, женщины 18-54 года), старше трудоспособного – выделяют три типа возрастной структуры населения - прогрессивный (доля лиц младше трудоспособного населения превышает долю лиц старше трудоспособного возраста, условные формулы данного типа возрастной структуры: 30%-60%-10% или 30%-50%-20%), стационарный (доли лиц младше и старше трудоспособного возраста равны, условная формула: 20%-60%-20% или 25%-50-25%) и регрессивный (доля лиц старше трудоспособного населения превышает долю лиц младше трудоспособного, условная формула: 10%-60%-30% или 20%-50-30%).

Наиболее полным и достоверным источником получения данных о численности, составе и территориальном размещении населения являются сведения периодически (через 10 лет) проводимых переписей населения.

Последняя перепись населения проведена в 2002 году. Основные данные: численность

населения - 145,2 млн. человек (уменьшение с 1989 г. на 1,8 млн. человек), городских жителей – 73%, сельских – 27%. В России проживают представители 160 национальностей, русские – 116 млн. человек (80 %), более 1 млн. человек – татары, украинцы, башкиры, чувашы, чеченцы, армяне. Мужчин в структуре населения 46,6%, женщины - 53,4% (больше на 10 млн. чел.). Средний возраст населения России 37,7 лет. Численность населения в трудоспособном возрасте (мужчины 16-60 лет, женщины 16-55 лет) – 61%, моложе трудоспособного – 18%, старше трудоспособного - 21%.

Основные черты современных переписей населения: всеобщность, единство программы, поименность регистрации, одновременность регистрации на определенный момент переписи, сбор информации непосредственно у населения, сведения собираются методом интервьюирования (путем личной беседы с каждым человеком). В межпереписные годы производится специальный пересчет численности населения на основе предыдущей переписи, материалов о рождаемости, смертности и миграции населения на данной территории. Осуществляются эти операции органами статистических служб по специальной методике.

Данные переписей о численности и составе населения необходимы органам и учреждениям здравоохранения для планирования развития сети медицинских и детских учреждений, подготовки медицинских кадров, для разработки планов лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий. Данные статистики населения вместе с показателями заболеваемости и физического развития служат для медицинских работников важными критериями, характеризующими уровень здоровья населения в связи с проводимыми медико-социальными мероприятиями.

Кроме того, эти данные используются для вычисления общих и особенно специальных возрастно-половых санитарно-статистических показателей рождаемости, смертности, заболеваемости, обеспеченности населения различными видами медицинской помощи.

### **3. Динамика населения. Виды движения населения.**

**Динамика населения** изучает изменения во времени численности и структуры населения.

Изменения возрастно-половой структуры населения во времени определяются многими факторами:

- существующая структура населения («текущая» структура — это причина будущей структуры);
- предыдущая структура населения (например, население с большим числом лиц в возрасте 5-10 лет)
- изменение основных демографических показателей (например, следствие большого числа рождений 5-10 лет назад).

Качественные и количественные изменения рождаемости, плодовитости и смертности модифицируют структуру населения, причем плодовитость представляет собой более важный фактор. Длительное снижение уровня плодовитости (как результат широкого применения контрацептивов, увеличения возраста вступления в брак и т. п.) может иметь существенные последствия для структуры населения.

**Механическое движение населения** - изменение численности и состава населения в результате миграционных процессов - передвижения отдельных групп людей из одного района в другой или за пределы страны, как правило, в связи со сменой места жительства.

Различают следующие виды перемещения (перенаселения, передвижения) людей:

- внешняя миграция - перемещение людей из одной страны в другую (эмиграция – выезд граждан из своей страны, иммиграция – въезд граждан в данное государство);
- внутренняя миграция (перемещения людей в пределах (внутри) одной страны - из деревни в город (урбанизация), из одних районов в другие);
- безвозвратная (переселение со сменой постоянного места жительства);
- временная (переселение на длительный, но ограниченный срок);
- «маятниковая» миграция (ежедневное перемещение людей из дома на работу и обратно);

- сезонная миграция.

Кроме того, различают плановую и стихийную (вынужденную – беженцы и переселенцы) миграцию.

**Социальное движение населения** - изменение численности и состава населения за счет перехода из одной социальной группы в другую в связи с завершением образования, приобретением специальности, устройством на работу (потерей работы), выходом на пенсию и т.д.

**Естественное движение населения** - изменение численности и состава населения данной территории в результате взаимодействия основных демографических явлений: рождаемости и смертности.

**Живорожденным** является полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности; беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни (сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента). Каждый продукт такого рождения рассматривается как живорожденный.

**Мертворождением** является смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности. На смерть указывает отсутствие у плода после такого отделения дыхания или любых других признаков жизни сердцебиения, пульсации пуповины или произвольных движений мускулатуры.

#### **4. Рождаемость. Общие и специальные показатели рождаемости.**

**Рождаемость** - это процесс возобновления новых поколений, в основе которого лежат биологические факторы, влияющие на способность организма к воспроизведению потомства (зачатие, оплодотворение, вынашивание плода). Изучая рождаемость в человеческом обществе, следует помнить, что она детерминирована не только биологическими, но и социально-экономическими процессами, возрастом вступления в брак, условиями и факторами образа жизни, традициями, религиозными установками и другими факторам, определяющими внутрисемейное регулирование числа рожденных детей.

**Демографическая политика** – политика государства, направленная на изменение рождаемости. В странах с высоким уровнем рождаемости (Китай, Индия, Индонезия, страны Африки и Латинской Америки) государством претворяются в жизнь мероприятия, направленные на сокращение рождений, в странах, где наблюдается низкая рождаемость, демографическая политика направлена на повышение рождаемости. Оптимизация демографических процессов - это не только достижение определенных параметров численности населения, ее структуры, но и обеспечение более высокого уровня здоровья населения.

Для анализа рождаемости используются различные показатели: общий коэффициент рождаемости, коэффициент общей и брачной плодовитости, суммарный коэффициент рождаемости.

**Общий показатель рождаемости**, или рождаемость, показывающий число родившихся живыми за год на 1000 населения, не дает исчерпывающего представления об интенсивности процесса и используется лишь для приблизительной характеристики данного явления.

Более точную оценку процесса рождаемости дает анализ специальных показателей: **общей и брачной плодовитости**. Вычисление указанных коэффициентов проводится на 1000 женщин в возрастном интервале 15-49 лет, который называется фертильным или плодовитым периодом в жизни женщин. Особое внимание уделяется оценке повозрастных показателей рождаемости. В этом случае выделяются следующие возрастные интервалы: 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49 лет.

**Суммарный коэффициент рождаемости** – сумма повозрастных коэффициентов плодовитости, рассчитанных для одногодичных групп. Демонстрирует количество детей,

которое в среднем рождает женщина в течение фертильного возраста. Для обеспечения простого воспроизводства населения этот показатель должен быть равен 2,15 (в России в течение последнего десятилетия чуть больше 1, в 2005 году – 1,31).

**Брутто-коэффициент воспроизводства** — общий коэффициент плодовитости, касающийся только рождения девочек. Представляет собой среднее число дочерей, которое может оказаться в гипотетической когорте женщин к концу репродуктивного периода при отсутствии смертности.

### **5. Смертность. Младенческая и материнская смертность.**

В оценке социального, демографического и медицинского благополучия той или иной территории необходимо учитывать не только показатели рождаемости, но и **показатели смертности**. Взаимодействие между показателями рождаемости и смертности, замена одних поколений другими обеспечивает непрерывное воспроизводство населения.

Под общим показателем смертности понимается число умерших в определенном регионе в течение года на 1000 населения.

Для учета каждого случая смерти используется «Медицинское свидетельство о смерти» (форма №106/у), которое выдается всеми больничными учреждениями, диспансерами, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, больницами скорой медицинской помощи, родильными домами, санаториями, бюро судебно-медицинской экспертизы. Оформлять медицинское свидетельство о смерти могут врачи, в том числе и частнопрактикующие, а в некоторых случаях – фельдшеры.

Порядок записи причин смерти предусмотрен рекомендациями ВОЗ. В качестве основной причины смерти необходимо указывать то первоначальное заболевание, отравление или травму, которое непосредственно или через ряд последующих, тесно связанных с ним процессов (осложнений) повлекло за собой смерть. Причина смерти записывается в двух частях 18-го пункта свидетельства.

Первая часть 18-го пункта подразделяется на четыре строки (а, б, в, г). В строке а) врач должен записать непосредственную причину смерти - заболевание, приведшее к смерти, или осложнение первоначального (основного) заболевания. В строке б) необходимо указать то заболевание, которое вызвало непосредственную причину смерти. Это состояние, в свою очередь, могло быть следствием какого-либо заболевания; если таковое имеется, то оно записывается в строку в) - запись должна соответствовать первоначальной (основной) причине смерти. Запись причины смерти может закончиться строкой а), если первоначальное заболевание непосредственно само вызвало смерть, либо строкой б), если непосредственная причина смерти вызвана одним заболеванием. В строке г) указываются внешние причины при травмах и отравлениях.

Во второй части 18-го пункта отмечаются прочие важные заболевания, существующие к моменту смерти и оказавшие неблагоприятное влияние на течение основного заболевания, но причинно не связанные с заболеванием или осложнением, послужившим непосредственной причиной смерти.

Для регистрации смерти в перинатальном периоде используется «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» (форма №106-2/у), в котором состояния, приведшие к смерти, располагаются следующим образом:

- 1) Основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка.
- 2) Другие заболевания или патологическое состояние плода или ребенка.
- 3) Основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка.
- 4) Другие заболевания или патологическое состояние матери, оказавшие неблагоприятное влияние на плод или ребенка.
- 5) Другие обстоятельства, имевшие отношение к смерти.

В свидетельстве следует записывать идентифицирующие личность данные с указанием даты и времени смерти, информацию о том, родился ребенок живым или мертвым, а также результаты вскрытия. В случае смерти детей (плодов) при многоплодных родах, свиде-

тельство о перинатальной смерти заполняется на каждого ребенка (плод) отдельно.

Возрастные коэффициенты смертности имеют общую закономерность, проявляющуюся в том, что наиболее высокий риск гибели ребенка отмечается в первые минуту, час, день, неделю и месяц жизни.

**Показатель младенческой смертности** (смертности детей на первом году жизни) определяется отношением годового числа умерших детей в возрасте до 1 года к сумме  $2/3$  родившихся в данном году (за какой определяется показатель) и  $1/3$  родившихся в предыдущем году, умноженным на 1000.

Показатели младенческой смертности по России (и по Саратовской области) изменялись в динамике волнообразно. Причем динамика эта во многом повторяет динамику рождаемости.

**Материнская смертность** относится к демографическим показателям, уточняющим общий показатель смертности. По стандартам и требованиям к отчетности, касающейся материнской смертности – “материнская смертность” определяется как обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Случай материнской смерти следует подразделить на две группы:

1) Смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами: смерть в результате акушерских осложнений состояния беременности (т.е. беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, последовавших за любой из перечисленных причин.

2) Смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами: смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, развившейся в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности.

В структуре причин материнской смертности большую часть (80%) занимают акушерские причины и около 20% занимают причины, связанные с беременностью и родами косвенно (в частности, экстрагенитальные заболевания).

Среди акушерских причин 70% принадлежит осложнениям беременности и родов, 25% - последствиям аборт и 5% - внематочной беременности. Среди экстрагенитальных заболеваний преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы.

## **6. Естественный прирост населения. Показатели продолжительности жизни.**

**Естественный прирост населения** служит наиболее общей характеристикой роста населения. Естественный прирост может выражаться абсолютным числом как разность между числом родившихся и умерших за год, но чаще рассчитывается как разность показателей (коэффициентов) рождаемости и смертности.

К одному из наиболее неблагоприятных демографических явлений относится наличие отрицательного естественного прироста, свидетельствующего о явном неблагополучии в обществе. Наличие отрицательного естественного прироста свидетельствует о вымирании нации или депопуляции. Имеющиеся в стране неблагоприятные демографические процессы, проявляющиеся в сокращении естественного прироста населения, обусловлены негативным взаимодействием нескольких основных факторов: имеющийся в стране, как и в большинстве экономически развитых странах, акцент на малодетную семью; вступлением в основной детородный возраст (20-29 лет) малочисленных контингентов женщин, родившихся в конце 60-х - начале 70-х годов; кризисное состояние социально-экономической сферы способствуют значительному сокращению числа рождений в молодых семьях.

Для оценки продолжительность жизни используются два показателя, оценивающих. Одним из них, используемый также для оценки общественного здоровья, является показатель **средней продолжительности предстоящей жизни (СППЖ)**, который служит более

объективным критерием, чем показатели, рождаемости, смертности и естественного прироста.

Под показателем средней продолжительности предстоящей жизни следует понимать гипотетическое число лет, которое предстоит прожить поколению одновременно родившихся при условии неизменности повозрастных коэффициентов смертности. Этот показатель характеризует жизнеспособность населения в целом и пригоден для анализа показателя в динамике и сравнения по разным регионам и странам. Величина показателя СППЖ не только характеризует состояние здоровья населения, но и дает косвенную оценку уровню организации медицинской помощи населению в стране, степени медицинской грамотности населения, существующей социально-экономической ситуации.

Показатель СППЖ рассчитывается на основании повозрастных коэффициентов смертности путем построения таблиц смертности (или дожития), методика построения которых известна еще с XVIII века. Таблицы смертности (дожития) рассчитываются по косвенному методу и показывают возможность последовательного вымирания гипотетической совокупности одновременно родившихся.

Вторым показателем является **вероятность дожития** от одного возраста до другого, представляет собой шанс того, что лица, достигшие определенного возраста, доживут до следующего, более старшего возраста.

#### Рекомендуемая литература

##### А) Основная литература:

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, - М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 528 с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
4. Сестринское дело. Административно-управленческие дисциплины: Учебное пособие / Под ред. Г.П. Котельникова. 2-ое изд., перераб. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 666 с.: ил. – (Высшее образование).

##### Б) Дополнительная литература:

5. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение / Санкт-Петербург, ООО «Издательство «Петрополис», - 2000. – 914 с. (библиотека кафедры).
6. Медик В.А., Токмачев М.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. – М.: ОАО «Издательство Медицина», 2006. – 528 с. (библиотека кафедры).
7. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.: 24 ил. (библиотека кафедры).
8. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. – М.: Медиа Сфера, 2001. -392 с., илл. (библиотека кафедры).

##### В) Учебно-методические пособия, рекомендации и т.д., изданные кафедрой:

9. Общественное здоровье и здравоохранение (Методические указания по выполнению контрольных работ) / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Е.А. Захарова, Е.А. Валах. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2006. - 92 с. (научная библиотека)
10. Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В. Общественное здоровье и здравоохранение. Курс лекций. / Учебное пособие. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 220 с. (библиотека кафедры).
11. Организация медицинской помощи населению (Методические указания по выполнению контрольных работ по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение») / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Н.А. Жихарева. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 138 с. (научная библиотека).



## ЛЕКЦИЯ 4

### ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ И ОРГАНИЗАЦИИ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ. СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

**Цель:** знакомство с основными статистическими методами.

**Основные вопросы лекции.**

1. Роль статистики в здравоохранении.
2. Основные понятия статистики.
3. Медицинская статистика.

**Содержание**

#### **1. Роль статистики в здравоохранении.**

Применение статистики в здравоохранении возможно как на уровне сообщества, так и на уровне отдельных пациентов. Медицина имеет дело с индивидуумами, которые отличаются друг от друга по множеству характеристик, таких как масса тела, рост, артериальное давление, уровень холестерина, иммуноглобулинов, сахара крови и т. д. Значения показателей, на основании которых человека можно считать здоровым, варьируются от одного индивидуума к другому. Необходимо отдавать себе отчет в том, что ввиду существующих различий эти решения не могут быть абсолютно точными — они всегда сопряжены с некоторой неопределенностью. В этом и заключается **вероятностная природа** медицины.

Знание статистических принципов и методов и умение их применять, необходимы не только для понимания медико-биологических научных дисциплин, но также для эффективной работы в любой из областей здравоохранения.

Ниже представлены наиболее важные причины того, почему каждый студент-медик должен пройти также курс медицинской статистики.

1). Знание статистики нужно как для понимания логики, лежащей в основе или должной лежать в основе диагностических, прогностических и терапевтических решений, так и для уяснения того, что медицина в значительной степени зависит от вероятностных представлений.

2). Работники здравоохранения должны уметь интерпретировать, в рамках своей компетенции, результаты лабораторных тестов и клинические наблюдения и измерения, учитывая колебания значений физиологических параметров.

3). Работникам здравоохранения необходимо знать и понимать статистические и эпидемиологические факты, имеющие отношение к этиологии и прогнозу тех болезней, которые они лечат, с тем, чтобы дать своим пациентам наилучшие рекомендации о том, как избежать этих болезней или свести к минимуму их неблагоприятные последствия.

4). Работники здравоохранения поставляют основную массу данных, на которых базируется медицинская статистика, им следует знать, как эти данные могут и должны использоваться, с тем чтобы, с одной стороны, повысить уровень своей работы, а с другой – улучшить организацию медицинской помощи.

5). Руководителям здравоохранения надо знать, как интерпретировать статистические данные и делать из них выводы, описывающие проблемы здравоохранения, и как лучше всего распорядиться ресурсами, выделенными для этого.

6). Изучение статистики способствует развитию у студентов критических взглядов и дедуктивных способностей, необходимых им в процессе обучения и после его окончания в повседневной практической работе.

#### **2. Основные понятия статистики**

Термин «статистика» имеет два основных значения. Во-первых, он относится к повседневной практике использования данных, численных наблюдений, количественной информации. Во-вторых, этот термин означает научную дисциплину, изучающую научные методы сбора, обработки, обобщения, представления, анализа и интерпретации количественных данных, а также формулирования статистических выводов и заключений на основании теории вероятностей.

Слово статистика происходит от латинского слова status – состояние, положение вещей. Первоначально оно использовалось в значении “политическое состояние” и использовалось для описания государства: территории, населения, религии и т.д.

**Статистика** – самостоятельная общественная наука, изучающая количественную сторону общественных явлений в неразрывной связи с качественной стороной.

Предметом изучения статистики служат различные социально-экономические явления, которые состоят из множества отдельных элементов и фактов. Эти множества единиц с отличающимися признаками составляют массовые (статистические) совокупности. **Статистическая совокупность** – все множество единиц явления с отличающимися характеристиками признака.

Статистическое исследование начинается с изучения отдельных единиц, которые характеризуются рядом признаков, которые значительно варьируют.

**Единица совокупности** – первичный элемент объекта наблюдения, являющийся носителем признака, подлежащего регистрации.

**Признак** – измеряемые в ходе статистического исследования свойства или особенности единиц совокупности. Признаки классифицируются по нескольким признакам:

- по характеру выражения:

- описательные (национальность, пол, цвет глаз),
- количественные (возраст, число коек в ЛПУ).

- по способу измерения:

- первичные (учитываемые) – численность населения,
- вторичные (расчетные) – соотношения первичных.

- по отношению к характеризованному объекту:

- прямые (непосредственные) – количество сотрудников в отделе,
- косвенные – уровень заработной платы.

- по характеру вариации:

- альтернативные (да или нет),
- дискретные – отдельные значения без промежутков (число членов семьи),
- непрерывные – любые, ограниченные определенными условиями значения.

- по отношению ко времени:

- моментные – момент,
- интервальные – период.

Результаты измерения различных признаков – **данные** можно разделить на две больших категории:

- качественные (категоризованные, атрибутивные) данные - это измерения, для которых количественных значений нет либо они скрыты;
- Количественные данные - имеют численные значения.

**Статистическая закономерность** – это закономерность, в которой необходимость неразрывно связана в каждом отдельном явлении со случайностью и лишь во множестве явлений проявляет себя как закон.

Различие числовых данных признаков обусловлены влиянием различных причин, одни из которых существенны, а другие случайные. Абстрагироваться от случайного, и выявить типичное, характерное, закономерное – основная задача статистики. Закономерности, выявленные для той или иной совокупности, обнаруживаются при массовых наблюдениях благодаря “**закону больших чисел**”, сущность которого заключается в том, что по мере увеличения числа наблюдений влияние случайных причин, определяющих величину признака у единиц совокупности, взаимно погашается в сводных характеристиках совокупности, и способствует выявлению основной причины, определяющей закономерность.

**Статистические показатели** – обобщающая характеристика какого-то свойства совокупности, группы (например, признак – продолжительность жизни, соответствующий показатель – средняя продолжительность предстоящей жизни). Признак определяет количествен-

венное содержание показателя, являясь основой его. Признаки существуют, показатели создаются, показатель – инструмент познания объектов человеком.

**Методы статистики** – совокупность (система) специфических приемов и методов, которые применяет статистика: статистическое наблюдение, статистическое сравнение, группировка, расчет статистических показателей, графическое отображение данных. Специфический метод статистики – это массовое наблюдение, группировка данных и исчисление обобщающих показателей.

Существуют три основные области применения статистических методов:

а) Организация эффективного сбора данных:

- разработка регистрационных форм для сбора данных;
- организация процедуры сбора данных;
- планирование и осуществление исследований;
- проведение популяционных обследований.

б) При описании характеристик некоторой группы или ситуации:

- группировка данных;
- обобщение данных;
- представление данных.

в) При изучении данных и получении выводов на этой основе. При этом используют различные аналитические методы и применяют вероятностную теорию статистического вывода.

### **3. Медицинская статистика**

Одной из отраслей статистики является медицинская статистика, которая изучает количественную сторону массовых явлений и процессов в медицине и здравоохранении.

Медицинская статистика включает в себя два основных раздела:

#### **1). Санитарная статистика**

1.1. Статистика здоровья населения.

Статистика здоровья изучает состояние общественного здоровья: демографические процессы, заболеваемость населения, включая инвалидность, физическое развитие.

1.2. Статистика здравоохранения.

Анализирует данные о сети медицинских учреждений, использованию ресурсов здравоохранения, деятельности медицинских учреждений по оказанию лечебной и профилактической помощи, планирование здравоохранения.

#### **2). Статистические методы в медицине.**

Статистические положения и представления применимы в различных областях медицины — некоторые примеры приведены ниже.

а) Трактовка вариации.

б) Диагностика заболеваний у отдельных больных и оценка состояния здоровья группы населения.

в) Прогнозирование возможного результата программы борьбы с той или иной болезнью в той или иной группе населения или исхода заболевания у отдельных больных.

г) Выбор подходящего воздействия на больного или на группу населения.

д) Общественное здравоохранение, руководство им и его планирование.

е) Планирование и проведение медицинских исследований, анализ и публикация их результатов: чтение и понимание таких сообщений.

#### **Рекомендуемая литература**

А) Основная литература:

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, - М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 528 с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-

МЕД, 2002. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).

4. Сестринское дело. Административно-управленческие дисциплины: Учебное пособие / Под ред. Г.П. Котельникова. 2-ое изд., перераб. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 666 с.: ил. – (Высшее образование).

Б) Дополнительная литература:

5. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение / Санкт-Петербург, ООО «Издательство «Петрополис», - 2000. – 914 с. (библиотека кафедры).
6. Медик В.А., Токмачев М.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. – М.: ОАО «Издательство Медицина», 2006. – 528 с. (библиотека кафедры).
7. Основы статистического анализа в медицине: Учебное пособие / В.И. Чернов, И.Э. Есауленко, С.Н. Семенов, Н.П. Сереженко. – Воронеж, Воронежская Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, 2003. – 113 с. (библиотека кафедры).
8. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.: 24 ил. (библиотека кафедры).
9. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. – М.: Медиа Сфера, 2001. -392 с., илл. (библиотека кафедры).

В) Учебно-методические пособия, рекомендации и т.д., изданные кафедрой:

10. Общественное здоровье и здравоохранение (Методические указания по выполнению контрольных работ) / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Е.А. Захарова, Е.А. Валах. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2006. - 92 с. (научная библиотека)
11. Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В. Общественное здоровье и здравоохранение. Курс лекций. / Учебное пособие. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 220 с. (библиотека кафедры).
12. Организация медицинской помощи населению (Методические указания по выполнению контрольных работ по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение») / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Н.А. Жихарева. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 138 с. (научная библиотека).

## Лекция 5

### ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

**Цель:** знакомство с основными понятиями и методами изучения заболеваемости.

#### Основные вопросы лекции.

1. Заболеваемость - ведущий показатель общественного здоровья
2. Источники информации о заболеваемости, методы изучения.
3. Тенденции заболеваемости населения РФ.

#### Содержание

##### 1. Заболеваемость - ведущий показатель общественного здоровья.

**Заболевание (по определению ВОЗ)** - любое субъективное или объективное отклонение от нормального физиологического состояния организма.

**Заболеваемость** - показатель, характеризующий распространенность, структуру и динамику зарегистрированных болезней среди населения в целом или отдельных его группах (возрастных, половых, территориальных, профессиональных и т.д.).

Значение показателей заболеваемости для организации здравоохранения велико, они используются:

- для комплексной оценки состояния здоровья населения.
- для обоснования потребности в различных видах медицинской помощи и ресурсах (кадрах, койках и др.).
- для обоснования планирования конкретных лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических и оздоровительных мероприятий (территориальных, целевых программ и программ профилактики).
- для оценки деятельности ЛПУ (анализа объемов, качества и эффективности), в том числе и экономической.
- при разработке территориальных программ обязательного медицинского страхования; формировании муниципальных заказов на медицинскую помощь.
- при расчете страховых взносов и платежей за отдельные группы населения, распределении финансовых средств участников системы ОМС.

**Заболеваемость (первичная заболеваемость, incidence)** - совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые выявленных в данном календарном году заболеваний.

**Распространенность (болезненность, prevalence)** - совокупность всех имеющихся заболеваний, как впервые выявленных в данном году, так и установленных в предыдущие годы, по поводу которых больной обратился за медицинской помощью в данном календарном году.

**Частота заболеваний, выявленных при осмотрах (point-prevalence)** – частота патологии среди населения, выявленной при проведении единовременных медицинских осмотров (обследований), учитываются все заболевания, а также прерорбидные формы и состояния.

##### 2. Источники информации о заболеваемости, методы изучения.

Для изучения заболеваемости используется несколько источников информации, из них два основных и два дополнительных. Основными являются сведения о заболеваемости по данным обращаемости и по данным медицинских осмотров, дополнительными – данные анализа причин смерти и данные комплексных социально-гигиенических и клинко-социальных исследований.

**Обращаемость** населения за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения является наиболее полным источником данных о заболеваемости. При анализе заболеваемости по данным обращаемости следует помнить, что она зависит от обращаемости населения за медицинской помощью. На обращаемость, в свою очередь, оказывают влияние доступность медицинской помощи, медицинская активность населения, материальное благосостояние, квалификация врачей и другие факторы. В случае достаточности сети таких уч-

реждений удастся выявить заболеваемость с большой достоверностью. Виды заболеваемости по обращаемости:

**1) Общая заболеваемость.** Учет заболеваемости проводится с помощью анализа «Статистических талонов для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов» (ф. 025-2/у) или, в случае применения учета заболеваемости по законченному случаю поликлинического обслуживания с автоматизированной обработкой первичной медицинской документации, с использованием «Талона амбулаторного пациента» (ф. 025-10/у-97).

**2) Инфекционная заболеваемость.** Получение сведений об острых инфекционных заболеваниях основывается на их обязательном учете. Информация о каждом случае обнаружения инфекционного заболевания должна быть представлена в учреждение Роспотребнадзора по месту жительства. Все инфекционные заболевания, в зависимости от способа оповещения о них, можно разделить на четыре группы, для каждой из которых существует своя система сбора информации и обработки данных:

- - карантинные заболевания (чума, холера, натуральная оспа, желтая лихорадка, возвратный тиф) - это особо опасные инфекции, которые характеризуются высокой контагиозностью и высокой летальностью и к которым применяются карантинные ограничения в соответствии с международными медико-санитарными правилами.
- - заболевания, о которых лечебно-профилактические учреждения подают в Роспотребнадзор суммарные сведения (грипп, острые респираторные инфекции).
- - заболевания, о каждом случае которых делаются сообщения в Роспотребнадзор с приведением детальных сведений (брюшной тиф, паратифы, дизентерия, энтериты, туляремия, сибирская язва, бруцеллез, дифтерия, корь, коклюш, эпидемический паротит, ветряная оспа, краснуха, менингиты, энцефалиты, инфекционный гепатит, скарлатина, столбняк, полиомиелит, бешенство, риккетсиозы (включая сыпной тиф), малярия, лептоспироз, сепсис у детей 1-го года жизни, геморрагическая лихорадка, орнитоз). В случае обнаружения перечисленных заболеваний заполняется «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (ф.058/у). Данное извещение составляется врачами и средним медицинским персоналом лечебно-профилактических учреждений всех ведомств и в течение 12 часов передается в учреждение Роспотребнадзора.
- - заболевания, которые регистрируются как важнейшие неэпидемические болезни с одновременной информацией служб Роспотребнадзора (бациллярная форма туберкулеза, сифилис, гонорея, грибковые заболевания, трахома). В случае выявления перечисленных заболеваний оформляется не только «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы» (ф.089/у), но и «Экстренное извещение об инфекционном заболевании ...» (ф.058/у).

**3) Заболеваемость важнейшими неэпидемическими заболеваниями,** учетные форма - специальные извещения (ф. 089/у и ф. 090/у), которые заполняются в случае постановки соответствующих диагнозов. Специальному учету подлежит ряд важнейших неэпидемических болезней, к которым относятся: туберкулез, инфекции, передающиеся половым путем (венерические заболевания), микозы (трихофития, микроспория, фавус), чесотка, трахома, злокачественные новообразования, психические заболевания. При обнаружении данных заболеваний заполняется «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания» (ф. 089/у) или «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» (ф. 090/у).

«Извещение ...» (ф. 089/у) составляется врачами всех ЛПУ независимо от их специальности, места работы и условий выявления заболевания на всех больных, у которых впервые в жизни выявлено заболевание. Средний медицинский персонал составляет извещение

только на больных чесоткой, при всех других заболеваниях больной направляется к врачу, который и составляет извещение в случае подтверждения диагноза.

«Извещение ...» (ф. 090/у) составляется врачами общей и специальной сети ЛПУ, в которых у больного впервые в жизни установлен диагноз злокачественного новообразования. Извещения составляются на больных, выявленных: при самостоятельном обращении в поликлинику за медицинской помощью, при целевых и периодических профилактических осмотрах, при медицинском освидетельствовании, при обследовании в стационаре, во время операции, на вскрытии, а также при сверке сведений об умерших от злокачественных новообразований с данными загсов и статистических управлений, если выясняется, что диагноз установлен после смерти.

Составленные извещения в 3-дневный срок отсылаются в соответствующие диспансеры по месту жительства больного (противотуберкулезный, кожно-венерологический, психоневрологический, онкологический).

**4) Госпитализированная заболеваемость.** Единицей учета в данном случае является случай госпитализации больного в стационар, а учетным документом – «Статистическая карта выбывшего из стационара» (ф.066/у), которая составляется на основании «Медицинской карты стационарного больного» (ф.003/у) и является статистическим документом, содержащим сведения о больном, выбывшем из стационара (выписанном, умершем).

По показателям госпитализированной заболеваемости нельзя судить о распространенности того или иного вида патологии, однако они дают представление о наиболее тяжелой патологии, характере и объеме медицинской помощи, продолжительности и исходах лечения.

**5) Заболеваемость с временной утратой трудоспособности,** учетная форма – «Талон на законченный случай временной нетрудоспособности» (ф.025-9/у-96) или «Талон амбулаторного пациента» (ф. 025-10/у-97). Изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности имеет большое медицинское, социальное и экономическое значение. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности имеет ряд особенностей, отличающих ее от общей заболеваемости населения. Единицей наблюдения при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности является каждый случай потери трудоспособности в данном году. На основании разработки данных из листков нетрудоспособности составляется "Отчет о заболеваемости с временной нетрудоспособностью" (ф.016). Этот отчет предназначен для учета и анализа временной нетрудоспособности работающих и составляется ежемесячно, ежеквартально, за полугодие и за год.

Изучение **заболеваемости по данным медицинских осмотров** позволяет получить наиболее полную информацию о всех имеющихся на момент осмотра хронических и острых заболеваниях с клиническими проявлениями, а также о субклинических формах.

Медицинские осмотры разделяют на предварительные, периодические и целевые.

Все контингенты, подвергаемые предварительным и периодическим медицинским осмотрам, можно разделить на три группы:

- работники предприятий, учреждений и организаций, имеющие контакт с неблагоприятными производственными факторами
- работники пищевых, детских и некоторых коммунально-бытовых учреждений, которые при поступлении на работу и впоследствии через определенные сроки проходят бактериологическое обследование для выявления инфекционных болезней или бактерионосительства, поскольку могут стать источником массового заражения
- дети, подростки, учащиеся средних специальных учебных заведений, студенты очной формы обучения

Предварительные медицинские осмотры позволяют определить соответствие состояния здоровья требованиям профессии или обучения, а также выявить заболевания, которые могут обостриться и прогрессировать в условиях работы с неблагоприятными факторами профессионального характера или в процессе учебы.

Основная задача периодических медицинских осмотров - выявление ранних признаков профессиональных заболеваний или отравлений, а также заболеваний, этиологически не связанных с профессией, но при которых продолжение контакта с неблагоприятными факторами, связанными с профессиональной деятельностью представляет опасность для здоровья.

Целевые медицинские осмотры проводят для раннего выявления ряда заболеваний (туберкулеза, злокачественных новообразований, болезней органов кровообращения, дыхания, гинекологических заболеваний и др.) путем одномоментных осмотров в организованных коллективах либо путем осмотра всех лиц, обращающихся за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения.

Результаты медицинских осмотров фиксируются в следующих документах: «Карте подлежащего периодическому осмотру» (ф.046/у) для лиц, проходящих обязательные периодические осмотры; «Медицинской карте амбулаторного больного» (ф.025/у), «Истории развития ребенка» (ф.112/у), «Медицинской карте ребенка» (ф.026/у) для школ, школ-интернатов, детских домов, детских садов, яслей-садов; «Медицинской карте студента вуза, учащегося среднего специального учебного заведения» (ф.025-3/у); «Карте учета диспансеризации» (ф. 131/у) для всех лиц, проживающих, учащихся, посещающих детские дошкольные учреждения в районе деятельности поликлиники, работающих на предприятиях и проходящих ежегодные медицинские осмотры; «Карте диспансеризации ребенка» (ф. 030-д/у); «Карте профилактически осмотренного с целью выявления» (ф.047/у) для регистрации осмотров, проводимых с целью раннего выявления отдельных форм и групп заболеваний.

Перечисленные выше документы позволяют не только получить точное представление о распространенности патологии среди населения, но и определить динамику ее изменения, эффективность проводимого лечения и организационные мероприятия за ряд лет.

**Заболеваемость по данным о причинах смерти** изучается за год по «Медицинскому свидетельству о смерти» и «Медицинскому свидетельству о перинатальной смерти».

Единицей совокупности при изучении этого вида заболеваемости является каждый умерший в данном году. При учете заболеваемости населения по данным о причинах смерти выявляются наиболее тяжелые заболевания, закончившиеся летальным исходом. Изучение причин смерти позволяет установить не только характер и тяжесть заболевания, но также недостатки в организации медицинской помощи населению.

Изучение структуры причин смерти дает наиболее полное представление о состоянии здоровья населения, отражает эффективность мероприятий, проводимых органами и учреждениями здравоохранения и государства в целом по оздоровлению населения.

Изучение **заболеваемости по результатам комплексных социально-гигиенических исследований**, которые посвящены, как правило, изучению особенностей состояния здоровья различных групп населения, позволяют установить закономерности возникновения и распространенности заболеваний в зависимости от факторов, ее обуславливающих.

### **3. Основные показатели заболеваемости населения. Тенденции заболеваемости населения РФ.**

Основными показателями, которые используются при анализе заболеваемости по обращаемости, являются:

- **первичная заболеваемость (заболеваемость)** – совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году выявленных среди населения заболеваний (статистические талоны со знаком «+»);
- **распространенность (общая заболеваемость)** – совокупность всех заболеваний (как впервые выявленных, так и перешедших с прошлых лет) по поводу которых пациенты обратились в данном году (все статистические талоны);
- **показатели заболеваемости (распространенности) данным заболеванием;**
- **структура заболеваемости;**
- **средняя длительность одного заболевания (случая нетрудоспособности).**



При изучении заболеваемости по обращаемости показатели рассчитывают обычно на 1000 человек, заболеваемость с временной утратой трудоспособности принято рассчитывать на 100 работающих человек в случаях и днях.

#### **Рекомендованная литература**

##### **А) Основная литература:**

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, - М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 528 с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
4. Сестринское дело. Административно-управленческие дисциплины: Учебное пособие / Под ред. Г.П. Котельникова. 2-ое изд., перераб. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 666 с.: ил. – (Высшее образование).

##### **Б) Дополнительная литература:**

5. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение / Санкт-Петербург, ООО «Издательство «Петрополис», - 2000. – 914 с. (библиотека кафедры).
6. Медик В.А., Токмачев М.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. – М.: ОАО «Издательство Медицина», 2006. – 528 с. (библиотека кафедры).
7. Основы статистического анализа в медицине: Учебное пособие / В.И. Чернов, И.Э. Есауленко, С.Н. Семенов, Н.П. Сереженко. – Воронеж, Воронежская Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, 2003. – 113 с. (библиотека кафедры).
8. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.: 24 ил. (библиотека кафедры).
9. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. – М.: Медиа Сфера, 2001. -392 с., илл. (библиотека кафедры).

##### **В) Учебно-методические пособия, рекомендации и т.д., изданные кафедрой:**

10. Общественное здоровье и здравоохранение (Методические указания по выполнению контрольных работ) / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Е.А. Захарова, Е.А. Валах. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2006. - 92 с. (научная библиотека)
11. Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В. Общественное здоровье и здравоохранение. Курс лекций. / Учебное пособие. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 220 с. (библиотека кафедры).
12. Организация медицинской помощи населению (Методические указания по выполнению контрольных работ по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение») / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Н.А. Жихарева. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 138 с. (научная библиотека).

## ЛЕКЦИЯ 6

### ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

**Цель:** знакомство с основными понятиями и методами изучения инвалидности.

**Основные вопросы лекции.**

1. Основные понятия. Классификации основных видов нарушений функций организма и степени их выраженности.
2. Критерии установления групп инвалидности.
3. Динамика основных показателей, характеризующих инвалидность.

**Содержание**

**1. Основные понятия. Классификации основных видов нарушений функций организма и степени их выраженности.**

**Инвалид** - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

**Ограничение жизнедеятельности** - полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

**Инвалидность** – социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и вызывающая необходимость его социальной защиты

**Социальная недостаточность** – социальные последствия нарушения здоровья, приводящего к ограничению жизнедеятельности, невозможности (полностью или частично) выполнять обычную для человека роль в социальной жизни и обуславливающие необходимость социальной защиты.

Степень нарушения функций организма характеризуется различными показателями и зависит от вида функциональных нарушений, методов их определения, способности измерения и оценки результатов.

Выделяют следующие нарушения функций организма:

- нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций)
- нарушения языковых и речевых функций (нарушения устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия) и письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и не вербальной речи, нарушения голосообразования и пр.)
- нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);
- нарушения статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений)
- висцеральные и метаболические нарушения (функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета)
- нарушения, обусловленные физическим уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству, аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов, нарушение размеров тела)

На основе комплексной оценки различных параметров, характеризующих стойкие нарушения функций организма человека, с учетом их качественных и количественных значений выделяют четыре степени их выраженности:

- 1 степень - незначительные нарушения
- 2 степень - умеренные нарушения
- 3 степень - выраженные нарушения
- 4 степень - значительно выраженные нарушения

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих ограничения основных категорий жизнедеятельности человека, выделяются 3 степени их выраженности:

- способность к самообслуживанию - способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены:

1 степень - способность к самообслуживанию при более длительной затрате времени, дробности его выполнения, сокращении объема, с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

2 степень - способность к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень - неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и полная зависимость от других лиц.

- способность к самостоятельному передвижению - способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом:

1 степень - способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств

2 степень - способность к самостоятельному передвижению с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств

3 степень - неспособность к самостоятельному передвижению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц

- способность к ориентации - способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, способность к определению времени и места нахождения:

1 степень - способность к ориентации только в привычной ситуации самостоятельно и (или) с помощью вспомогательных технических средств

2 степень - способность к ориентации с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств

3 степень - неспособность к ориентации (дезориентация) и нуждаемость в постоянной помощи и (или) надзоре других лиц

- способность к общению - способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации:

1 степень - способность к общению со снижением темпа и объема получения и передачи информации; использование при необходимости вспомогательных технических средств помощи;

2 степень - способность к общению при регулярной частичной помощи других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень - неспособность к общению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц.

- способность контролировать свое поведение - способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм:

1 степень - периодически возникающее ограничение способности контролировать своё поведение в сложных жизненных ситуациях и (или) постоянное затруднение выполнения ролевых функций, затрагивающих отдельные сферы жизни, с возможностью частичной самокоррекции;

2 степень - постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц;

3 степень - неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, нуждаемость в постоянной помощи (надзоре) других лиц;

- способность к обучению - способность к восприятию, запоминанию, усвоению и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению на-

выками и умениями (профессиональными, социальными, культурными, бытовыми):

1 степень - способность к обучению, а также к получению образования определенного уровня в рамках государственных образовательных стандартов в образовательных учреждениях общего назначения с использованием специальных методов обучения, специального режима обучения, с применением при необходимости вспомогательных технических средств и технологий;

2 степень - способность к обучению только в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии или на дому по специальным программам с использованием при необходимости вспомогательных технических средств и технологий;

3 степень - неспособность к обучению.

Наиболее важным в МСЭ является экспертиза способности человека к трудовой деятельности, при этом определяется:

- способность человека к воспроизведению специальных профессиональных знаний, умений и навыков в виде продуктивного и эффективного труда;
- способность человека осуществлять трудовую деятельность на рабочем месте, не требующем изменений санитарно-гигиенических условий труда, дополнительных мер по организации труда, специального оборудования и оснащения, сменности, темпов, объема и тяжести работы;
- способность человека взаимодействовать с другими людьми в социально-трудовых отношениях;
- способность к мотивации труда;
- способность соблюдать рабочий график;
- способность к организации рабочего дня (организации трудового процесса во временной последовательности).

Оценка показателей способности к трудовой деятельности производится с учетом имеющихся профессиональных знаний, умений и навыков.

Критерием установления 1 степени ограничения способности к трудовой деятельности является нарушение здоровья со стойким умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к снижению квалификации, объема, тяжести и напряженности выполняемой работы, невозможности продолжать работу по основной профессии при возможности выполнения других видов работ более низкой квалификации в обычных условиях труда в следующих случаях:

- при выполнении работы в обычных условиях труда по основной профессии с уменьшением объема производственной деятельности не менее чем в 2 раза, снижением тяжести труда не менее чем на два класса;
- при переводе на другую работу более низкой квалификации в обычных условиях труда в связи с невозможностью продолжать работу по основной профессии.

Критерием установления 2 степени ограничения способности к трудовой деятельности является нарушение здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, при которых возможно осуществление выполнения трудовой деятельности в специально созданных условиях труда, с использованием вспомогательных технических средств и (или) с помощью других лиц.

Критерием установления 3 степени ограничения способности к трудовой деятельности является нарушение здоровья со стойким, значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к полной неспособности к трудовой деятельности, в том числе в специально созданных условиях, или противопоказанности трудовой деятельности.

В зависимости от степени отклонения от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья определяется степень ограничения жизнедеятельности. В свою очередь, в зависимости от степени ограничения жизнедеятельности и степени нарушения функций

организма устанавливают группу инвалидности.

## **2. Критерии установления групп инвалидности.**

Критерием для определения ПЕРВОЙ группы инвалидности является нарушение здоровья человека со стойким, значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию и вызывающее необходимость его социальной защиты:

- способности к самообслуживанию третьей степени;
- способности к передвижению третьей степени;
- способности к ориентации третьей степени;
- способности к общению третьей степени;
- способности контролировать свое поведение третьей степени.

Критерием для установления ВТОРОЙ группы инвалидности является нарушение здоровья человека со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию и вызывающее необходимость его социальной защиты:

- способности к самообслуживанию второй степени;
- способности к передвижению второй степени;
- способности к ориентации второй степени;
- способности к общению второй степени;
- способности контролировать свое поведение второй степени;
- способности к обучению третьей, второй степеней;
- способности к трудовой деятельности третьей, второй степеней.

Критерием для определения ТРЕТЬЕЙ группы инвалидности является нарушение здоровья человека со стойким умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению способности к трудовой деятельности 1 степени или ограничению следующих категорий жизнедеятельности в их различных сочетаниях и вызывающее необходимость его социальной защиты:

- способности к самообслуживанию первой степени;
- способности к передвижению первой степени;
- способности к ориентации первой степени;
- способности к общению первой степени;
- способности контролировать свое поведение первой степени;
- способности к обучению первой степени.

Показаниями для установления инвалидности у детей являются патологические состояния, возникающие при врожденных, наследственных, приобретенных заболеваниях или после травм.

Категория «ребенок-инвалид» определяется при наличии ограничений жизнедеятельности любой категории и любой из трех степеней выраженности (которые оцениваются в соответствии с возрастной нормой), вызывающих необходимость социальной защиты.

## **3. Динамика основных показателей, характеризующих инвалидность.**

Для характеристики инвалидности среди населения используются следующие показатели:

- 1). Абсолютное число инвалидов, состоящих на учете в органах социальной защиты населения.
- 2). Абсолютное число детей-инвалидов (до 18 лет), получающих социальные пенсии.
- 3). Распространенность инвалидности среди населения - число инвалидов на 10000 населения.

4). Распространенность инвалидности среди детей - число детей-инвалидов на 10000 детей.

5). Структура инвалидности:

- по возрасту;
- по причинам инвалидности;
- по группам инвалидности;
- по классам заболеваний.

7. Первичный выход на инвалидность, или численность лиц, впервые признанных инвалидами, на 10000 соответствующего населения (на 10000 работающих).

#### **Рекомендуемая литература**

А) Основная литература:

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, - М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 528 с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
4. Сестринское дело. Административно-управленческие дисциплины: Учебное пособие / Под ред. Г.П. Котельникова. 2-ое изд., перераб. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 666 с.: ил. – (Высшее образование).

Б) Дополнительная литература:

5. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение / Санкт-Петербург, ООО «Издательство «Петрополис», - 2000. – 914 с. (библиотека кафедры).
6. Медик В.А., Токмачев М.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. – М.: ОАО «Издательство Медицина», 2006. – 528 с. (библиотека кафедры).
7. Основы статистического анализа в медицине: Учебное пособие / В.И. Чернов, И.Э. Есауленко, С.Н. Семенов, Н.П. Сереженко. – Воронеж, Воронежская Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, 2003. – 113 с. (библиотека кафедры).
8. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.: 24 ил. (библиотека кафедры).
9. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. – М.: Медиа Сфера, 2001. -392 с., илл. (библиотека кафедры).

В) Учебно-методические пособия, рекомендации и т.д., изданные кафедрой:

10. Общественное здоровье и здравоохранение (Методические указания по выполнению контрольных работ) / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Е.А. Захарова, Е.А. Валах. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2006. - 92 с. (научная библиотека)
11. Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В. Общественное здоровье и здравоохранение. Курс лекций. / Учебное пособие. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 220 с. (библиотека кафедры).
12. Организация медицинской помощи населению (Методические указания по выполнению контрольных работ по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение») / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Н.А. Жихарева. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 138 с. (научная библиотека).

## ЛЕКЦИЯ 7

### СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ.

#### МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

**Цель:** расширение знаний о профилактике, особенностях здорового образа жизни.

#### Основные вопросы лекции

1. Определение профилактики. Виды профилактики.
2. Основные методы и формы профилактики.
3. Здоровый образ жизни и его формирование.

#### Содержание

##### 1. Определение профилактики. Виды профилактики.

Профилактика (от греч. prophylacticos - предохранение, предупреждение) - широкая и разносторонняя сфера деятельности, относящаяся к выявлению причин заболевания и повреждений, их искоренению или ослаблению среди отдельных людей, их групп и всего населения.

Выделяют следующие уровни профилактики: **индивидуальный** (личная профилактика) и **общественный** (семейная, коллективная, государственная профилактика).

Основными видами профилактики являются медицинская, медико-социальная, социальная, в числе мер - медицинские (вакцинация), психологические, гигиенические (соблюдение режима труда, отдыха, правил рационального питания, физической активности, преодоление вредных привычек) и социальные, социально-экономические (улучшение неблагоприятных бытовых, производственных, материальных условий, предотвращение нарушений санитарного законодательства).

В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии у человека рассматривают три стадии профилактики.

**Первичная профилактика** - это система мер (эти меры направлены на непосредственную причину заболевания или повреждения), предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, оздоровление окружающей среды и др.). К первичной профилактике относят социально-экономические мероприятия государства по оздоровлению образа жизни, окружающей среды, воспитание и др.

**Вторичная профилактика** (в случаях воздействия на условия и факторы, способствующие развитию уже возникшего заболевания или повреждения) - это комплекс мероприятий по устранению выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (снижение иммунного статуса, перенапряжение, адаптационный срыв) могут привести к возникновению, обострению или рецидиву заболевания. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления.

**Третичная профилактика** - комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности, имеет целью социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности личности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем) реабилитацию.

##### 2. Основные методы и формы профилактики.

С 01.01.89 года реорганизована служба санитарного просвещения и создана служба формирования здорового образа жизни.

Общую организацию и руководство пропагандой здорового образа жизни и гигиеническим воспитанием населения осуществляет МЗ России, в котором есть отдел профилактики и сектор здорового образа жизни.

Научно-медицинское руководство осуществляет ЦНИИ пропаганды здорового образа жизни. Главной задачей его является разработка научных и организационно-методических

основ для дальнейшего развития этой службы в широкую межсекторальную службу формирования здоровья, а в более широком смысле в одну из служб социальной поддержки или защиты, обеспечивающей человеку среди прочих социальных гарантий его неотъемлемое право на здоровье.

В областях и городах имеются Центры медицинской профилактики. Структурная организация центров соответствует их функциям и включает следующие основные отделы: организационно-методический, организационно-пропагандистский, редакционно-издательский и консультационно-оздоровительный.

В Центре медицинской профилактики организованы кабинеты:

- рационального питания;
- физической культуры;
- психогигиены и гигиены умственного труда;
- гигиены быта;
- профилактики вредных для здоровья привычек;
- семейных отношений;
- генетики;
- профессионального ориентирования;
- релаксации (аутотренинга);
- фитологический кабинет.

В составе территориальных поликлиник, поликлинических отделений центральных районных (городских) больниц, медико-санитарных частей организуется отделение (кабинет) медицинской профилактики. Отделение профилактики организуется в городских поликлиниках, обслуживающих более 30 000 человек.

Организационно-методическое руководство деятельностью отделения осуществляет Центр медицинской профилактики совместно с главным врачом лечебно-профилактического учреждения. Отделение возглавляет врач (фельдшер), имеющий соответствующую подготовку в области медицинской профилактики. Заведующий отделением непосредственно подчинен главному врачу лечебно-профилактического учреждения.

В состав отделения профилактики входят:

- кабинет доврачебного приема;
- смотровой женский кабинет;
- кабинет организации и контроля за диспансеризацией населения и ведения централизованной картотеки лиц, состоящих на диспансерном учете;
- анамнестический кабинет, для выявления лиц с повышенным риском заболевания;
- кабинет санитарного просвещения и гигиенического воспитания населения или кабинет пропаганды здорового образа жизни;
- кабинет профилактических осмотров декретированных контингентов;
- кабинет функциональных (инструментальных) исследований;
- кабинет для взятия материала для экспресс-диагностики.

#### **Основные задачи отделения (кабинета) медицинской профилактики**

- организационное обеспечение диспансеризации населения;
- организация и квалифицированное проведение предварительных и периодических профилактических осмотров населения;
- раннее выявление заболеваний и лиц, имеющих факторы риска;
- контроль и учет диспансеризации населения;
- подготовка и передача врачами медицинской документации на выявленных больных и лиц с повышенным риском заболевания для дообследования, диспансерного наблюдения и проведения лечебно-оздоровительных мероприятий;
- санитарно-гигиеническое воспитание и пропаганда здорового образа жизни.
- организационно-методическое обеспечение деятельности медицинских работников лечебно-профилактического учреждения по выявлению факторов риска, коррекции образа



жизни, пропаганде медицинских и гигиенических знаний и здорового образа жизни.

- осуществление информационного обеспечения специалистов и различных групп населения по вопросам охраны здоровья, в том числе и через средства массовой информации.
- изучение и оценка знаний вопросов профилактики здорового образа жизни у прикрепленного населения в соответствии с характером и особенностями работы различных отделений и кабинетов лечебно-профилактического учреждения.
- внедрение научно обоснованных мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний, медицинских проблем формирования здоровья, гигиеническому обучению и воспитанию населения с учетом показателей заболеваемости прикрепленного контингента.
- координация и обеспечение консультативно-оздоровительной деятельности по вопросам сохранения и укрепления здоровья прикрепленного населения.
- организация, контроль и анализ деятельности медицинских работников лечебно-профилактического учреждения по вопросам сохранения и укрепления здоровья, снижения преждевременной смертности и выхода на инвалидность, по выявлению факторов риска, коррекции образа жизни, пропаганде медицинских и гигиенических знаний.

В соответствии с основными задачами отделение (кабинет) медицинской профилактики осуществляет взаимодействие с Центром медицинской профилактики по вопросам:

- подготовки сотрудников ЛПУ по разделу здорового образа жизни и гигиенического обучения и воспитания, а также усовершенствования знаний и внедрения новых методов профилактики заболеваний;
- приобретения и распространения инструктивно-методических документов по сохранению и укреплению здоровья, наглядных пособий санитарно-просветительного характера (включая видеофильмы) среди работников и населения (организованного и неорганизованного);
- организации и проведения акций профилактической направленности среди прикрепленного населения;
- создания банка санпросвет литературы, лекций, бесед, статей медицинского профиля из периодической печати и т. д. для использования в работе;
- внедрения новых методов профилактической направленности в деятельность ЛПУ при работе с населением;
- организация лекториев, школ, семинаров для различных групп населения по вопросам охраны здоровья;
- рецензирования текстов лекций, бесед, викторин и др. материалов, подготовленных медицинскими работниками ЛПУ.

Проводит работу с сотрудниками ЛПУ:

- обобщает индивидуальные планы работы по вопросам, входящим в задачи отделения (кабинета) медицинской профилактики;
- оказывает организационно-методическую и консультативную помощь при подготовке радиопередач, лекций, бесед и т. д.;
- контролирует и анализирует деятельность медицинских работников с населением по разделу гигиенического обучения, воспитания, сохранения и укрепления здоровья;
- принимает отчеты о проделанной работе, составляет сводный статистический отчет по ЛПУ, результаты доводит до сведения главного врача;
- сдает годовой отчет в Центр медицинской профилактики в установленные сроки.

Проводит работу с пациентами лечебно-профилактического учреждения:

- инструментальные исследования (антропометрия, измерение артериального давления, взвешивание и пр.);
- сбор анамнестических данных для выявления факторов риска, а также тестирование;
- выдачу рекомендаций по коррекции здорового образа жизни;
- организует учет профилактических осмотров, а также осуществляет учет и контроль

за проведением профилактических прививок;

- разъясняет целесообразность проведения прививочной кампании;
- организует лектории, школы, семинары для различных групп населения по вопросам охраны, сохранения и укрепления здоровья, обеспечивает их проведение как в организационно-методическом плане, так и санитарно-просветительной литературой.

Основным методом профилактики считается диспансеризация - комплекс различных диагностических, лечебных, социальных и собственно профилактических функций, к которым относятся: активное систематическое наблюдение за состоянием здоровья, выявление ранних форм заболеваний, своевременное направление больных на лечение, проведение профилактических мероприятий по предотвращению возникновения и прогрессирования заболевания (перевод на другую работу, изменение условий труда и быта).

Главным лицом в организации диспансерного обслуживания в поликлинике является участковый врач-терапевт. Участковый терапевт - ведущий специалист амбулаторно-поликлинического учреждения, осуществляющий руководство медицинским обслуживанием населения участка, координирующей деятельность медицинского персонала поликлиники по профилактике, диагностике и лечению заболеваний. Этим вопросом занимаются врачи всех специальностей, но только участковый врач-терапевт отвечает за организацию диспансерного обслуживания населения своего участка.

В условиях реформирования первичного звена медицинского обслуживания главной фигурой профилактики становится врач общей практики, семейный доктор. Врач общей практики (семейный врач) - это специалист широко ориентированный в основных врачебных специальностях и способный оказать многопрофильную амбулаторную помощь при наиболее распространенных заболеваниях и неотложных состояниях. Знание условий, и образа жизни пациентов и их семей позволит ему предметно, конкретно заниматься профилактикой и гигиеническим воспитанием.

В стационарах с коечным фондом менее 100 работу по пропаганде может проводить врач-терапевт. За выполнение указанной работы врачу-терапевту может устанавливаться надбавка за интенсивность труда. Учет работы по пропаганде ЗОЖ проводится в каждом отделении в соответствующей форме №038/У-90 (форма месячного графика-плана и журнала учета работы по пропаганде здорового образа жизни).

Рычагом профилактики является гигиеническое воспитание и санитарное просвещение. Санитарное просвещение - это раздел здравоохранения, содержанием которого является гигиеническое обучение и воспитание населения.

### **3. Здоровый образ жизни и его формирование.**

Формирование здорового образа жизни, в частности, осуществление первичной профилактики, требует совместных усилий государственных, общественных организаций, медицинских учреждений, самого населения. Формирование здорового образа жизни - это основное направление первичной профилактики.

С образом жизни связывают и такие понятия, как «уклад жизни», «уровень жизни», «качество жизни», «стиль жизни». Эти термины получили самое широкое распространение, некоторые из них могут применяться при условии их правильного, научно обоснованного толкования. Образ жизни включает, обобщает 4 категории: экономическую - «уровень жизни», социологическую - «качество жизни», социально-психологическую - «стиль жизни» и социально-экономическую - «уклад жизни».

Уровень жизни характеризует размер национального дохода, приходящийся на душу населения, общий объем благ и услуг, потребляемых населением за год, долю питания в структуре потребления. Уровень жизни характеризует жизнедеятельность людей лишь в сфере потребления.

Под укладом жизни обычно понимают порядок общественной жизни, быта, культуры, в рамках которых проходит жизнедеятельность людей. Термин «стиль жизни», как правило, относят к индивидуальным особенностям поведения как одного из проявлений жизне-

деятельности, активности. Сюда же; причисляют и индивидуальные особенности образа мыслей, стиля мышления.

Термин «качество жизни» широко используется в современной литературе. При использовании этого термина следует иметь в виду качественную сторону условий жизни - качество жилищных условий, питания, уровень комфорта, удовлетворенность работой, общением и т.д.

В самом широком понимании выделяют две основные сферы деятельности; производственная и внепроизводственная, каждая из которых включает целый ряд показателей.

В структуру образа жизни входят:

- Трудовая деятельность, условия труда, профессиональная и социальная активность работающих.
- Хозяйственно-бытовая деятельность, вид жилища, жилая площадь, бытовые условия, затраты времени на бытовую деятельность и др.
- Рекреационная деятельность, направленная на восстановление физических сил и взаимодействие с окружающей средой.
- Социализаторская деятельность в семье (уход за детьми, престарелыми родственниками)
- Планирование семьи и взаимоотношения членов семьи.
- Медико-социальная активность (отношение к здоровью, установка на здоровый образ жизни).

Здоровый образ жизни - это такие способы активной биосоциальной деятельности людей, которые в максимальной и непосредственной степ укрепляют здоровье населения при наличии благоприятных материальных и общественных условий.

Международный терминологический словарь «Санитарное просвещение» дает такое понятие: «здоровый образ жизни» - гигиеническое поведение, базирующееся на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на укрепление и сохранение здоровья, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия.

ВОЗ выделяет 10 приоритетных норм здорового образа жизни (по существу, гигиенического поведения). Среди них: соблюдение правил гигиены - труда и техники безопасности; приемы психогигиенической и психотерапевтической самопомощи; отказ от курения; достаточная физическая активность; сбалансированное питание; неупотребление алкоголя; активное участие в диспансеризации; своевременное обращение за медицинской помощью; умение оказать первую доврачебную помощь.

Существуют два направления формирования здорового образа жизни:

1. Создание, развитие, усиление, активизация позитивных для здоровья условий, факторов, обстоятельств, по существу, формирование потенциала общественного здоровья (Health promotion).
2. Преодоление, уменьшение факторов риска здоровью.

Цель пропаганды здорового образа жизни - формирование поведения населения, базирующегося на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на сохранение и укрепление здоровья, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия.

Для реализации этой цели должны быть решены следующие задачи:

- обеспечение необходимой медико-гигиенической информацией о здоровом образе жизни;
- стимулирование деятельности государственных органов и общественных организаций по созданию условий для здорового образа жизни населения;
- вовлечение всех медицинских работников в санитарно-просветительную работу и воспитательную деятельность;
- организация всенародного движения за формирование здорового образа жизни, объединение усилий с национальными движениями такого рода в зарубежных странах.

Повышение уровня санитарной культуры населения, проведение мероприятий, способствующих сохранению и укреплению здоровья, должны основываться на следующих принципах:

- научность (пропаганда тех сведений, тех положений, которые являются научным знанием, прочно установленным и утвержденным в науке);
- правдивость и объективность;
- дифференцированность и целенаправленность;
- массовость;
- систематичность и последовательность;
- комплексность (то есть пропаганда здорового образа жизни должна вестись не только медиками, но и психологами, социологами и т. п.);
- связь с жизнью общества, профильность.

Важнейшими направлениями воспитания санитарно-гигиенических навыков, пропаганды санитарно-гигиенических медицинских знаний, формирования здорового образа жизни можно считать следующие:

1). Пропаганда факторов, способствующих сохранению здоровья: гигиена труда, рациональное питание, гигиена отдыха, оптимальный двигательный режим, физкультура и спорт, гигиена супружеских отношений, закаливание, личная гигиена, медико-социальная активность, психогигиена, гигиена окружающей среды.

2). Пропаганда профилактики факторов, пагубно влияющих на здоровье: злоупотребление спиртными напитками, наркотиками, курение, соблюдение некоторых этнических обрядов и привычек, религиозно-культовые отправления.

Пропаганда медицинских знаний бывает трех типов:

- 1) массовая,
- 2) групповая,
- 3) индивидуальная.

Существуют три основных метода ведения пропаганды: устный, печатный, изобразительный (наглядный) и их комбинации.

К средствам метода устной пропаганды относятся: популярная лекция (эпизодическая, цикловая), агитационно-информационное выступление, беседа (групповая, индивидуальная), вечер (час) вопросов и ответов, дискуссия, викторина, конференция, занятие (курсовое, кружковое), инструктаж вводный.

Метод печатной пропаганды предоставляет большие возможности для пропаганды санитарно-гигиенических знаний, методов индивидуальной и групповой профилактики заболеваний, оздоровления окружающей среды и т. д. среди широких слоев населения:

а) средства печатной пропаганды, создаваемые силами собственного коллектива медицинских работников (рукописные лозунги, доски вопросов и ответов, санитарные стенные газеты, санитарные бюллетени, статьи и заметки в периодических изданиях);

б) печатная продукция (печатный лозунг, брошюра, памятка, листовка, газетные и журнальные публикации).

### **Рекомендуемая литература**

#### **А) Основная литература:**

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, - М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 528 с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
4. Сестринское дело. Административно-управленческие дисциплины: Учебное пособие / Под ред. Г.П. Котельникова. 2-ое изд., перераб. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 666 с.: ил. – (Высшее образование).

#### **Б) Дополнительная литература:**

5. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение / Санкт-Петербург, ООО «Издательство «Петрополис», - 2000. – 914 с. (библиотека кафедры).
  6. Медик В.А., Токмачев М.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. – М.: ОАО «Издательство Медицина», 2006. – 528 с. (библиотека кафедры).
  7. Основы статистического анализа в медицине: Учебное пособие / В.И. Чернов, И.Э. Есауленко, С.Н. Семенов, Н.П. Сереженко. – Воронеж, Воронежская Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, 2003. – 113 с. (библиотека кафедры).
  8. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.: 24 ил. (библиотека кафедры).
  9. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. – М.: Медиа Сфера, 2001. -392 с., илл. (библиотека кафедры).
- В) Учебно-методические пособия, рекомендации и т.д., изданные кафедрой:
10. Общественное здоровье и здравоохранение (Методические указания по выполнению контрольных работ) / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Е.А. Захарова, Е.А. Валах. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2006. - 92 с. (научная библиотека)
  11. Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В. Общественное здоровье и здравоохранение. Курс лекций. / Учебное пособие. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 220 с. (библиотека кафедры).
  12. Организация медицинской помощи населению (Методические указания по выполнению контрольных работ по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение») / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Н.А. Жихарева. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 138 с. (научная библиотека).

## ЛЕКЦИЯ 8

### МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАТИСТИЧЕСКИЕ КЛАССИФИКАЦИИ

**Цель:** получение современных знаний и ознакомление с основными Международными статистическими классификациями.

#### **Основные вопросы лекции**

1. История создания международной классификации болезней.
2. Цель и области применения МКБ.
3. Базовая структура и принципы классификации МКБ.
4. Блок (“семейство”) классификаций болезней и проблем, связанных со здоровьем.

#### **Содержание**

##### **1. История создания международной классификации болезней.**

Попытки систематизации болезней предпринимались еще в глубокой древности. Первой научной классификацией болезней можно считать созданную в 18 веке классификацию Морганьи, в основу которой положен патолого-анатомический принцип локализации болезненных процессов.

Франсуа Босье де Лакруа (1706 – 1767), более известный под именем Соваж, впервые предпринял попытку расположить болезни систематически. Обширный труд Соважа вышел под названием “Методика нозологии”. Современником Соважа был выдающийся естествоиспытатель – систематизатор Карл Линней (1707 – 1778), один из трудов которого назывался “Роды болезней”. В начале XIX века наиболее широко применялась классификация болезней Уильяма Куллена (1710 – 1790), которая была опубликована в 1785 году под названием “Краткий обзор методики нозологии”.

Уильям Фарр (1807 – 1883) – первый медицинский статистик созданного в 1837 году Управления записи актов гражданского состояния Англии и Уэльса не только смог наилучшим образом использовать несовершенные в то время классификации болезней, но и стремился разработать улучшенные их варианты и добиться международного единообразия в их применении.

Необходимость единой классификации причин смерти настолько остро сознавалась участниками первого Международного статистического конгресса, состоявшегося в Брюсселе в 1853 году, что уже на следующем Конгрессе, проходившем в Париже в 1855 году, был принят список болезней, состоящий из 139 рубрик, созданный на основе компромисса между классификациями, предложенными У.Фарром и Марком де Эспином. В 1864 году эта классификация была пересмотрена на основе модели, предложенной У.Фарром. Его схема заключалась в том, что для всех практических и эпидемиологических целей статистические данные о болезнях должны быть сгруппированы следующим образом:

- эпидемиологические болезни;
- органические или системные болезни;
- местные болезни, сгруппированные по анатомической локализации;
- болезни, связанные с развитием;
- травмы.

Первый Международный перечень причин смерти, который содержал 161 рубрику, был предложен Жаком Бертильоном, начальником статистической службы Парижа, врачом по образованию, в 1893 году. Данная классификация причин смерти получила общее признание и была принята для использования несколькими странами, на ее основе в 1900 году на Международной статистической конференции в Париже была принята международная классификация (перечень) причин смерти, состоявшая из 179 рубрик. Учитывая прогресс медицинской науки, приводящий к изменению научных взглядов на происхождение и патогенез многих заболеваний, на конференции было принято решение пересматривать международную классификацию каждые 10 лет.

После того как название Классификации стало отражать ее содержание и цели, а также позволило расширять ее рамки, включая не только болезни и травмы, была принята известная сейчас аббревиатура – МКБ, в 1948 году на первой сессии Всемирной ассамблеи

здравоохранения 6 пересмотра. Международная классификация с полным перечнем включенных рубрик и их содержанием была введена вместе с формой Медицинского свидетельства о причине смерти, правилами классификации и специальными перечнями для статистических разработок в «Руководство по Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти» и состояло из двух томов.

В России первые попытки создания номенклатуры и классификации болезней принадлежат известным врачам М.Я. Мудрову и И.Е. Дядьковскому и относятся к началу 19 века. В 1899 году на VII съезде русских врачей в память Н.И. Пирогова впервые был принят проект номенклатуры и классификации болезней. Эта статистическая классификация, получившая название пироговской, была построена в основном по этиологическому принципу и содержала 20 классов и 458 рубрик.

Кроме пироговской в России существовала также официальная государственная классификация. Параллельное существование двух классификаций приводило к расхождению между всероссийской и земской отчетностью о заболеваемости. Это положение было устранено в 1918 году после отмены официальной и приданию статуса государственной действующей пироговской классификации. В этот же период началась работа по ее пересмотру и сближению с международной классификацией. В 1924 году была утверждена номенклатура и классификация болезней, которая в последующем неоднократно пересматривалась. В 1965 году впервые в нашей стране введена в действие МКБ седьмого пересмотра.

Работа по десятому пересмотру МКБ началась в 1983 году, когда в Женеве состоялось Подготовительное совещание по МКБ-10. Было ясно, что расширяющееся использование МКБ делало необходимым переосмысление ее структуры и осуществление попытки создать стабильную и гибкую классификацию, которая не требовала бы фундаментального пересмотра в течение многих последующих лет.

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра была одобрена Международной конференцией по в 1989 году и принята Сорок третьей сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения (вступила в силу с января 1993 года). Российская Федерация осуществила переход на МКБ-10 с 1 января 1999 года.

## **2. Цель и области применения МКБ.**

МКБ – это система группировки болезней и патологических состояний в соответствии с установленными критериями, принятыми медицинской наукой на данном этапе ее развития. МКБ является основным нормативным документом при изучении здоровья населения в странах – членах Всемирной организации здравоохранения.

Целью МКБ является создание условий для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о смертности и заболеваемости, полученных в разных странах или регионах в разное время.

МКБ используется для преобразования словесной формулировки диагнозов болезней и других проблем, связанных со здоровьем в буквенно-цифровые коды, которые обеспечивают удобство хранения, извлечения и анализа данных.

МКБ можно использовать для классификации болезней и других проблем, связанных со здоровьем, зарегистрированных в различных типах документации, связанной со здоровьем и естественным движением населения.

Благодаря этому МКБ может быть использована для классификации данных, которые имеются в разнообразных медицинских документах, откуда извлекаются статистические данные и др. виды информации о здоровье, внесенных в такие графы, как

- “диагноз”;
- “причина госпитализации”;
- “состояния, по поводу которых проводилось лечение”;
- “причина обращения за медицинской помощью”.

В МКБ представлены дополнительные классификации (классификация внешних при-

чин заболеваемости и смертности, классификация факторов, влияющих на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения - класс XX и XXI), что делает возможным изучение качества жизни и зависимость заболеваемости от диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий. Имеются также специальные перечни для статистической разработки данных смертности и заболеваемости (общая смертность, младенческая смертность и т.д.).

В МКБ патологические состояния группируются таким образом, чтобы обеспечить ее максимальную приемлемость при использовании для общих эпидемиологических целей и для оценки качества медико-санитарной помощи.

### **3. Общие принципы классификации МКБ и базовая структура.**

Международная классификация болезней построена по 4 принципам. Первый принцип - принцип этиологии. По нему построен первый класс – «Инфекционные и паразитарные болезни» и семнадцатый класс – «Несчастные случаи, отравления, травмы». Второй принцип - принцип патогенеза. По нему построен второй класс – «Новообразования». Третий принцип - принцип локализации. По нему построено большинство классов: болезни органов дыхания, пищеварения, мочеполовой системы и др. Четвертый принцип - принцип общности особых состояний, пример класс – «Осложнения беременности, родов и послеродового периода».

Эти принципы четко видны в структуре классов МКБ – 10:

Класс I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни.

Класс II. Новообразования.

Класс III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм.

Класс IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ.

Класс V. Психические расстройства и расстройства поведения.

Класс VI. Болезни нервной системы.

Класс VII. Болезни глаза и его придаточного аппарата.

Класс VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка.

Класс IX. Болезни системы кровообращения.

Класс X. Болезни органов дыхания.

Класс XI. Болезни органов пищеварения.

Класс XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки.

Класс XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Класс XIV. Болезни мочеполовой системы.

Класс XV. Беременность, роды и послеродовой период.

Класс XVI. Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде.

Класс XVII. Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения.

Класс XVIII. Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках.

Класс XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин.

Класс XX. Внешние причины заболеваемости и смертности.

Класс XXI. Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения.

Сердцевиной классификации является трехзначный буквенно-цифровой код, являющийся обязательным уровнем кодирования данных о смертности, которые отдельные страны предоставляют ВОЗ, а также при проведении основных международных сравнений. Четырехзначные рубрики, хотя и не являются обязательными для отчетов на международном уровне, рекомендованы для многих целей и составляют неотъемлемую часть МКБ-10, как и специальные перечни для статистических разработок.



В МКБ-10 использован буквенно-цифровой код с буквой в качестве первого знака и цифрой во втором, третьем и четвертым знаке кода. Четвертый знак следует за десятичной точкой.

МКБ 10 состоит из трех томов. Первый том включает специальный перечень для статистической разработки, а также здесь представлены:

- отчет о Международной конференции по десятому пересмотру;
- собственно классификация на уровне трех - и четырехзначных рубрик;
- классификация морфологии новообразований;
- специальные табулированные перечни для разработки данных заболеваемости и смертности;
- определения и номенклатурные положения.

Второй том представляет собой сборник инструкций:

- предписания по оформлению медицинских свидетельств;
- инструктивные материалы и рекомендации по использованию т.1;
- по табулированным перечням и планированию использования МКБ;
- исторические материалы.

Третий том содержит алфавитный указатель, снабженный введением и подробной инструкцией по его использованию.

#### **4. Блок (“семейство”) классификаций болезней и проблем, связанных со здоровьем.**

Существуют две основные группы классификаций. Первая охватывает данные, относящиеся к диагнозам и состоянию здоровья, и строятся непосредственно на основе МКБ путем использования специальных перечней для статистических разработок, рекомендованных для международных сравнений и публикаций. Эта группа также включает классификации, адаптированные для узких специалистов, которые объединяют разделы и рубрики МКБ, относящиеся к конкретной медицинской специальности (например, МКБ - Онкология).

Вторая группа охватывает аспекты, относящиеся к нарушениям здоровья, которые не вписываются в формальные диагнозы известных в настоящее время состояний, а также другие классификации, касающиеся медицинской помощи (международная классификация процедур в медицине, международная классификация нарушений, снижение трудоспособности и социальной недостаточности).

1) Краткие (специальные) перечни для статистических разработок.

Специальные перечни для статистических разработок вытекают непосредственно из основной классификации и используются для представления данных и облегчения анализа сведений о состоянии здоровья и его динамики на международном уровне. Специальные перечни для статистических разработок, рекомендованные для международных сравнений и публикаций, включены в т.1, ч.2 (с. 601-624).

2) Адаптации (специализированные варианты) для отдельных областей медицины.

Специализированный вариант объединяет в одном компактном томе те разделы или рубрики МКБ, которые относятся к конкретной специальности. В таком томе сохраняются четырехзначные подрубрики. Имеется также и алфавитный указатель соответствующих терминов.

3) Информационная поддержка первичной медико-санитарной помощи.

4) Международная номенклатура болезней (МНБ)

Главная цель МНБ – дать каждой нозологической единице одно рекомендованное название. Основными категориями выбора этого названия должны быть:

- специфичность (применимость к одной и только одной болезни);
- однозначность (чтобы название, насколько это возможно, само указывало на суть болезни, как можно большая простота, кроме того, название болезни должно быть основано на ее причине);

- вместе с тем многие широко распространенные названия, которые не полностью отвечают приведенным выше критериям, сохранены как синонимы при условии, что они не являются неправильными, не вводят в заблуждение и не противоречат рекомендациям международных специализированных организаций;
- рекомендуется избегать экономических терминов, поскольку они не раскрывают суть болезни, однако широко распространенные названия (болезнь Ходжкина, болезнь Паркинсона) должны быть сохранены;
- каждой болезни или синдрому с рекомендованным названием дается однозначное и по возможности краткое определение. После каждого определения приводится перечень синонимов.

5) Другие классификации, имеющие отношение к здоровью.

- Международная классификация нарушений, снижение трудоспособности и социальной недостаточности (МКНСТ и СН).

Это руководство по классификации, касающееся последствий болезни (включая травмы и нарушения) было опубликовано ВОЗ на английском языке в 1980 году. В дальнейшем оно было переведено на множество языков.

МКНСТ и СН содержит три отличающиеся друг от друга классификации, каждая из которых относится к различным последствиям болезни.

Нарушения (код I) включает потерю или аномалию психологической, физиологической или анатомической структуры или функции. В принципе, нарушение представляет расстройства на уровне конкретного органа.

Снижение трудоспособности (код D) отражает последствия нарушений в виде любого ограничения или отсутствия способности осуществить деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для человека, таким образом, снижение трудоспособности отражает расстройства на уровне отдельного человека (личности).

Социальная недостаточность (код H) – это недостаток данного индивида, вытекающий из нарушения или снижения трудоспособности, при котором человек может выполнять лишь ограниченно или не может совсем выполнять обычную для его положения роль в жизни (в зависимости от пола, возраста, социального и культурного положения); социальная недостаточность, таким образом, отражает несоответствие между реальными возможностями и ожиданиями самого человека или групп лиц, к которой он принадлежит.

- Процедуры, применяемые в медицине.

Международная классификация процедур в медицине (МКПМ) была опубликована ВОЗ в двух томах в 1978 году. Она включает диагностические, профилактические, терапевтические, рентгенорадиологические, медикаментозные, хирургические и лабораторные процедуры.

### **Рекомендуемая литература**

А) Основная литература:

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, - М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 528 с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).

Б) Дополнительная литература:

4. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение / Санкт-Петербург, ООО «Издательство «Петрополис», - 2000. – 914 с. (библиотека кафедры).
5. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. – М.: Медиа Сфера, 2001. -392 с., илл. (библиотека кафедры).

В) Учебно-методические пособия, рекомендации и т.д., изданные кафедрой:

6. Общественное здоровье и здравоохранение (Методические указания по выполнению контрольных работ) / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Е.А. Захарова, Е.А. Валах. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2006. - 92 с. (научная библиотека)
7. Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В. Общественное здоровье и здравоохранение. Курс лекций. / Учебное пособие. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 220 с. (библиотека кафедры).
8. Организация медицинской помощи населению (Методические указания по выполнению контрольных работ по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение») / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Н.А. Жихарева. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 138 с. (научная библиотека).

## ЛЕКЦИЯ 9

### ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ РОСПОТРЕБНАДЗОРА. САНИТАРНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО РФ

**Цель:** расширение знаний в сфере российского законодательства о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения, получение информации об особенностях работы служб Роспотребнадзора в современных условиях.

#### **Основные вопросы лекции**

1. Основные понятия.
2. Нормативное регулирование обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.
3. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека – Роспотребнадзор.
4. Деятельность системы государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ.

#### **Содержание**

##### **1. Основные понятия**

**Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения** - состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека, и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности;

**Среда обитания человека** - совокупность объектов, явлений и факторов окружающей (природной и искусственной) среды, определяющая условия жизнедеятельности человека;

**Факторы среды обитания** - биологические (вирусные, бактериальные, паразитарные), химические, физические (шум, вибрация, ультразвук, ионизирующие и иные излучения), социальные (питание, водоснабжение, условия быта, труда, отдыха) и иные факторы среды обитания, которые оказывают или могут оказывать воздействие на человека и (или) на состояние здоровья будущих поколений;

**Вредное воздействие на человека** - воздействие факторов среды обитания, создающее угрозу жизни или здоровью человека либо угрозу жизни или здоровью будущих поколений;

**Благоприятные условия жизнедеятельности человека** - состояние среды обитания, при котором отсутствует вредное воздействие ее факторов на человека, и имеются возможности для восстановления нарушенных функций организма человека;

**Безопасные условия для человека** - состояние среды обитания, при котором отсутствует опасность вредного воздействия ее факторов на человека;

**Санитарно-эпидемиологическая обстановка** - состояние здоровья населения и среды обитания на определенной территории в конкретно указанное время;

**Гигиенический норматив** - установленное исследованиями допустимое максимальное или минимальное количественное и (или) качественное значение показателя, характеризующего тот или иной фактор среды обитания с позиций его безопасности и (или) безвредности для человека;

**Государственные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы** - нормативные правовые акты, устанавливающие санитарно-эпидемиологические требования, несоблюдение которых создает угрозу жизни или здоровью человека, а также угрозу возникновения и распространения заболеваний;

**Социально-гигиенический мониторинг** - государственная система наблюдений за состоянием здоровья населения и среды обитания, их анализа, оценки и прогноза, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания;

**Государственный санитарно-эпидемиологический надзор** - деятельность по предупреждению, обнаружению, пресечению нарушений законодательства РФ в области бес-

печения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в целях охраны здоровья населения и среды обитания;

**Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия** - организационные, административные, инженерно-технические, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию;

**Ограничительные мероприятия (карантин)** - административные, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на предотвращение распространения инфекционных заболеваний и предусматривающие особый режим хозяйственной и иной деятельности, ограничение передвижения населения, транспортных средств, грузов, товаров и животных;

**Инфекционные заболевания** - заболевания человека, возникновение и распространение которых обусловлено воздействием на человека биологических факторов среды обитания (возбудителей инфекционных заболеваний) и возможностью передачи болезни от заболевшего человека, животного к здоровому человеку;

**Инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих** - заболевания человека, характеризующиеся тяжелым течением, высоким уровнем смертности и инвалидности, быстрым распространением среди населения (эпидемия);

**Массовые неинфекционные заболевания (отравления)** - заболевания человека, возникновение которых обусловлено воздействием физических, и (или) химических, и (или) социальных факторов среды обитания.

## **2. Нормативное регулирование обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.**

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения как одного из основных условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду обеспечивает федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» 30.03.1999 № 52-ФЗ.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения обеспечивается посредством:

- профилактики заболеваний в соответствии с санитарно-эпидемиологической обстановкой и прогнозом ее изменения;
- контроля за выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и обязательным соблюдением гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарных правил как составной части осуществляемой ими деятельности;
- создания экономической заинтересованности граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц в соблюдении законодательства РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- государственного санитарно-эпидемиологического нормирования;
- государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
- сертификации продукции, работ и услуг, представляющих потенциальную опасность для человека;
- лицензирования видов деятельности, представляющих потенциальную опасность для человека;
- государственной регистрации потенциально опасных для человека химических и биологических веществ, отдельных видов продукции, радиоактивных веществ, отходов производства и потребления, а также впервые ввозимых на территорию РФ отдельных видов продукции;
- проведения социально-гигиенического мониторинга;

- научных исследований в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- мер по своевременному информированию населения о возникновении инфекционных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), состоянии среды обитания и проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятиях;
- мер по гигиеническому воспитанию и обучению населения и пропаганде здорового образа жизни;
- мер по привлечению к ответственности за нарушение законодательства РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Граждане в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения имеют право:

- на благоприятную среду обитания, факторы которой не оказывают вредного воздействия на человека;
- получать информацию о санитарно-эпидемиологической обстановке, состоянии среды обитания, качестве и безопасности продукции производственно-технического назначения, пищевых продуктов, товаров для личных и бытовых нужд, потенциальной опасности для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг;
- осуществлять общественный контроль за выполнением санитарных правил;
- вносить предложения об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- на возмещение в полном объеме вреда, причиненного их здоровью или имуществу вследствие нарушения другими гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарного законодательства, а также при осуществлении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

Обязанности граждан:

- выполнять требования санитарного законодательства, а также постановлений, предписаний и санитарно-эпидемиологических заключений осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор должностных лиц;
- заботиться о здоровье, гигиеническом воспитании и об обучении своих детей;
- не осуществлять действия, влекущие за собой нарушение прав других граждан на охрану здоровья и благоприятную среду обитания.

Ограничительные мероприятия (карантин) вводятся в пунктах пропуска через Государственную границу РФ, на территории РФ, территории соответствующего субъекта РФ, муниципального образования, в организациях и на объектах хозяйственной и иной деятельности в случае угрозы возникновения и распространения инфекционных заболеваний. Ограничительные мероприятия (карантин) вводятся (отменяются) на основании предложений, предписаний главных государственных санитарных врачей и их заместителей решением Правительства РФ или органа исполнительной власти субъекта РФ, органа местного самоуправления, а также решением уполномоченных должностных лиц федерального органа исполнительной власти или его территориальных органов, структурных подразделений, в ведении которых находятся объекты обороны и иного специального назначения. Порядок осуществления ограничительных мероприятий (карантина) и перечень инфекционных заболеваний, при угрозе возникновения и распространения которых вводятся ограничительные мероприятия (карантин), устанавливаются санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами РФ.

Производственный контроль, в том числе проведение лабораторных исследований и испытаний, за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в процессе производства, хранения, транспортировки и реализации продукции, выполнения работ и оказания услуг осуществляется индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами в целях обеспечения безопасности и (или) безвредности для человека и среды обитания таких продукции,

работ и услуг.

Больные инфекционными заболеваниями, лица с подозрением на такие заболевания и контактировавшие с больными инфекционными заболеваниями лица, а также лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных болезней, подлежат лабораторному обследованию и медицинскому наблюдению или лечению и в случае, если они представляют опасность для окружающих, обязательной госпитализации или изоляции в порядке, установленном законодательством РФ.

Лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных заболеваний, если они могут явиться источниками распространения инфекционных заболеваний в связи с особенностями производства, в котором они заняты, или выполняемой ими работой, при их согласии временно переводятся на другую работу, не связанную с риском распространения инфекционных заболеваний. При невозможности перевода на основании постановлений главных государственных санитарных врачей и их заместителей они временно отстраняются от работы с выплатой пособий по социальному страхованию.

Все случаи инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) подлежат регистрации организациями здравоохранения по месту выявления таких заболеваний (отравлений), государственному учету и ведению отчетности по ним органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Порядок ведения государственного учета указанных случаев заболеваний (отравлений), а также порядок ведения отчетности по ним устанавливается федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

В целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и профессиональных заболеваний работники отдельных профессий, производств и организаций при выполнении своих трудовых обязанностей обязаны проходить предварительные при поступлении на работу и периодические профилактические медицинские осмотры.

В случае необходимости на основании предложений органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, решениями органов государственной власти субъектов РФ или органов местного самоуправления в отдельных организациях (цехах, лабораториях) могут вводиться дополнительные показания к проведению медицинских осмотров работников.

Индивидуальные предприниматели и юридические лица обязаны обеспечивать условия, необходимые для своевременного прохождения медицинских осмотров работниками.

Работники, отказывающиеся от прохождения медицинских осмотров, не допускаются к работе. Данные о прохождении медицинских осмотров подлежат внесению в личные медицинские книжки и учету лечебно-профилактическими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Порядок проведения обязательных медицинских осмотров, учета, ведения отчетности и выдачи работникам личных медицинских книжек определяется федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Профилактические прививки проводятся гражданам в соответствии с законодательством РФ для предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний.

Государственный санитарно-эпидемиологический надзор включает в себя:

- контроль за выполнением санитарного законодательства, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, предписаний и постановлений должностных лиц, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор;
- санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через Государственную границу РФ;

- меры пресечения нарушений санитарного законодательства, выдачу предписаний и вынесение постановлений о фактах нарушения санитарного законодательства, а также привлечение к ответственности лиц, их совершивших;
- контроль за санитарно-эпидемиологической обстановкой;
- проведение санитарно-эпидемиологических расследований, направленных на установление причин и выявление условий возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений);
- разработку предложений о проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- статистическое наблюдение в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения на федеральном уровне, государственный учет инфекционных заболеваний, профессиональных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) в связи с вредным воздействием факторов среды обитания в целях формирования государственных информационных ресурсов.

Для оценки, выявления изменений и прогноза состояния здоровья населения и среды обитания, установления и устранения вредного воздействия на человека факторов среды обитания осуществляется социально-гигиенический мониторинг. Социально-гигиенический мониторинг проводится органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в порядке, установленном Правительством РФ.

Государственный санитарно-эпидемиологический надзор осуществляют органы и учреждения, представляющие собой единую федеральную централизованную систему.

Система государственного санитарно-эпидемиологического надзора включает в себя:

- федеральный орган исполнительной власти, уполномоченный осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор в РФ;
- территориальные органы, созданные в установленном законодательством РФ порядке для осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора в субъектах РФ, муниципальных образованиях и на транспорте;
- учреждения, структурные подразделения федеральных органов исполнительной власти по вопросам обороны, внутренних дел, безопасности, юстиции, контроля за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор соответственно в Вооруженных Силах РФ, других войсках, воинских формированиях, на объектах обороны и оборонного производства, безопасности и иного специального назначения;
- государственные научно-исследовательские и иные учреждения.

Организацию государственного санитарно-эпидемиологического надзора осуществляет руководитель федерального органа исполнительной власти - Главный государственный санитарный врач РФ, а также руководители его территориальных органов - главные государственные санитарные врачи по субъектам РФ, городам, районам и на транспорте, главные государственные санитарные врачи федеральных органов исполнительной власти.

Структура органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, их задачи, функции, порядок осуществления деятельности устанавливаются положением, утвержденным Правительством РФ.

Деятельность органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, обеспечивают федеральные государственные учреждения, структура, задачи, функции, порядок деятельности которых утверждаются федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор в РФ.

### **3. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека – Роспотребнадзор.**

Уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического бла-



гополучия населения, защиты прав потребителей и потребительского рынка является федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека находится в ведении Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека осуществляет свою деятельность непосредственно и через свои территориальные органы во взаимодействии с другими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, общественными объединениями и иными организациями.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека осуществляет следующие полномочия:

- осуществляет надзор и контроль за исполнением обязательных требований законодательства РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей и в области потребительского рынка, в том числе:

- государственный санитарно-эпидемиологический надзор за соблюдением санитарного законодательства;
- государственный контроль за соблюдением законов и иных нормативных правовых актов РФ, регулирующих отношения в области защиты прав потребителей;
- контроль за соблюдением правил продажи отдельных предусмотренных законодательством видов товаров, выполнения работ, оказания услуг;
- санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через государственную границу РФ;
  - выдает лицензии на осуществление:
- деятельности, связанной с использованием возбудителей инфекционных заболеваний;
- деятельности в области использования источников ионизирующего излучения;
  - регистрирует:
- впервые внедряемые в производство и ранее не использовавшиеся химические, биологические вещества и изготавливаемые на их основе препараты, потенциально опасные для человека (кроме лекарственных средств);
- отдельные виды продукции, представляющие потенциальную опасность для человека (кроме лекарственных средств);
- отдельные виды продукции, в том числе пищевые продукты, впервые ввозимые на территорию РФ;
- лиц, пострадавших от радиационного воздействия и подвергшихся радиационному облучению в результате Чернобыльской и других радиационных катастроф и инцидентов;
  - устанавливает причины и выявляет условия возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений);
  - информирует органы государственной власти РФ, органы государственной власти субъектов РФ, органы местного самоуправления и население о санитарно-эпидемиологической обстановке и о принимаемых мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
  - готовит предложения о введении и об отмене на территории РФ, субъектов РФ ограничительных мероприятий (карантина) в порядке, установленном законодательством РФ;
  - организует в установленном порядке ведение социально-гигиенического мониторинга;
  - организует деятельность системы государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ;
  - осуществляет в установленном порядке проверку деятельности юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и граждан по выполнению требований санитарного законодательства, законодательства РФ в области защиты прав потребителей, правил продажи отдельных видов товаров;
  - обеспечивает в пределах своей компетенции защиту сведений, составляющих госу-

дарственную тайну;

- организует прием граждан, обеспечивает своевременное и полное рассмотрение обращений граждан, принимает по ним решения и направляет заявителям ответы в установленный законодательством РФ срок;

- взаимодействует в установленном порядке с органами государственной власти иностранных государств и международными организациями в установленной сфере деятельности.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в целях реализации полномочий в установленной сфере деятельности имеет право:

- организовывать проведение необходимых исследований, испытаний, экспертиз, анализов и оценок, в том числе научных исследований по вопросам осуществления надзора в установленной сфере деятельности;
- запрашивать и получать сведения, необходимые для принятия решений по отнесенным к компетенции службы вопросам;
- привлекать в установленном порядке для проработки вопросов установленной сферы деятельности научные и иные организации, ученых и специалистов;
- пресекать факты нарушения законодательства РФ в установленной сфере деятельности, а также применять предусмотренные законодательством РФ меры ограничительного, предупредительного и профилактического характера, направленные на недопущение и (или) ликвидацию последствий нарушений юридическими лицами и гражданами обязательных требований в установленной сфере деятельности;
- осуществлять контроль за деятельностью территориальных органов службы и подведомственных организаций;
- создавать совещательные и экспертные органы (советы, комиссии, группы, коллегии) в установленной сфере деятельности.

Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека возглавляет руководитель, назначаемый на должность и освобождаемый от должности Правительством РФ по представлению Министра здравоохранения и социального развития. Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека является главным государственным санитарным врачом РФ.

#### **4. Деятельность системы государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ.**

Деятельность по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения осуществляют территориальные управления Роспотребнадзора по субъектам РФ и федеральные государственные учреждения здравоохранения - центры гигиены и эпидемиологии в субъектах РФ.

Для примера рассмотрим порядок взаимодействия данных субъектов при регистрации и расследовании случаев инфекционных и неинфекционных заболеваний (отравлений).

Территориальное управление получает информацию о каждом впервые выявленном случае инфекционного, паразитарного, профессионального заболевания, пищевого отравления, а также организует, контролирует и принимает участие в проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в установленном законодательством РФ порядке.

Территориальное управление организует проведение мероприятий по устранению причин и условий возникновения и распространения инфекционных, паразитарных и профессиональных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) людей, связанных с воздействием неблагоприятных факторов среды обитания человека:

- организует и проводит расследование заболеваний (отравлений);
- определяет перечень и объем необходимых для расследования мероприятий, выполняемых Центром гигиены и эпидемиологии, осуществляет контроль за их исполнением;
- принимает решения по результатам расследования;
- представляет внеочередные донесения в Роспотребнадзор и органы исполнительной

власти в соответствии с установленным порядком.

При возникновении профессиональных заболеваний Территориальное управление осуществляет следующие мероприятия:

- прием, регистрацию и учет извещений об установлении заключительного диагноза острого или хронического профессионального заболевания (отравления), его уточнения или отмены по установленной форме;
- участвует в комиссии по расследованию профессионального заболевания (далее - комиссия);
- поручает Центру гигиены и эпидемиологии (при необходимости) принять участие в работе комиссии;
- участвует в составе комиссии в написании акта о случае профессионального заболевания;
- утверждает акт о случае профессионального заболевания в установленном порядке;
- осуществляет контроль за выполнением предписаний главного государственного санитарного врача по субъекту РФ;
- осуществляет государственный учет профессиональных заболеваний;
- ведет журнал учета профессиональных заболеваний по установленной форме;
- ведет регистрацию и пополнение базы данных профессиональных заболеваний и карт учета профессиональных заболеваний (отравлений) по установленной форме;
- составляет статистическую форму государственной отчетности по профессиональным заболеваниям;
- организует и участвует в проведении анализа профессиональной заболеваемости на территории.

Центр гигиены и эпидемиологии:

- на основании поручения Территориального управления участвует в проведении обследования, проводит лабораторные и инструментальные исследования и измерения, составляет проект санитарно-гигиенической характеристики условий труда, который представляет в территориальное управление на бумажном и электронном носителе в течение 14 дней после завершения работы;
- проводит учет проведенных обследований, лабораторных и инструментальных исследований в установленном порядке;
- по поручению Территориального управления принимает участие в работе комиссии по исследованию профессионального заболевания (отравления), составляет проект акта о случае профессионального заболевания в пределах компетенции Роспотребнадзора, представляет его в Территориальное управление в течение трех дней после окончания расследования;
- по поручению Территориального управления участвует в проведении анализа профессиональной заболеваемости.

### **Рекомендуемая литература**

#### **А) Основная литература:**

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, - М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 528 с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).

#### **Б) Дополнительная литература:**

4. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение / Санкт-Петербург, ООО «Издательство «Петрополис», - 2000. – 914 с. (библиотека кафедры).
5. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.: 24 ил.

(библиотека кафедры).

6. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. – М.: Медиа Сфера, 2001. -392 с., илл. (библиотека кафедры).

В) Учебно-методические пособия, рекомендации и т.д., изданные кафедрой:

7. Общественное здоровье и здравоохранение (Методические указания по выполнению контрольных работ) / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Е.А. Захарова, Е.А. Валах. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2006. - 92 с. (научная библиотека)
8. Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В. Общественное здоровье и здравоохранение. Курс лекций. / Учебное пособие. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 220 с. (библиотека кафедры).
9. Организация медицинской помощи населению (Методические указания по выполнению контрольных работ по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение») / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Н.А. Жихарева. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 138 с. (научная библиотека).

## **ЛЕКЦИЯ 10**

### **ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

**Цель:** получение знаний о видах медицинской помощи и организации работы различных типов ЛПУ.

#### **Основные вопросы лекции.**

1. Принципы здравоохранения в России.
2. Виды медицинской помощи.
3. Организация системы охраны здоровья граждан в РФ.
4. Номенклатура лечебно-профилактических учреждений.
5. Организация первичной медико-санитарной помощи.
6. Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению.
7. Организация стационарной медицинской помощи.
8. Роль сестринского персонала в организации деятельности медицинской организации.

#### **Содержание**

##### **1. Принципы здравоохранения в России.**

Основные принципы развития национальных систем оказания медицинской помощи были сформулированы Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ):

1. Провозглашение ответственности государства, общества за охрану здоровья граждан.
2. Организация рациональной подготовки кадров здравоохранения и осознание всеми медицинскими работниками своей высокой социальной ответственности перед обществом.
3. Развитие здравоохранения в первую очередь на основе широкого проведения мер, направленных на развитие общественной и индивидуальной профилактики.
4. Обеспечение всему населению страны наивысшего возможного уровня квалифицированной, общедоступной профилактической и лечебной помощи.
5. Широкое использование в стране достижений медицинской науки и практики здравоохранения.
6. Санитарное просвещение и привлечение к участию в проведении всех программ широких кругов населения, являющееся выражением личной и коллективной ответственности всех членов общества за охрану здоровья людей.

Охрана здоровья граждан - это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Основные принципы охраны здоровья в РФ определены в статье 2 «Основ Законодательства РФ об охране здоровья граждан»:

1. Соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.
2. Приоритет профилактических мер в области охраны здоровья.
3. Доступность медико-социальной помощи.
4. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья.
5. Ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

##### **2. Виды медицинской помощи.**

Термин «медицинская помощь» обозначает совокупность лечебно-профилактических мероприятий, проводимых по определенной технологии при заболеваниях, травмах, отравлениях, а также при родах лицами, имеющими медицинское (высшее или среднее) образование с целью достижения конкретных запланированных результатов. В широком значении

словосочетание «медицинская помощь» является обобщающим названием всех видов медицинской помощи как лечебного, так и профилактического назначения, включая диспансеризацию, патронаж, обсервацию и оздоровительные мероприятия среди взрослых и детей.

Результатами оказания медицинской помощи могут быть динамика состояния пациента после проведенного курса лечения, состояние здоровья определенных контингентов после проведения врачом диспансерных мероприятий и выполнения комплексных профилактических программ, а также удовлетворенность пациента процессом оказания медицинской помощи и результатами проведенных лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий.

Все виды медицинской помощи, включая мероприятия лечебного и профилактического значения, в зависимости от места оказания помощи, квалификации лиц, ее оказывающих, условий для ее оказания и особенностей ее организации, подразделяются на:

- первую медицинскую помощь (самопомощь, взаимопомощь, помощь санинструктора) как простейший вид в системе оказания медицинской помощи;
- доврачебную (фельдшерскую) помощь, оказываемую средним медицинским работником (фельдшером);
- первую врачебную помощь, включающую простейшие (основные) врачебные лечебно-профилактические и санитарно-гигиенические мероприятия;
- квалифицированную медицинскую помощь, включающую сложные врачебные манипуляции терапевтического (консервативного) или хирургического (оперативного) профиля, осуществляемую врачом-специалистом с применением соответствующего медицинского оснащения в условиях, позволяющих ее оказать (квалифицированная терапевтическая и квалифицированная хирургическая помощь);
- специализированную медицинскую помощь, оказываемую врачами («узкими» специалистами) в специально предназначенных для этих целей лечебных учреждениях.

Доврачебную (фельдшерскую) помощь имеет право оказывать медицинский работник, имеющий среднее профессиональное образование по специальности «лечебное дело» и квалификацию по диплому «фельдшер общей практики» или «фельдшер». Первую врачебную помощь компетентен оказывать выпускник лечебного (педиатрического) факультета медицинского ВУЗа, имеющий диплом «врача-лечебника» или «врача-педиатра». Для оказания квалифицированной медицинской помощи требуется дополнительная послевузовская подготовка в интернатуре или клинической ординатуре по выбранной специальности, или прохождение цикла специализации (для стажированных врачей) и получение сертификата специалиста.

### **3. Организация системы охраны здоровья граждан в РФ.**

Лечебно-профилактическая помощь в РФ - это государственная система обеспечения населения всеми видами профилактической и лечебной помощи, которые регламентируются Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (приняты Верховным Советом РФ 22 июля 1993г.):

В соответствии с разделом VIII «Гарантии осуществления медико-социальной помощи гражданам» медицинская помощь оказывается в медицинских организациях, в том числе учрежденных физическими лицами, независимо от формы собственности, организационно-правовой формы и ведомственной подчиненности, получивших лицензию на медицинскую деятельность. Медицинская помощь оказывается также лицами, занимающимися частной медицинской практикой, при наличии у них лицензии на медицинскую деятельность.

Гражданам гарантируется оказание первичной медико-санитарной помощи (статья 38) в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами, а также соответствующим средним медицинским персоналом; скорой медицинской помощи (статья 39) при состояниях, требующих срочного меди-

цинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях, других состояниях и заболеваниях), которая осуществляется безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности, медицинскими работниками, а также лицами, обязанными ее оказывать в виде первой помощи по закону или по специальному правилу, и оказывается учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения; неотложной медицинской помощи при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства, которая оказывается медицинским персоналом амбулаторно-поликлинических учреждений муниципальной системы здравоохранения; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (статья 40), оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий, осуществляется врачами-специалистами лечебно-профилактических учреждений.

Отдельно регулируются вопросы оказания медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями (статья 41) и медико-социальной помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (статья 42).

Гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, перечень которых определяется Правительством РФ, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях бесплатно или на льготных условиях. Виды и объем медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

Гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, перечень которых определяется Правительством РФ, медико-социальная помощь оказывается в предназначенных для этой цели учреждениях государственной системы здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

#### **4. Номенклатура лечебно-профилактических учреждений.**

Процесс развития лечебно-профилактической помощи отражается в первую очередь на совершенствовании номенклатуры учреждений, на дифференциации функционирующих и создании их новых типов.

В настоящее время существует номенклатура лечебно-профилактических учреждений, утвержденная приказом Минздравсоцразвития РФ от 07.10.2005 № 267 «Об утверждении Единой номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения»:

##### **1). Лечебно-профилактические учреждения:**

1.1. Больничные учреждения:

1.1.1. Больницы, в том числе:

- участковая;
- городская, в том числе детская;
- городская скорой медицинской помощи;
- центральная (городская, районная);
- областная, в том числе детская (краевая, республиканская, окружная).

1.1.2. Специализированные больницы, в том числе:

- гинекологическая;
- инфекционная, в том числе детская;
- офтальмологическая.

1.1.3. Госпиталь.

1.1.5. Дом (больница) сестринского ухода.

1.1.6. Хоспис.

1.2. Диспансеры:

- кожно-венерологический;
- онкологический;
- противотуберкулезный.

1.3. Амбулаторно-поликлинические учреждения:

1.3.1. Амбулатория.

1.3.2. Поликлиники, в том числе:

- городская, в том числе детская;
- центральная районная;
- стоматологическая, в том числе детская.

1.4. Центры, в том числе научно-практические:

- восстановительной медицины и реабилитации;
- по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями;
- консультативно-диагностический, в том числе для детей.

1.5. Учреждения скорой медицинской помощи и учреждения переливания крови:

1.5.1. Станция скорой медицинской помощи.

1.5.2. Станция переливания крови.

1.6. Учреждения охраны материнства и детства:

1.6.1. Перинатальный центр.

1.6.2. Родильный дом.

1.6.3. Женская консультация.

1.7. Санаторно-курортные учреждения:

1.7.2. Грязелечебница.

1.7.5. Санаторий-профилакторий.

**2). Учреждения здравоохранения особого типа:**

2.1. Центры:

- медицинской профилактики;
- медицины катастроф;
- медицинский информационно-аналитический.

2.2. Бюро:

- медицинской статистики;
- патологоанатомическое;
- судебно-медицинской экспертизы.

2.3. Контрольно-аналитическая лаборатория.

**3). Учреждения здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека:**

3.1. Центры гигиены и эпидемиологии.

3.2. Центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

**4). Аптечные учреждения:**

4.1. Аптека.

4.2. Аптечный пункт.

**5. Организация первичной медико-санитарной помощи.**

Термин “первичная медико-санитарная помощь” появился в период подготовки и проведения под эгидой ВОЗ в 1978 году в Алма-Ате Международной конференции. На этой конференции были сформулированы основные принципы организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Система ПМСП должна обеспечивать не только лечебную, но и профилактическую работу, а также организацию медицинской помощи прикрепленному населению на всех этапах. Эта помощь приближена к населению, важна как первое звено контакта человека с медицинской помощью, реальна по своей профилактической направленности и возможности



вовлечения населения в службы здравоохранения, важна по возможности взаимодействия с социальной службой, доступна общественному контролю, справедлива по распределению ограниченных ресурсов здравоохранения. Развитие ПМСП занимает одно из основных мест в реформе здравоохранения России.

Порядок организации оказания первичной медико-санитарной помощи утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 29.07.05 № 487.

Первичная медико-санитарная помощь является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинского обслуживания и включает: лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; медицинскую профилактику важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование; проведение других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

Первичная медико-санитарная помощь, в т.ч. медицинская помощь женщинам в период беременности, во время и после родов оказывается учреждениями муниципальной системы здравоохранения преимущественно по месту жительства амбулаторно-поликлиническими учреждениями: амбулатория, центр общей врачебной (семейной) практики, районная (в том числе центральная), городская поликлиника, детская городская поликлиника, женская консультация. В оказании первичной медико-санитарной помощи могут также участвовать учреждения государственной и частной систем здравоохранения на основе договоров со страховыми медицинскими организациями.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается медицинскими работниками данных учреждений: терапевтами участковыми, педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными), акушерами-гинекологами, другими врачами-специалистами, а также специалистами со средним медицинским и высшим сестринским образованием.

Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Амбулаторно-поликлиническая помощь включает:

- оказание первой (доврачебной, врачебной) и неотложной медицинской помощи больным при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях;
- проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, абортов, выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска;
- диагностику и лечение различных заболеваний и состояний; восстановительное лечение;
- клиничко-экспертную деятельность по оценке качества и эффективности лечебных и диагностических мероприятий, включая экспертизу временной нетрудоспособности;
- диспансерное наблюдение больных, в том числе отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг;
- диспансеризацию беременных женщин, родильниц; диспансеризацию здоровых и больных детей;
- динамическое медицинское наблюдение за ростом и развитием ребенка;
- организацию питания детей раннего возраста;
- организацию дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, в том числе обеспечение необходимыми лекарственными средствами;
- установление медицинских показаний и направление в учреждения государственной системы здравоохранения для получения специализированных видов медицинской помощи;
- установление медицинских показаний для санаторно-курортного лечения, в том числе отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг;
- медицинское обслуживание обучающихся, воспитанников образовательных учрежде-

ний общего и коррекционного типов; проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, вакцинопрофилактики в установленном порядке;

- осуществление санитарно-гигиенического образования, в том числе по вопросам формирования здорового образа жизни;
- врачебную консультацию и медицинскую профориентацию;
- медицинское обеспечение подготовки юношей к военной службе.

Стационарная помощь, предоставляемая населению муниципальных образований в больничных и стационарно-поликлинических учреждениях, включает:

- оказание неотложной медицинской помощи больным при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях;
- диагностику, лечение острых, хронических заболеваний, отравлений, травм, состояний при патологии беременности, в родах, в послеродовом периоде, при абортах и прочих состояний, требующих круглосуточного медицинского наблюдения или изоляции по эпидемическим показаниям;
- восстановительное лечение и реабилитацию.  
Госпитализация в больничное (стационарно-поликлиническое) учреждение осуществляется по медицинским показаниям:
- по направлению врача лечебно-профилактического учреждения, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности;
- скорой медицинской помощью;
- при самостоятельном обращении больного по экстренным показаниям.

## **6. Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению.**

Ведущая роль в оказании лечебно-профилактической помощи населению принадлежит амбулаторно-поликлиническим учреждениям, которые по объему работы, по ее содержанию и значению занимают главное место среди всех учреждений здравоохранения. Это самый массовый и общедоступный вид медицинской помощи, обеспечивающий высококвалифицированное медицинское обслуживание населения.

Основным учреждением, осуществляющим амбулаторно-поликлиническую помощь городскому населению, является городская поликлиника, самостоятельная или входящая в состав городской поликлиники. Приоритетными задачами городской поликлиники (поликлинического отделения городской больницы) являются:

- оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи населению обслуживаемого района непосредственно в поликлинике и на дому;
- организация и проведение комплекса профилактических мероприятий среди населения обслуживаемого района и работников прикрепленных промышленных предприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности;
- организация и осуществление диспансеризации населения (здоровых и больных);
- организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения.

В основе организации амбулаторно-поликлинической помощи лежит участковый принцип, заключающийся в том, что обслуживаемая поликлиникой территория делится на участки с определенным количеством населения. К каждому из этих участков прикрепляются врачи и медицинские сестры, которые оказывают помощь населению.

Порядок организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 04.08.06 № 584.

Участковый принцип организации медицинского обслуживания населения, обеспечивающий доступность и качество медицинской помощи, является основной формой организации деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению муниципальных образований.

Органы управления здравоохранением муниципальных образований осуществляют

организацию медицинского обслуживания населения по участковому принципу с учетом критериев территориальной (в т. ч. транспортной) доступности доврачебной помощи, врачебной помощи, скорой медицинской (неотложной) помощи.

Установление зон обслуживания и закрепление населения за амбулаторно-поликлиническими и стационарно-поликлиническими учреждениями производится органами управления здравоохранением муниципальных образований в целях соблюдения принципа оказания первичной медико-санитарной помощи по месту жительства с учетом численности, плотности, возрастно-полового состава населения, уровня заболеваемости, географических и иных особенностей территорий.

Распределение населения по врачебным участкам осуществляется руководителями амбулаторно-поликлинических или стационарно-поликлинических учреждений в зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения иных прав граждан.

Руководители амбулаторно-поликлинических или стационарно-поликлинических учреждений в целях обеспечения права граждан на выбор врача и лечебно-профилактического учреждения прикрепляют граждан, проживающих вне зоны обслуживания амбулаторно-поликлинического учреждения или стационарно-поликлинического учреждения, к врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) для медицинского наблюдения и лечения, не превышая численности населения на одну должность участкового врача более чем на 15% от нормативной.

В амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждениях могут быть организованы врачебные участки:

- терапевтический;
- педиатрический;
- врача общей практики; семейного врача;
- комплексный терапевтический участок.

Обслуживание населения на врачебных участках осуществляется:

- врачом-терапевтом участковым, медицинской сестрой участковой на терапевтическом участке;
- врачом педиатром-участковым, медицинской сестрой участковой на педиатрическом участке;
- врачом общей практики (семейным врачом), помощником врача общей практики, медицинской сестрой врача общей практики на участке врача общей практики (семейного врача);
- врачом-терапевтом участковым, фельдшером (акушеркой), медицинской сестрой участковой на комплексном терапевтическом участке.

Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала составляет:

- на терапевтическом участке - 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
- на педиатрическом участке - 800 человек детского населения 0-17 лет включительно;
- на участке врача общей практики - 1500 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
- на участке семейного врача - 1200 человек взрослого и детского населения;
- на комплексном терапевтическом участке - 2000 и более человек взрослого и детского населения.

Комплексный терапевтический участок формируется из населения врачебного участка амбулаторно-поликлинического или стационарно-поликлинического учреждения с недостаточной численностью прикрепленного населения (малокомплектный участок) или населения, обслуживаемого врачом-терапевтом амбулатории, и населения, обслуживаемого фельдшерско-акушерскими пунктами (фельдшерскими пунктами).

Врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи), фельдшеры, медицинские сестры участковые, медицинские сестры врача общей практики в рамках своей компетенции осуществляют ведение паспорта врачебного участка, информационной (компьютерной) базы данных состояния здоровья обслуживаемого населения.

Положение об организации деятельности врача-терапевта участкового утверждено приказом Минздравсоцразвития России от 07.12.05 № 765.

На должность врача-терапевта участкового назначаются специалисты, имеющие высшее медицинское образование по специальности "Лечебное дело" или "Педиатрия" и сертификат специалиста по специальности "Терапия".

Врач-терапевт участковый:

- формирует врачебный (терапевтический) участок из прикрепленного к нему населения;
- осуществляет санитарно-гигиеническое образование, консультирует по вопросам формирования здорового образа жизни; осуществляет профилактические мероприятия по предупреждению и снижению заболеваемости, выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска, организует и ведет школы здоровья;
- изучает потребности обслуживаемого им населения в оздоровительных мероприятиях и разрабатывает программу проведения этих мероприятий;
- осуществляет диспансерное наблюдение пациентов, в т.ч. имеющих право на получение набора социальных услуг, в установленном порядке;
- организует и проводит диагностику и лечение различных заболеваний и состояний, в т.ч. восстановительное лечение пациентов в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;
- оказывает неотложную медицинскую помощь пациентам при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;
- направляет пациентов на консультации к специалистам, в т.ч. для стационарного и восстановительного лечения по медицинским показаниям;
- организует и проводит противоэпидемические мероприятия и иммунопрофилактику в установленном порядке;
- проводит экспертизу временной нетрудоспособности в установленном порядке и оформляет документы для направления на медико-социальную экспертизу;
- выдает заключение о необходимости направления пациентов по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение;
- взаимодействует с медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями;
- организует совместно с органами социальной защиты населения медико-социальную помощь отдельным категориям граждан: одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным, нуждающимся в уходе;
- руководит деятельностью среднего медицинского персонала, осуществляющего первичную медико-санитарную помощь;
- ведет медицинскую документацию в установленном порядке, анализирует состояние здоровья прикрепленного населения и деятельность врачебного участка.

Положение об организации деятельности медицинской сестры участковой утверждено приказом Минздравсоцразвития России от 21.06.06 № 490.

На должность медицинской сестры участковой назначаются специалисты, имеющие среднее медицинское образование по специальностям "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело" и сертификат по специальности "Сестринское дело".

Медицинская сестра участковая, обеспечивающая оказание медицинской помощи на

прикрепленном врачебном (терапевтическом) участке, в рамках своей компетенции:

- формирует совместно с врачом-терапевтом участковым врачебный (терапевтический) участок из прикрепленного к нему населения, ведет персональный учет, информационную (компьютерную) базу данных состояния здоровья обслуживаемого населения, участвует в формировании групп диспансерных больных;
- организует амбулаторный прием врача-терапевта участкового, подготавливает к работе приборы, инструменты, обеспечивает бланками рецептов, направлений;
- проводит мероприятия по санитарно-гигиеническому воспитанию и образованию обслуживаемого населения, консультирует по вопросам формирования здорового образа жизни;
- осуществляет профилактические мероприятия по предупреждению и снижению заболеваемости, выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска, организует и ведет занятия в школах здоровья;
- изучает потребности обслуживаемого населения в оздоровительных мероприятиях и разрабатывает программу проведения этих мероприятий;
- осуществляет диспансерное наблюдение больных, в т.ч. имеющих право на получение набора социальных услуг в установленном порядке;
- организует проведение диагностики и лечения заболеваний и состояний, в т.ч. восстановительного лечения больных в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;
- проводит доврачебные осмотры, в т.ч. профилактические, с записью в медицинской карте амбулаторного больного;
- оказывает неотложную доврачебную медицинскую помощь больным при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;
- оформляет направление больных на консультации к врачам-специалистам, в т.ч. для стационарного и восстановительного лечения по медицинским показаниям;
- проводит мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний, организует и проводит противоэпидемические мероприятия и иммунопрофилактику в установленном порядке;
- оформляет документацию по экспертизе временной нетрудоспособности в установленном порядке и документы для направления на медико-социальную экспертизу;
- оформляет заключение о необходимости направления пациентов по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение;
- взаимодействует с медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями;
- организует совместно с органами социальной защиты населения медико-социальную помощь отдельным категориям граждан: одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным, нуждающимся в уходе;
- руководит деятельностью младшего медицинского персонала, осуществляющего первичную медико-санитарную помощь;
- обеспечивает врача-терапевта участкового необходимыми медикаментами, стерильными инструментами, спецодеждой;
- ведет медицинскую документацию в установленном порядке, анализирует состояние здоровья прикрепленного населения и деятельность врачебного (терапевтического) участка.

Порядок осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача) утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 17.01.05 № 84.

Врач общей практики, или семейный врач, - врач, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи независимо от их пола и возраста.

Врач общей практики (семейный врач) оказывает первичную медико-санитарную помощь контингенту, сформированному на основе свободного выбора врача пациентами.

Врач общей практики (семейный врач):

- формирует врачебный участок из прикрепившегося контингента; осуществляет санитарно-гигиеническое образование;
- консультирует членов семьи по вопросам формирования здорового образа жизни;
- осуществляет профилактическую работу, направленную на выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска путем диспансеризации прикрепившегося контингента в установленном порядке, в том числе детей, инвалидов, лиц старших возрастных групп;
- направляет больных на консультации к специалистам для стационарного и восстановительного лечения по медицинским показаниям;
- организует и проводит лечение пациентов в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;
- осуществляет патронаж беременных женщин и детей раннего возраста, в том числе новорожденных, в установленном порядке; организует и проводит противоэпидемические мероприятия и иммунопрофилактику в установленном порядке;
- выдает заключение о необходимости направления пациентов по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение;
- взаимодействует с медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями;
- имеет право осуществлять наблюдение за пациентом на всех этапах оказания медицинской помощи;
- организует совместно с органами социальной защиты медико-социальную помощь семье для социально незащищенных групп населения: одиноким, престарелым, инвалидам, хронических больных, нуждающимся в уходе;
- руководит деятельностью медицинского персонала, осуществляющего первичную медико-санитарную помощь по принципу общей врачебной практики (семейной медицины);
- ведет учет и представляет отчетность в установленном порядке.

## **7. Организация стационарной медицинской помощи.**

Стационарная медицинская помощь оказывается при наиболее тяжелых заболеваниях, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению, применения сложных инструментальных методов обследования и лечения, оперативного вмешательства, постоянного врачебного наблюдения и интенсивного ухода.

По виду, объему и характеру оказываемой медицинской помощи и системе организации работы стационары могут быть:

- 1) По административно-территориальному положению - областные (краевые, республиканские), городские, районные, участковые;
- 2) По профилю - многопрофильными или специализированными;
- 3) По системе организации - объединенными с поликлиникой или необъединенными;
- 4) По объему деятельности - различной категоричности (мощности).

Структура и функции больничных учреждений являются понятиями динамичными и зависят от задач, стоящих на данном этапе развития здравоохранения. Любое стационарное учреждение по функциональному назначению имеет, как правило, следующие подразделения:

- управление;
- стационар;
- поликлинику;
- лечебно-диагностические отделения;

- административно-хозяйственную часть.

Каждая функционально-структурная часть больницы в свою очередь состоит из ряда подразделений. К административно-управленческому блоку, помимо главного врача и его заместителей (по лечебной работе, поликлинике, административно-хозяйственной части и др.), относятся канцелярия, кабинет (отделение) медицинской статистики, медицинский архив, бухгалтерия, библиотека и пр.; стационар состоит из приемного отделения (централизованное или децентрализованное), специализированных палатных отделений, операционного блока и др. Лечебно-диагностическая служба может быть единой для стационара и поликлиники и включает различного профиля лаборатории, кабинеты (ЭКГ, рентгеновский, физиотерапевтический, ЛФК, массажа и др.). В больницах как структурный элемент должны быть библиотека, патологоанатомическое отделение (морг). К административно-хозяйственной части относятся пищеблок, склады, прачечная, технический отдел, транспорт, дезинфекционная камера и т.д.

Больницы и другие стационарные учреждения в своей деятельности руководствуются положениями Минздрава РФ, и каждому типу учреждения соответствуют определенные функции.

Например, городские больницы предназначены для оказания высококвалифицированной специализированной стационарной (и поликлинической) помощи населению города или его района. Городская больница является лечебно-профилактическим учреждением, обеспечивающим квалифицированное обслуживание населения на основе достижений современной медицинской науки и техники.

Больницы осуществляют:

- взаимосвязь и преемственность в лечении больных между поликлиникой и стационаром;
- внедряют в практику работы современные методы диагностики и лечения;
- совершенствуют организационные формы и методы работы;
- принимают широкое участие в осуществлении профилактических мероприятий, диспансеризации населения;
- систематически анализируют заболеваемость и смертность населения и его причины;
- изучают качество лечебно-диагностической помощи населению и др.

Помимо лечебно-диагностической, реабилитационной и профилактической деятельности, в больничных учреждениях проводится большая работа по подготовке и повышению квалификации медицинских кадров и проведению медицинских исследований. Если больница является базой для обучения студентов (не менее чем на 50%), то ее называют клинической.

По определению ВОЗ, функции современной больницы систематизируются на 4 группы:

- 1) Восстановительные (диагностика и лечение заболеваний, реабилитация и неотложная помощь);
- 2) Профилактические, особенно для больниц, объединенных с поликлиникой, (лечебно-оздоровительная деятельность, профилактика инфекционных и хронических заболеваний, инвалидности и др.);
- 3) Учебные (подготовка медицинского персонала и их последипломная специализация);
- 4) Научно-исследовательские.

Исходя из структуры и выполняемых функций стационарного учреждения, можно определить следующие характерные черты традиционной модели современной больницы:

- соответствие структуры и функции современному уровню развития медицинской науки и техники, задачам здравоохранения и потребностям населения в высококвалифицированной специализированной медицинской помощи;
- пропорциональное развитие больничных и внебольничных служб, взаимосвязь и преемственность между ними в оказании медицинской помощи больным, обеспечение син-

теза профилактической и лечебной медицины;

- наличие в составе больницы крупных специализированных отделений по основным и узким профилям, взаимно связанных друг с другом структурных подразделений, не объединенных единым профилем больных (диагностическое, реанимационное, реабилитационное отделения и др.);
- интеграция лечебно-диагностических отделений и вспомогательных служб.

Современная система оказания больничной помощи должна осуществляться на основе развития специализации и внедрения, как правило, дорогостоящих новейших технологий, обеспечивающих высокое качество медицинской помощи.

Реформирование здравоохранения направлено на интенсификацию стационарной медицинской помощи, сокращение (на 20% и более) числа неполно используемых коек, сокращение сроков пребывания больных на койках, передачу части стационарной помощи амбулаторно-поликлиническим учреждениям, стационарам на дому и другим учреждениям нестационарного характера.

Внедрение экономических методов управления отраслью, введение системы ОМС и потребность в повышении конкурентоспособности ЛПУ способствуют структурной перестройке здравоохранения, в том числе стационарной медицинской помощи с учетом интенсивности лечебно-диагностического процесса:

1). Организация больниц (отделений) интенсивного лечения - стационаров, в которых оказывается экстренная медицинская помощь, например больным с острой травмой, с инфарктом миокарда и др. Эти больничные учреждения должны быть оснащены соответствующим медицинским оборудованием, иметь значительно более высокую обеспеченность медицинскими кадрами, лекарственными средствами, мягким инвентарем и др.

Потребность в таких стационарах составляет 9-10% от общей коечной мощности, средние сроки пребывания в них не длительные, необходимые только для купирования острых состояний, в дальнейшем больные должны переводиться в другие лечебные учреждения.

2). Больницы (отделения), ориентированные на лечение плановых больных, среднесрочного пребывания по нозологическим группам. Соответственно стандарты оснащения, кадрового и иного обеспечения у таких стационаров иные, другие средние сроки пребывания больного на койке, нагрузка персонала. Примерная потребность в больничных учреждениях такого типа составляет 50-60% от общей коечной мощности.

3). Больницы (отделения) долечивания и медицинской реабилитации, в том числе для больных с последствиями травм, инсульта и других заболеваний. Потребность в этих видах медицинской помощи составляет около 20% от общей коечной мощности.

4). Медико-социальные больницы (отделения) - больницы сестринского ухода, хосписы. Направлять в такие учреждения могут органы и учреждения здравоохранения и социального обеспечения. Потребность в таких учреждениях составляет 10-20% от общей коечной мощности. Особое внимание в них должно быть уделено созданию лечебно-охранительного режима, обеспечению поддерживающего лечения и ухода.

Все перечисленные типы стационарных учреждений должны отличаться по материально-техническому, финансовому, кадровому обеспечению, нагрузка специалистов и оплата их труда также должны быть дифференцированными.

При этом будут развиваться федеральные, региональные центры специализированной медицинской помощи разных профилей, в которых будут применяться новейшие медицинские технологии при лечении и диагностике.

Основные резервы в повышении эффективности использования коечного фонда:

- преемственность в работе поликлиник и стационаров, соответствующая подготовка плановых больных к госпитализации в поликлинических условиях, широкое привлечение консультативно-диагностических центров, поликлиник, межрайонных диагностических лабораторий и т.п.;

- совершенствование системы консультативной помощи в стационаре;
- улучшение технического оснащения лечебно-диагностических служб;



- хорошая организация и обеспечение соответствующего режима работы диагностических и лечебных служб больничных учреждений;
- создание системы дифференцированного стационарного обслуживания по тяжести состояния, объему и интенсивности лечения и ухода т.п.

В организации работы лечебно-профилактических отделений стационара существенную роль играет обеспечение ухода за больными. Успех лечения больных в стационаре в значительной мере зависят от качества ухода за ними - гигиенического режима, оптимальных условий окружающей среды. Общеизвестно, что режим больного является мощным лечебным и профилактическим фактором, способствующим эффективному лечению и предупреждению возможных осложнений. Это особенно относится к новорожденным и детям раннего детского возраста, больным с инфекционными и сердечно-сосудистыми болезнями, больным в послеоперационном периоде. Непосредственный уход за больными требует медицинских знаний и осуществляется подготовленными медицинскими сестрами.

Существуют две основные системы обслуживания больных - двухступенная и трехступенная.

При трехступенной системе больного обслуживают лечащий врач, медицинская сестра и санитарка. При этом обязанности сестры ограничиваются измерением температуры и выполнением назначений врача, весь же фактический уход за больным (туалет больного, одевание, смена белья, кормление и пр.) осуществляется санитаркой. Такое обслуживание часто не соответствует необходимым медицинским требованиям, т.к. все эти элементы ухода за больным требуют специальной подготовки и соответствующей квалификации, которые может обеспечить только сестринский уход.

При двухступенной системе врач и сестра образуют единое звено, которое проводит весь комплекс лечебных мероприятий. Сестра участвует в обходах, наблюдает за больными, кормит тяжелобольных, принимает и передает смену у койки больного, т.е. обеспечивает весь уход за больным. Врач сам проводит манипуляции, которые требуют его компетенции, дает подробные указания об изменениях в режиме и лечении. Функции санитарки ограничиваются только уборкой помещения, подачей судна и помощью сестре в уходе за больным.

При двухступенной системе обслуживания больных должности палатных медсестер в терапевтическом отделении устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост на 18 коек, а при трехступенной системе - на 25 коек.

В последние годы широкое распространение в стационарах получила бригадная форма организации труда медицинского персонала, прежде всего, в целях медицинского ухода.

Возможен график, при котором одни медицинские сестры работают только в утренние и дневные смены, другие - в ночные, пользуясь после ночных дежурств двумя выходными днями. Однако не допускается длительная работа в ночной смене, так как отрыв от общения с врачами не способствует лучшей организации ухода за больными, ежедневно общаясь с врачами, медицинские сестры знают состояние больных, получают указания врачей в случаях, требующих индивидуального ухода.

## **8. Роль сестринского персонала в организации деятельности медицинской организации.**

*Старшая медицинская сестра* отделения назначается из числа наиболее опытных и квалифицированных медицинских сестер. Она помогает заведующему отделением в организации работы медицинских сестер и младшего медицинского персонала, в решении административно-хозяйственных вопросов, в ведении учета и отчетности; она составляет графики работы среднего и младшего медицинского персонала, обеспечивает внедрение рациональных форм и методов их работы, наблюдает за санитарным состоянием отделения и больных, ведает снабжением отделения медикаментами и организацией питания больных.

В крупных отделениях имеются подчиненные старшей медицинской сестре сестры-хозяйки, непосредственно отвечающие за хозяйственное состояние отделения. В хирургических отделениях выделяются *старшие операционные медицинские сестры*.

В областных, городских и центральных районных больницах с 1963 г. введена должность главной медицинской сестры больницы, которая является непосредственной помощницей главного врача и его заместителя по медицинской части. Она организует, координирует и контролирует работу среднего и младшего медицинского персонала, с помощью врачей больницы организует мероприятия по повышению их квалификации. Главная медицинская сестра возглавляет совет медицинских сестер больницы.

Главная медицинская сестра обеспечивает осуществление (проведение) мероприятий по рациональной организации труда среднего медицинского и младшего медицинского персонала учреждений здравоохранения.

Назначается и освобождается от должности главным врачом учреждения здравоохранения.

Непосредственно подчиняется главному врачу, а по вопросам организации лечения больных, контроля качества оказания медицинской помощи, обеспечения лечебного процесса - заместителю главного врача по лечебной работе.

Принимает активное участие (обязательно визирует приказы) в приеме на работу работников из числа среднего и младшего медицинского персонала учреждения, организует и обеспечивает контроль за работой среднего медицинского персонала в части выполнения им назначений врача, расходования и хранения медикаментов, особенно наркотиков, сильнодействующих и других материалов.

При отсутствии в штате помощника эпидемиолога осуществляет контроль за соблюдением требований санитарно-противоэпидемического режима.

Обязательно является членом аттестационной комиссии учреждения по присвоению разрядов в соответствии с ЕТС среднему, младшему и фармацевтическому персоналу.

Руководит Советом медицинских сестер.

Проводит работу по подготовке резерва младших медицинских сестер и сестер-хозяйек.

Организует курсовую подготовку младших медицинских сестер по уходу за больными без отрыва от работы по утвержденной программе, в разработке которой главная медицинская сестра принимает активное участие. Вносит предложения по изменению и дополнению должностных инструкций работников из числа среднего и младшего медицинского персонала. Определяет круг работников из числа среднего и младшего медицинского персонала, с которыми, в соответствии с их функциональными обязанностями и должностными инструкциями, заключаются договора о материальной ответственности. Главным врачом согласовываются с главной медицинской сестрой все вопросы расторжения трудовых договоров с работниками из числа среднего и младшего медицинского персонала по инициативе администрации и наложения на них дисциплинарных взысканий.

Отвечает за своевременное направление работников из числа среднего медицинского и фармацевтического персонала учреждения на сертификационные курсы для подтверждения сертификата, т. е. права работать по избранной специальности (занимать определенную должность).

При отсутствии в штате учреждения здравоохранения фармацевта (или больничной аптеки) обеспечивает получение, хранение и распределение в соответствии с заявками старших медицинских сестер структурных подразделений медикаментов, в том числе медикаментов списка «А» являясь материально ответственным лицом в этой части (в этом разделе).

**УТВЕРЖДЕНО Приказом Минздрава России от 13.09.2002 № 288**

### **ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТА ПО УПРАВЛЕНИЮ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ**

1. Профессиональную деятельность в качестве специалиста по управлению сестринской деятельностью могут осуществлять лица, получившие высшее профессиональное образование по специальности 040600 - Сестринское дело и сертификат по специальности «Управление сестринской деятельностью».

3. Специалист по управлению сестринской деятельностью:

3.1. Обеспечивает управление средним и младшим медицинским персоналом в учреждении здравоохранения.

3.2. Разрабатывает управленческие решения по повышению эффективности деятельности сестринской службы и обеспечение их реализации.

3.3. Анализирует работу среднего и младшего медицинского персонала, оценивает потенциальные возможности развития сестринской службы учреждения.

3.4. Внедряет в практику новые организационные формы и ресурсосберегающие технологии деятельности сестринского персонала.

3.5. Разрабатывает стратегию и осуществляет программы непрерывного профессионального образования и повышения квалификации среднего и младшего медицинского персонала учреждения.

3.6. Обеспечивает в учреждении благоприятные и безопасные условия для лечения и реабилитации пациентов, путем улучшения качества и усиления профилактической направленности деятельности сестринского персонала.

3.7. Организует и обеспечивает квалифицированный уход за пациентами с использованием методологии сестринского процесса, оказывать доврачебную помощь при неотложных состояниях.

3.8. Осуществляет социально-психологическое регулирование в трудовом коллективе, содействует созданию деловой, творческой обстановки и поддержки инициативы сотрудников.

3.11. Принимает решения в пределах своей компетенции, в том числе:

- вносит предложения руководству по совершенствованию организации и контроля за качеством медицинской помощи в учреждении;

- отдает распоряжения и указания подчиненным сотрудникам и контролирует их выполнение;

- инициирует меры общественного воздействия или рекомендует руководителю учреждения иные меры воздействия за нарушения в работе среднего и младшего медицинского персонала;

- ходатайствует перед администрацией о вынесении морального и (или) материального поощрения среднему и младшему медицинскому персоналу.

3.12. Осуществляет подбор кандидатов на должности медсестер-руководителей на основе современных подходов к формированию персонала учреждения и в соответствии с действующим законодательством.

3.13. Вносит предложения о дополнении и изменении функциональных обязанностей сестринского персонала в соответствии с коллективным договором и законодательством .

3.14. Внедряет современные формы и методы обучения и повышения квалификации среднего и младшего медицинского персонала на рабочих местах без отрыва от производства.

3.15. Участвует в работе медицинских ассоциаций и иных общественных организаций с целью продвижения идей и реализации программ развития сестринского дела.

#### **Рекомендуемая литература**

А) Основная литература:

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, - М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 528 с.

2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).

3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).

Б) Дополнительная литература:

4. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение / Санкт-Петербург, ООО «Издательство «Петрополис», - 2000. – 914 с. (библиотека кафедры).

В) Учебно-методические пособия, рекомендации и т.д., изданные кафедрой:

5. Общественное здоровье и здравоохранение (Методические указания по выполнению контрольных работ) / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Е.А. Захарова, Е.А. Валах. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2006. - 92 с. (научная библиотека)
6. Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В. Общественное здоровье и здравоохранение. Курс лекций. / Учебное пособие. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 220 с. (библиотека кафедры).
7. Организация медицинской помощи населению (Методические указания по выполнению контрольных работ по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение») / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Н.А. Жихарева. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 138 с. (научная библиотека).

## ЛЕКЦИЯ 11

### ОРГАНИЗАЦИЯ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Цель:** получение знаний об организации скорой и неотложной медицинской помощи в современных условиях.

#### Основные вопросы лекции

1. Основы организации оказания скорой медицинской помощи. Станция скорой медицинской помощи.
2. Специализированная скорая медицинская помощь.
3. Больница скорой медицинской помощи.
4. Организация неотложной помощи.

#### Содержание

##### 1. Основы оказания скорой медицинской помощи. Станция скорой медицинской помощи.

Научные основы организации скорой медицинской помощи базируются на территориальном принципе обслуживания населения и единстве своевременности и непрерывности лечебных мероприятий на догоспитальном и госпитальном этапе.

Комплексный подход к проблеме улучшения качества управления службой скорой помощи включает автоматизированное управление всех структурных подразделений системы: оперативно-диспетчерской, распределение машин в соответствии с их специализацией, местом нахождения и потоком заявок (вызовов), управление коечным фондом, контроль и прогнозирование хода лечебного процесса, контроль за выполнением предписаний врача и т. п.

Автоматизация процессов управления службы скорой помощи направлена на повышение качества экстренной медицинской помощи, экономию трудовых затрат и эффективность деятельности службы.

Совершенствование службы скорой помощи касается и отработки единого подхода к организации, планированию и дальнейшему развитию сети учреждений системы. При этом учитывается комплекс факторов, в первую очередь социально-экономических - системы населения, связанной с величиной населенного места, его типом по административному и функциональному назначению; территориальной близости; взаимосвязей населения, транспортной доступности и т. д.

Особое внимание уделяется совершенствованию службы скорой и неотложной помощи в сельской местности, организации в областных, краевых и республиканских больницах дистанционно-диагностических кабинетов, центров.

Порядок оказания скорой медицинской помощи утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 01.11.04 №179.

Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях), осуществляется безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности, медицинскими работниками, а также лицами, обязанными ее оказывать в виде первой помощи по закону или по специальному правилу.

Скорая медицинская помощь оказывается в соответствии со стандартами медицинской помощи.

Скорая медицинская помощь гражданам РФ и иным лицам, находящимся на ее территории, оказывается бесплатно.

Станция скорой медицинской помощи является ЛПУ, оказывающим круглосуточную скорую медицинскую помощь как заболевшим и пострадавшим и находящимся вне ЛПУ, так и в пути следования в ЛПУ, при состояниях, угрожающих здоровью или жизни граждан, вызванных внезапными заболеваниями, обострением хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности, а также при родах и других состояниях и заболеваниях.

Станция скорой медицинской помощи создается в городах с населением свыше 50 тыс. человек как самостоятельное ЛПУ и функционирует в режиме круглосуточной работы.

Основными функциями станции скорой медицинской помощи являются:

- круглосуточное оказание своевременной и качественной медицинской помощи, в соответствии со стандартами медицинской помощи, заболевшим и пострадавшим, находящимся вне лечебно-профилактических учреждений, при катастрофах и стихийных бедствиях;
- осуществление своевременной транспортировки (а также перевозки по заявке медицинских работников) больных, в том числе инфекционных, пострадавших и рожениц, нуждающихся в экстренной стационарной помощи;
- оказание медицинской помощи больным и пострадавшим, обратившимся за помощью непосредственно на станцию скорой медицинской помощи в кабинете для приема амбулаторных больных;
- извещение муниципальных органов управления здравоохранением обо всех чрезвычайных ситуациях и несчастных случаях в зоне обслуживания станции скорой медицинской помощи;
- обеспечение равномерного комплектования выездных бригад скорой медицинской помощи медицинским персоналом по всем сменам и полное обеспечение их согласно примерному перечню оснащения выездной бригады скорой медицинской помощи.

В составе станции скорой медицинской помощи должны быть предусмотрены: оперативный отдел (диспетчерская) (для приема вызовов), отдел связи (для осуществления взаимодействия между станцией и выездными бригадами скорой медицинской помощи), отделение медицинской статистики с архивом, кабинет для приема амбулаторных больных, помещение для хранения медицинского оснащения бригад скорой медицинской помощи и подготовки к работе медицинских укладок, помещение для хранения запаса медикаментов, оборудованное пожарной и охранной сигнализацией, комнаты отдыха для врачей, среднего медицинского персонала, водителей санитарных автомашин, помещение для приема пищи дежурным персоналом, административно-хозяйственные и другие помещения, гараж, крытые стоянки-боксы, огороженная площадка с твердым покрытием для стоянки автомашин, соответствующая по размерам максимальному числу автомашин, работающих одновременно. При необходимости оборудуются вертолетные площадки.

Оперативный отдел (диспетчерская) станции скорой медицинской помощи обеспечивает круглосуточный централизованный прием обращений (вызовов) населения, своевременное направление выездных бригад скорой медицинской помощи, оперативное управление и контроль за их работой, организацию скорой медицинской помощи в зависимости от сложившейся оперативной ситуации. Все рабочие места в оперативном отделе (диспетчерской) должны быть компьютеризированы, оснащены средствами для записи разговоров и автоматическими определителями номеров телефонов. В оперативном отделе (диспетчерской) должна формироваться единая персонифицированная база данных пациентов, обратившихся за оказанием скорой медицинской помощи.

Прием вызовов и передача их выездным бригадам осуществляется фельдшером (медицинской сестрой) по приему и передаче вызовов оперативного отдела (диспетчерской) станции скорой медицинской помощи.

Станция скорой медицинской помощи выдает устные справки при личном обращении населения или по телефону о месте нахождения больных и пострадавших.

Станция скорой медицинской помощи при необходимости выдает справки произвольной формы с указанием даты, времени обращения, диагноза, проведенного обследования, оказанной медицинской помощи.

Для осуществления контрольных выездов на станции скорой медицинской помощи с числом вызовов свыше 75 тыс. в год выделяется дополнительно одна автомашина без специального оборудования. На станциях с числом выездов свыше 500 тыс. в год для этой цели выделяются дополнительно две легковые автомашины на каждые 500 тыс. вызовов.

Санитарный автотранспорт станции скорой медицинской помощи должен систематически подвергаться дезинфекционной обработке, а в случаях, когда транспортом станции скорой медицинской помощи перевезен инфекционный больной, автомашина подлежит обязательной дезинфекции в установленном порядке.

В городах с населением более 100 тыс. человек, с учетом протяженности населенного пункта и рельефа местности, организуются подстанции скорой медицинской помощи как структурное подразделение станций.

Подстанции скорой медицинской помощи организуются с расчетом 20-минутной транспортной доступности. Зоны обслуживания подстанций устанавливаются с учетом численности, плотности, особенностей застройки, насыщенности района промышленными предприятиями, состояния транспортных магистралей, интенсивности движения. Границы зоны обслуживания являются условными, так как выездные бригады подстанции могут быть направлены при необходимости в зоны деятельности других подстанций.

В населенных пунктах с численностью жителей до 50 тыс. в составе городских, центральных районных и других больниц могут организовываться отделения скорой медицинской помощи, являющиеся структурными подразделениями указанных ЛПУ.

Основной функциональной единицей станции (подстанции), отделения скорой медицинской помощи является выездная бригада скорой медицинской помощи, в том числе фельдшерская, врачебная, педиатрическая, интенсивной терапии и другие специализированные бригады.

Расчет планового числа выездных бригад скорой медицинской помощи по муниципальному образованию осуществляется с учетом прогнозируемой численности населения, показаний для оказания скорой медицинской помощи, средней нагрузки на одну бригаду в сутки и обеспечения круглосуточной посменной работы.

Выездные бригады скорой медицинской помощи подразделяются на фельдшерские и врачебные.

Фельдшерская выездная бригада скорой медицинской помощи включает в свой состав двух фельдшеров, санитаря и водителя и оказывает медицинскую помощь в соответствии со стандартами скорой медицинской помощи.

Врачебная выездная бригада скорой медицинской помощи включает в свой состав одного врача, двух фельдшеров (либо фельдшера и медицинскую сестру-анестезиста), санитаря и водителя и оказывает медицинскую помощь в соответствии со стандартами скорой медицинской помощи.

Специализированная выездная бригада скорой медицинской помощи включает в свой состав одного врача (соответствующего профиля), двух средних медицинских работников (соответствующего профиля), санитаря и водителя и оказывает медицинскую помощь в соответствии со стандартами скорой медицинской помощи.

Акушерская выездная бригада скорой медицинской помощи включает в свой состав одну акушерку, санитаря и водителя и оказывает медицинскую помощь в соответствии со стандартами скорой медицинской помощи.

Выездная бригада санитарного транспорта включает в свой состав одного фельдшера, санитаря и водителя. Выездная бригада скорой медицинской помощи работает по графику. В свободное от вызовов время персонал выездной бригады скорой медицинской помощи обязан находиться в помещении станции (подстанции), отделения скорой медицинской помощи.

Выездные бригады скорой медицинской помощи должны быть укомплектованы в соответствии с Примерным перечнем оснащения выездной бригады скорой медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения РФ.

Выездная бригада скорой медицинской помощи осуществляет:

- немедленный выезд и прибытие к пациенту (на место происшествия) в пределах норматива времени, установленного для данной административной территории;
- установление диагноза, осуществление мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению состояния пациента и, при наличии медицинских показаний, транспорти-

ровку его в лечебно-профилактическое учреждение;

- передачу пациента и соответствующей медицинской документации дежурному врачу (фельдшеру) стационара лечебно-профилактического учреждения;
- обеспечение сортировки больных (пострадавших) и установление последовательности оказания медицинской помощи при массовых заболеваниях, отравлениях, травмах и других чрезвычайных ситуациях;
- обеспечение и проведение необходимых санитарно-гигиенических и противоэпидемиологических мероприятий в установленном порядке.

Пострадавшие (больные), доставленные выездными бригадами станции скорой медицинской помощи, должны быть безотлагательно переданы дежурному персоналу приемного отделения, лечебно-профилактического учреждения с отметкой в "Карте вызова" времени их поступления.

При обнаружении трупа умершего (погибшего) выездная бригада скорой медицинской помощи обязана сообщить об этом в территориальный орган внутренних дел и зафиксировать в "Карте вызова" все необходимые сведения. Эвакуация трупа машиной скорой медицинской помощи не допускается.

В случае смерти в салоне санитарного автомобиля выездная бригада скорой медицинской помощи обязана сообщить фельдшеру по приему и передаче вызовов оперативного отдела (диспетчерской) и получить согласие на доставку трупа в учреждение судебно-медицинской экспертизы.

## **2. Специализированная скорая медицинская помощь.**

Обеспечение мероприятий по оказанию специализированно (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи по медицинским показаниям осуществляется лечебно-профилактическими учреждениями субъекта РФ.

В лечебно-профилактическом учреждении, на которое возложены по решению органов исполнительной власти субъектов РФ в области здравоохранения функции обеспечения специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощью, организуется круглосуточная диспетчерская (фельдшерская или сестринская) служба по приему и регистрации вызовов из районов субъекта РФ, осуществляется постоянная связь с командованием отряда санитарной авиации, врачам-консультантам, вылетевшими (выехавшими) по заданию в район субъекта РФ для оказания экстренной помощи населению.

Лечебно-профилактическое учреждение, осуществляющее оказание специализированной скорой медицинской помощи, обеспечивается средствами санитарной авиации и наземного автотранспорта.

Лечебно-профилактическое учреждение, осуществляющее оказание специализированной скорой медицинской помощи, комплектуется бригады специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи из наиболее опытных, квалифицированных врачей-специалистов, врачей-консультантов, в том числе работников медицинских образовательных учреждений и научно-исследовательских институтов. Списки врачей-консультантов согласуются руководителями лечебно-профилактических учреждений и утверждаются органом управления здравоохранением субъекта РФ.

Оказание специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи осуществляется в порядке и на условиях предусмотренных для деятельности станций скорой медицинской помощи, с учетом специфических особенностей специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи.

## **3. Больница скорой медицинской помощи.**

Целесообразной организационно-функциональной формой скорой медицинской помощи является станция скорой помощи, объединенная с больницей скорой помощи. Это лечебно-профилактическое учреждение объединяет догоспитальный и госпитальный этап скорой помощи. Основными задачами больницы скорой помощи, помимо тех, которые стоят



перед любым стационарным лечебно-профилактическим учреждением, являются:

- оказание реанимационной помощи и интенсивной терапии;
- экспресс-диагностика;
- выведение из тяжелого состояния больного с нарушением жизненно-важных функций;
- руководство экстренной стационарной помощью населению определенной территории.

Для осуществления руководства экстренной стационарной помощью в структуре больницы скорой медицинской помощи имеется организационно-методический отдел (кабинет) который не только анализирует деятельность и объем экстренной медицинской помощи, ее качество и эффективность, но и обеспечивает консультативной помощью лечебно-профилактические учреждения города по вопросам скорой медицинской помощи, а также организует систему повышения квалификации медицинского персонала службы.

Одним из важнейших структурных подразделений больницы скорой медицинской помощи является отделение реанимации и интенсивной терапии. Кроме того, особую роль играет функционально-организационная структура приемного отделения, где работает круглосуточно бригада врачей. В больнице скорой медицинской помощи больные или пострадавшие, находящиеся в состоянии, угрожаемом жизни, минуя приемное отделение, могут поступать непосредственно в реанимационное или специализированное отделение, где функционируют блоки интенсивной терапии.

Приемное отделение больницы скорой медицинской помощи должно располагать обменным фондом каталок, носилок, шин и др. Наличие запасных стандартных комплектов транспортных шин позволяет производить их обмен с бригадой скорой помощи без нарушения иммобилизации до определенного срока.

От четкой сортировки больных в приемном отделении зависит успех лечения и исход. Наблюдение за больными с неуточненным диагнозом может быть продолжено в палатах диагностического отделения, которое является структурным элементом приемного отделения больницы скорой помощи. Диагностические отделения создаются в больницах, имеющих мощность не менее 500 коек, из расчета 2 -3 койки на каждые 100 больничные койки, и 1 -2 койки в больнице мощностью менее 500 коек.

Структура коечного фонда больницы скорой медицинской помощи определяется в соответствии с нормативами потребности населения в экстренной госпитализации, а также в зависимости от местных условий. Она не может быть однотипной и зависит в первую очередь от уровня развития тех или иных видов специализированной помощи в конкретном городе. Наиболее типичными отделениями для больниц скорой медицинской помощи являются отделения неотложной хирургии и терапии, кардиологическое, травматологическое, нейрохирургическое, ожоговое, токсикологическое и др.

Узкая специализация коечного фонда больницы скорой медицинской помощи проводится с учетом использования отделений широкого профиля и в комплексе с ними. На базе этих больниц создаются общегородские специализированные центры по оказанию экстренной помощи.

Больницы скорой медицинской помощи с отделениями и центрами реанимации строят по типовым проектам либо реорганизуют крупные многопрофильные больницы.

#### **4. Организация неотложной помощи.**

**Неотложная помощь** - это система экстренной медицинской помощи, оказываемой больным при внезапных острых и обострении хронических заболеваний в местах проживания (на дому, в общежитиях, гостиницах и т. д.).

Она оказывается специальными бригадами, работающими в отделении неотложной помощи территориальной поликлиники. Существуют отдельные системы оказания неотложной помощи взрослым и детям.

Задачи неотложной помощи:

- оказание экстренной медицинской помощи (в т.ч. реанимационных мероприятий);
  - вызов по показаниям скорой помощи;
  - госпитализация, которая осуществляется через диспетчерскую службу скорой помощи, транспортировка больных может проводиться непосредственно бригадой неотложной помощи, скорой помощью, санитарным транспортом;
  - обеспечение преемственности с поликлиникой (заведующий отделением неотложной помощи на утреннем совещании докладывает о случаях оказания неотложной помощи или непосредственно информирует заведующего терапевтическим отделением);
  - обеспечение взаимосвязи с учреждениями Роспотребнадзора;
  - оказание неотложной помощи больным, непосредственно обратившимся в поликлинику;
  - обеспечение работы стационара на дому (если таковой имеется).
- Оснащенность бригад неотложной помощи соответствует таковой для бригад скорой помощи.

Для улучшения работы неотложной помощи, совершенствования тактики ведения больных с разной патологией, совершенствования организационно-методического руководства организуется Координационный совет по неотложной помощи (при Комитете по здравоохранению или городском отделе здравоохранения).

#### **Рекомендованная литература**

##### **А) Основная литература:**

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, - М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 528 с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).

##### **Б) Дополнительная литература:**

4. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение / Санкт-Петербург, ООО «Издательство «Петрополис», - 2000. – 914 с. (библиотека кафедры).

##### **В) Учебно-методические пособия, рекомендации и т.д., изданные кафедрой:**

5. Общественное здоровье и здравоохранение (Методические указания по выполнению контрольных работ) / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Е.А. Захарова, Е.А. Валах. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2006. - 92 с. (научная библиотека)
6. Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В. Общественное здоровье и здравоохранение. Курс лекций. / Учебное пособие. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 220 с. (библиотека кафедры).
7. Организация медицинской помощи населению (Методические указания по выполнению контрольных работ по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение») / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Н.А. Жихарева. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 138 с. (научная библиотека).

## ЛЕКЦИЯ 12

### ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

**Цель:** получение современных знаний об основных типах акушерско-гинекологических учреждений и принципах организации их работы.

#### Основные вопросы лекции.

1. Организация амбулаторно-поликлинической акушерско-гинекологической помощи. Женская консультация.

2. Организация лечебно-профилактической помощи беременным.

3. Организация стационарной акушерско-гинекологической помощи. Родильный дом.

#### Содержание

#### 1. Организация амбулаторно-поликлинической акушерско-гинекологической помощи.

Акушерско-гинекологическая помощь оказывается женщинам в специальных учреждениях амбулаторного, стационарного типа или в специальных отделениях многопрофильных больниц и поликлиник.

Основными учреждениями амбулаторного типа являются женские консультации (самостоятельные или входящие в состав родильных домов, поликлиник, МСЧ), гинекологические кабинеты; консультативно-диагностические поликлиники НИИ акушерства и гинекологии, охраны материнства и детства. В сельской местности этот вид помощи оказывается фельдшерско-акушерским пунктом, гинекологическими кабинетами или женскими консультациями районных, центральных районных и областных больниц.

В оказании амбулаторно-поликлинической акушерско-гинекологической помощи ведущая роль принадлежит женской консультации.

Положение об организации деятельности женской консультации утверждено приказом Минздравсоцразвития России от 30.03.06 № 223.

Структура и штатная численность медицинского и иного персонала женской консультации утверждается руководителем лечебно-профилактического учреждения в зависимости от объема проводимой работы.

В целях оказания квалифицированной первичной медико-санитарной акушерско-гинекологической помощи женщинам, услуг по охране репродуктивного здоровья, профилактике аборт, а также по профилактике, диагностике и лечению гинекологических заболеваний женская консультация осуществляет следующие функции:

- диспансерное наблюдение беременных, в т. ч. выделение женщин «групп риска» в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;
- выявление, установление медицинских показаний и направление беременных женщин, родильниц, женщин с гинекологическими заболеваниями на стационарное лечение в учреждения здравоохранения субъектов РФ и учреждения государственной системы здравоохранения для получения специализированных (дорогостоящих) видов медицинской помощи;
- проведение физической и психопрофилактической подготовки беременных к родам, в т.ч. подготовка семьи к рождению ребенка;
- проведение патронажа беременных и родильниц; консультирование и оказание услуг по вопросам охраны репродуктивного здоровья, применение современных методов профилактики абортов согласно установленным стандартам и подготовки к беременности и родам;
- организация и проведение профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний;
- обследование и лечение беременных и гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий, в т.ч. в условиях дневного стационара и на дому (стационар на дому); диспансеризация гинекологических больных в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, включая реабилитацию;
- установление медицинских показаний и направление на санаторно-курортное лечение

беременных женщин и женщин с гинекологическими заболеваниями;

- осуществление прерывания беременности в ранние сроки (при задержке менструации не более 20 дней), а также выполнение малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий (гистероскопия, лазеро-, криотерапия и т. д.);
- обеспечение взаимодействия в обследовании и лечении беременных, родильниц, гинекологических больных между женской консультацией и другими лечебно-профилактическими учреждениями (кожно-венерологическим, онкологическим, психоневрологическим, наркологическим, противотуберкулезным диспансерами и т.д.), территориальным фондом ОМС, страховыми компаниями, региональным отделением Фонда социального страхования РФ;
- проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам вне-, в период беременности, послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности по беременности, родам, в связи с гинекологическими заболеваниями, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, направление в установленном порядке на медико-социальную экспертизу женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности;
- оказание медико-социальной, правовой и психологической помощи; повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала в соответствии с действующим законодательством РФ;
- внедрение в практику современных диагностических и лечебных технологий, новых организационных форм работы, средств профилактики и реабилитации больных;
- выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий для обеспечения безопасности пациентов и персонала, предотвращения распространения инфекций;
- проведение мероприятий в области информирования и повышения санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни, сохранения репродуктивного здоровья женщин, профилактики аборт, а также инфекций, передаваемых половым путем, в т.ч. ВИЧ-инфекции;
- проведение анализа показателей работы женской консультации, эффективности и качества медицинской помощи, разработка предложений по улучшению качества акушерско-гинекологической помощи.

Рекомендуемая структура женской консультации:

- а) регистратура;
- б) кабинет врача акушера-гинеколога;
- в) кабинеты специализированных приемов:
  - планирования семьи;
  - невынашивания беременности;
  - гинекологической эндокринологии;
  - патологии шейки матки;
  - бесплодия (репродуктивного здоровья);
  - гинекологии детского и подросткового возраста; функциональной и пренатальной диагностики;
- г) кабинеты специалистов:
  - терапевта;
  - стоматолога (зубного врача);
  - психотерапевта (медицинского психолога);
  - юриста;
  - социального работника;
  - лечебной физкультуры;

- физиотерапевтических методов лечения;
- психопрофилактической подготовки беременных к родам;
- д) другие подразделения:
- малая операционная;
- клинико-диагностическая лаборатория;
- дневной стационар;
- стационар на дому;
- процедурный кабинет;
- стерилизационная.

Женская консультация осуществляет свою работу по участковому принципу, предусматривающему оказание профилактической, лечебной акушерско-гинекологической помощи в женской консультации, патронаж и лечебную помощь на дому.

Наиболее рациональным режимом работы городских женских консультаций следует считать с 8 до 20 часов; по субботам - с 9 до 18 часов.

Регистратуры консультации должна иметь наглядную информацию:

- расписание приемов акушеров-гинекологов с указанием улиц и домов, составляющих каждый участок;
- расписание приемов врачей других специальностей;
- расписание работы лечебных и диагностических кабинетов, включая субботние и воскресные дни.

Регистратура обеспечивает запись на прием к врачу в день обращения или другие дни недели при личном посещении или по телефону. Женщина может сама записаться на прием к врачу в удобное для нее время (журнал для самозаписи). Акушерка в соответствии с этими записями подбирает медицинскую документацию к приему. В тех случаях, когда беременные или гинекологические больные по состоянию здоровья не могут посетить консультацию, им оказывается помощь на дому; как правило, в день вызова в рабочие часы, а при необходимости - срочно.

Назначенные на приеме лечебные процедуры, диагностические исследования могут быть проведены в самой консультации, территориальной поликлинике или специализированном учреждении. При необходимости средний медицинский персонал выполняет назначения на дому.

Должности акушеров-гинекологов устанавливают для оказания амбулаторно-поликлинической помощи всему населению по месту жительства и работы (учебы), в том числе для обеспечения диспансеризации - на 6000 человек взрослого населения, а при наличии в его составе свыше 55% женщин - 1 должность на 3300 женщин старше 15 лет. Медицинскую помощь на акушерском участке оказывают 1 акушер-гинеколог и 1 акушерка (прием от 7000 до 8000 посещений здоровых женщин, беременных и гинекологических больных в год).

Порядок осуществления деятельности врача акушера-гинеколога женской консультации утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 30.03.06 № 223.

Врач акушер-гинеколог:

- осуществляет диспансерное наблюдение за беременными (в т. ч. патронаж беременных и родильниц), формирует группы «высокого акушерского и перинатального риска» в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;
- проводит физическую и психопрофилактическую подготовку беременных к родам, в т.ч. подготовку семьи к рождению ребенка;
- организует и проводит профилактические мероприятия по выявлению, предупреждению и снижению гинекологических и онкологических заболеваний, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, в т.ч. передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку;
- проводит комплекс мероприятий по диспансеризации женского населения участка в

соответствии с перечнем нозологических форм, подлежащих диспансерному наблюдению, анализ эффективности и качества диспансеризации; организует экстренную медицинскую помощь беременным, родильницам и гинекологическим больным, независимо от их места жительства, в случае их непосредственного обращения в женскую консультацию при возникновении острых состояний;

- организует в случаях необходимости консультирование беременных женщин и гинекологических больных главным врачом (заведующим женской консультацией), врачами других специальностей женской консультации и других лечебно-профилактических учреждений;
- определяет медицинские показания и направляет на своевременную госпитализацию беременных, родильниц и гинекологических больных в лечебно-профилактические учреждения, в т.ч. в учреждения здравоохранения субъектов РФ и в государственные учреждения здравоохранения для получения специализированных и высокотехнологичных видов медицинской помощи;
- осуществляет наблюдение за пациенткой на всех этапах оказания медицинской помощи;
- дает заключение по медицинским показаниям о необходимости направления беременных, женщин с гинекологическими заболеваниями на санаторно-курортное лечение;
- проводит клинико-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи женщинам вне-, в период беременности, в послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий;
- осуществляет санитарно-гигиеническое образование среди прикрепленного женского населения по вопросам охраны репродуктивного здоровья, профилактики абортов;
- организует и проводит мероприятия по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима, руководствуясь санитарными нормами и правилами;
- взаимодействует с государственными учреждениями здравоохранения, учреждениями здравоохранения субъектов РФ и муниципальными учреждениями здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями и региональными отделениями Фонда социального страхования РФ;
- содействует обеспечению правовой помощи беременным, родильницам и гинекологическим больным;
- организует совместно с органами социальной защиты медико-социальную помощь для социально незащищенных групп населения: беременных и кормящих матерей;
- организует деятельность среднего и младшего медицинского персонала женской консультации;
- ведет учетно-отчетную статистическую документацию своей деятельности и представляет отчетность в соответствии с установленным порядком.

## **2. Организация лечебно-профилактической помощи беременным.**

Обеспечение благоприятного исхода для матери и плода, профилактики заболеваний новорожденного требует надлежащей организации медицинской помощи. Сущность профилактики осложнений беременности заключается в том, чтобы создать такую социально-гигиеническую среду, которая обеспечивала беременной возможность сохранения ее здоровья и благоприятного развития плода. Эффективность активно проводимых в консультации мероприятий по охране здоровья беременной и антенатальной охране плода наиболее высока, когда они начинают осуществляться с ранних сроков беременности. Постановка в эти сроки на учет беременной в женской консультации способствует снижению ошибок в определении сроков декретного отпуска, недонашиваемости, мертворождаемости, ранней неонатальной смертности, а также смертности беременных, рожениц и родильниц. Своевременное обращение беременной в женскую консультацию позволяет провести женщине необходимые исследования в полном объеме. Возможности полноценно обследовать женщину снижаются у

врача консультации почти в 2 раза, если она обращается впервые в женскую консультацию после 28 недель беременности.

Главным принципом диспансеризации беременных является дифференцированное их обслуживание, включающее медицинское наблюдение за состоянием здоровья, течением беременности, развитием плода и оказание профилактической и лечебной помощи как матери, так и "внутриутробному пациенту". В осуществлении этих мероприятий, проводимых акушером-гинекологом женской консультации, предусматривается активное участие терапевта, а при необходимости - и врачей других специальностей. Важнейшей задачей, начиная с первых клинических обследований беременных, является их дифференциация, прежде всего, по группам риска перинатальной патологии, принадлежность к которым определяет дальнейшую тактику врача в отношении каждой беременной в отдельности.

Положение об организации проведения диспансеризации беременных женщин и родильниц утверждено приказом Минздравсоцразвития России от 30.03.06 №224.

Диспансерное наблюдение беременных женщин и родильниц проводится врачами акушерами-гинекологами женских консультаций и акушерско-гинекологических кабинетов лечебно-профилактических учреждений и включает:

- осмотр с проведением необходимого объема клинико-лабораторных и инструментальных исследований;
- оценку состояния здоровья, осуществление динамического наблюдения;
- своевременное выявление осложнений беременности и послеродового периода;
- выявление беременных женщин и родильниц, нуждающихся в госпитализации в дневные стационары, отделения патологии беременности родовспомогательных учреждений и другие подразделения лечебно-профилактических учреждений по профилю акушерской и экстрагенитальной патологии;
- своевременное выявление пороков развития плода с использованием биохимического скрининга сывороточных маркеров крови матери в первом или втором триместрах беременности и трехкратного ультразвукового обследования в установленные сроки беременности; патронаж беременных и родильниц;
- проведение физической и психопрофилактической подготовки беременных женщин к родам, формирование мотивации у беременной женщины и семьи к рождению и воспитанию здорового ребенка;
- осуществление санитарно-гигиенического образования беременных женщин по вопросам грудного вскармливания, профилактике абортов и заболеваний репродуктивной системы;
- проведение комплекса необходимых лечебно-профилактических, реабилитационных и социальных мероприятий для сохранения и восстановления здоровья беременных женщин и родильниц;
- обеспечение взаимодействия женской консультации (акушерско-гинекологических кабинетов) с другими лечебно-профилактическими учреждениями (амбулаторно-поликлиническими учреждениями, кожно-венерологическими, наркологическими, противотуберкулезными диспансерами, центрами по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями и т.д.) при проведении обследования и лечения беременных женщин и родильниц.

При физиологическом течении беременности осмотры проводятся врачом акушером-гинекологом не менее десяти раз, врачом-терапевтом - не менее двух раз, врачом-окулистом, врачом-отоларингологом, врачом-стоматологом - при первичном обращении.

Частота лабораторных и других диагностических исследований устанавливается в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.03 №50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях».

При осложненном течении беременности число осмотров врачом акушером-гинекологом и другими врачами-специалистами, объем лабораторных исследований опреде-

ляются с учетом состояния здоровья беременной женщины и плода.

В труднодоступных и отдаленных районах, в сельской местности при отсутствии врача акушера-гинеколога проведение диспансерного наблюдения, патронажа беременных женщин и родильниц может осуществляться врачом общей практики (семейным врачом) в соответствии с требованиями, установленными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.01.05 №84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)».

При наблюдении женщины с физиологическим течением беременности у врача общей практики (семейного врача) посещение беременной женщиной врача акушера-гинеколога осуществляется в сроки, установленные приказом Министерства здравоохранения РФ от 10.02.03 №50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях».

При осложненном течении беременности и послеродового периода врач общей практики (семейный врач) направляет беременных женщин и родильниц к врачам-специалистам (врачу акушеру-гинекологу, врачу-кардиологу и другим).

Снятие с диспансерного учета родильниц при физиологическом течении послеродового периода осуществляется врачом общей практики (семейным врачом).

При наличии акушерской или экстрагенитальной патологии (или остаточных явлений после нее) решение вопроса о снятии с диспансерного учета родильниц осуществляется врачом акушером-гинекологом или соответствующим врачом-специалистом.

В женской консультации продолжается наблюдение за женщинами и после родов. Рекомендуется посетить женскую консультацию после выписки из акушерского стационара на 10-12 день, о чем женщину следует предупредить до родов и при выписке из стационара. Если женщина не явилась в указанный срок в консультацию, она подлежит патронажу акушеркой. Патронаж также осуществляется при осложненном течении послеродового периода. Повторно женщина посещает врача перед окончанием декретного отпуска.

### **3. Организация стационарной акушерско-гинекологической помощи.**

Основными учреждениями, оказывающими стационарную акушерско-гинекологическую помощь, являются родильные дома, акушерские и гинекологические отделения областных (республиканских), центральных районных, районных и участковых больниц. Организованы также самостоятельные гинекологические больницы и стационары для госпитализации женщин для проведения аборт.

Положение об организации деятельности родильного дома (отделения) утверждено приказом Минздравсоцразвития России от 27.03.06 №197.

Родильный дом (отделение) предназначен для оказания первичной медико-санитарной акушерско-гинекологической помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, медицинской помощи новорожденным детям и женщинам с заболеваниями репродуктивной системы.

Родильный дом (отделение) осуществляет следующие функции:

- оказание стационарной акушерско-гинекологической помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, медицинской помощи новорожденным детям, а также женщинам с заболеваниями репродуктивной системы;
- профилактику, диагностику и лечение заболеваний репродуктивной системы;
- оказание медицинской помощи в связи с искусственным прерыванием беременности;
- санитарно-гигиеническое обучение женщин вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, аборт и инфекций, передаваемых половым путем;
- установление медицинских показаний и направление женщин и новорожденных детей в учреждения здравоохранения для оказания им специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности, выдачу листков нетрудоспо-



способности женщинам по беременности и родам, родовых сертификатов в установленном порядке, принимает участие в направлении женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности на медико-социальную экспертизу в установленном порядке;

- организацию и обеспечение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в целях предупреждения и снижения заболеваемости внутрибольничными инфекциями женщин, новорожденных детей и персонала;
- проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам и новорожденным детям;
- проведение анализа причин гинекологических заболеваний, акушерских и экстрагенитальных осложнений у женщин, заболеваемости новорожденных детей;
- осуществление статистического мониторинга и анализа причин материнской и перинатальной смертности;
- обеспечение проведения вакцинопрофилактики новорожденных детей и проведения их обследования на наследственные заболевания в установленном порядке;
- организацию питания женщин и новорожденных детей в период их пребывания в родильном доме;
- взаимодействие с женской консультацией, не входящей в его состав, станцией (отделением) скорой медицинской помощи, поликлиникой, детской поликлиникой, а также с другими лечебно-профилактическими учреждениями (противотуберкулезным, кожно-венерологическим, онкологическим диспансерами, центрами по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями и др.);
- ведение учетной и отчетной медицинской документации в установленном порядке, в т.ч. по реализации родового сертификата;
- организацию повышения профессиональной квалификации врачебного и среднего медицинского персонала.

Структура и штатная численность медицинского и иного персонала родильного дома (отделения) утверждается руководителем лечебно-профилактического учреждения в зависимости от объема проводимой работы.

Рекомендуемая структура родильного дома:

- 1). Комната-фильтр.
- 2). Физиологическое родовое отделение, включающее смотровую, предродовые палаты, родовой зал (индивидуальный родовой зал), операционный блок (предоперационная; операционная), материальную, палаты для родильниц, палаты для совместного пребывания матери и ребенка, манипуляционную, процедурный кабинет.
- 3). Отделение анестезиологии и реанимации (палаты интенсивной терапии для женщин, палата (пост) интенсивной терапии и реанимации для беременных и родильниц).
- 4). Обсервационное родовое отделение, включающее смотровую, палаты патологии беременности, предродовую палату, родовой зал (индивидуальный родовой зал), операционный блок (предоперационная, операционная), материальную, палаты для родильниц, палаты для совместного пребывания матери и ребенка, палаты для новорожденных, манипуляционную, процедурный кабинет, изолятор (мельтцеровский бокс).
- 5). Отделение для новорожденных, включающее физиологическое отделение для новорожденных, палату (пост) интенсивной терапии и реанимации новорожденных и кабинет вакцинопрофилактики новорожденных.
- 6). Отделение патологии беременности, включающее палаты для беременных женщин, манипуляционную, процедурный кабинет.
- 7). Гинекологическое отделение.
- 8). Клинико-диагностическая лаборатория.
- 9). Кабинет функциональной диагностики.
- 10). Физиотерапевтический кабинет.
- 11). Рентгеновский кабинет.
- 12). Централизованное стерилизационное отделение.

13). Административно-хозяйственное подразделение со вспомогательными службами: администрация, пищеблок, бухгалтерия, отдел кадров, отдел снабжения, аптека, техническая служба.

#### **Рекомендуемая литература**

##### **А) Основная литература:**

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, - М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 528 с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).

##### **Б) Дополнительная литература:**

4. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение / Санкт-Петербург, ООО «Издательство «Петрополис», - 2000. – 914 с. (библиотека кафедры).

##### **В) Учебно-методические пособия, рекомендации и т.д., изданные кафедрой:**

5. Общественное здоровье и здравоохранение (Методические указания по выполнению контрольных работ) / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Е.А. Захарова, Е.А. Валах. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2006. - 92 с. (научная библиотека)
6. Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В. Общественное здоровье и здравоохранение. Курс лекций. / Учебное пособие. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 220 с. (библиотека кафедры).
7. Организация медицинской помощи населению (Методические указания по выполнению контрольных работ по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение») / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Н.А. Жихарева. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 138 с. (научная библиотека).

## ЛЕКЦИЯ 13

### АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

**Цель:** ознакомление с государственной системой охраны материнства и детства.

**Основные вопросы лекции.**

1. Система охраны материнства и детства.
2. Организация лечебно-профилактической помощи детям.
3. Организация стационарной помощи детям.

**Содержание**

**1. Система охраны материнства и детства.**

Охрана материнства и детства – система мер государственного, муниципального, общественного и частного характера, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и женщин, создание оптимальных условий для выполнения женщиной её важнейшей социальной функции – рождение и воспитание здорового ребенка.

В системе охраны материнства и детства выделяют восемь этапов оказания лечебно-профилактической помощи, последовательное осуществление которых определяет организационное единство этой системы.

I – формирование здоровья девочки как будущей матери, подготовка её к будущему материнству. Необходимым условием эффективной работы на данном этапе является создание службы детской и подростковой гинекологии.

II – лечебно-профилактическая помощь женщине до наступления беременности. На данном этапе высока роль женских консультаций, центров планирования семьи и других учреждений охраны материнства и детства.

III – антенатальная охрана плода. Комплекс мероприятий реализуют женские консультации, отделения патологии беременности родильных домов и перинатальных центров, другие учреждения здравоохранения.

IV – интранатальная охрана плода, сохранение здоровья женщины в период родов. В основе – рациональное ведение родов в учреждениях родовспоможения.

V – охрана здоровья новорожденных и матери в послеродовой период. Медицинская помощь оказывается родильными домами, детскими больницами, детскими поликлиниками. Необходимо обеспечить контроль за правильным вскармливанием ребенка, организацией ухода, физическим развитием.

VI – охрана здоровья ребенка до поступления в школу. Основные мероприятия данного этапа – контроль адаптации к новым условиям, за физическим и нервно-психическим развитием, иммунологическим статусом, рациональным питанием.

VII – охрана здоровья школьника. Медико-педагогический контроль за состоянием здоровья и обучением. Организация и проведение оздоровления, коррекции отклонений в состоянии здоровья.

VIII – охрана здоровья подростка. Организация диспансерного наблюдения, контроля за влиянием факторов риска, подготовка к передаче во «взрослую» сеть.

В рамках подпрограммы «Здоровое поколение» федеральной целевой программы «Дети России» на 2007-2010 годы предусматривается реализация мероприятий по:

- совершенствованию специализированной медицинской помощи, реанимационной и интенсивной терапии беременным женщинам и новорожденным, специализированной медицинской помощи детям;
- оснащению оборудованием реабилитационных центров, отделений восстановительного лечения для детей, лечебно-профилактических учреждений для оказания реанимационной помощи и интенсивной терапии новорожденным детям;
- строительству и реконструкции учреждений родовспоможения и детства;
- разработке методик по совершенствованию технологий диагностики и лечения заболеваний у новорожденных, разработке новых технологий ведения беременных женщин высокой группы риска.

## 2. Организация лечебно-профилактической помощи детям.

Организация лечебно-профилактической помощи детям в России представляет собой государственную систему, обеспечивающую непрерывное медицинское наблюдение за ребенком, начиная с момента его рождения до окончания школы. Система обеспечивает взаимосвязь и преемственность в деятельности основных звеньев оказания профилактической и лечебной помощи детям: поликлиник, больниц, дошкольных учреждений, школ, санаториев и других оздоровительных и воспитательных учреждений.

В охране здоровья детей ведущей является амбулаторно-поликлиническая служба. От качества ее деятельности зависит работа многих профилактических и лечебных учреждений (эффективность использования коечного фонда в стационарах и санаториях и др.).

Порядок организации деятельности детской поликлиники утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 28.04.06 №319.

Детская поликлиника создается для оказания по территориальному принципу первичной медико-санитарной помощи детскому населению.

Детская поликлиника обеспечивает оказание детскому населению первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи врачами-педиатрами участковыми лечебно-профилактического отделения, врачами-специалистами консультативно-диагностического отделения, врачами отделений неотложной медицинской помощи, восстановительного лечения, медико-социальной помощи, а также организацию медицинской помощи детям в образовательных учреждениях.

Структура и штатная численность медицинского и иного персонала детской поликлиники утверждается руководителем лечебно-профилактического учреждения в зависимости от объема проводимой лечебно-профилактической работы.

Детская поликлиника осуществляет:

- диагностику и лечение различных заболеваний и состояний;
- антенатальную охрану плода (патронаж беременных педиатром);
- первичный патронаж новорожденных и детей раннего возраста в установленные сроки;
- оказание первой (доврачебной, врачебной) и неотложной медицинской помощи больным при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях, оказание медицинской помощи детям врачами-специалистами, своевременное направление на госпитализацию;
- установление медицинских показаний и направление детей в лечебно-профилактические учреждения государственной системы здравоохранения для получения специализированных видов медицинской помощи;
- динамическое медицинское наблюдение за ростом и развитием ребенка, в т.ч. физическим и нервно-психическим, за детьми с хронической патологией, детьми-инвалидами, состоящими на диспансерном учете, их своевременное оздоровление, в том числе детей, имеющих право на получение набора социальных услуг;
- профилактические мероприятия по предупреждению и снижению заболеваемости, выявлению ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых заболеваний, в т.ч. гепатитов В и С, ВИЧ-инфекции, выявлению факторов риска заболеваний, инвалидности, смертности;
- проведение профилактических осмотров детей раннего возраста, а также детей в декретированные возрастные сроки, в т.ч. работающих подростков;
- диспансерное наблюдение детей с наследственными заболеваниями, выявленными в результате неонатального скрининга, и патронаж семей, имеющих детей указанной категории;
- оказание консультативной, диагностической, лечебной, медико-социальной помощи детям с острыми и хроническими заболеваниями, детям-инвалидам;
- оказание дополнительной медицинской помощи, в т.ч. обеспечение необходимыми

лекарственными средствами детей, имеющих право на получение набора социальных услуг;

- проведение восстановительного лечения;
- экспертизу временной нетрудоспособности;
- направление детей на медико-социальную экспертизу;
- работу по охране репродуктивного здоровья подростков;
- врачебное консультирование и медицинскую профессиональную ориентацию с учетом состояния здоровья детей;
- медико-социальную подготовку детей к поступлению в образовательные учреждения и контроль за течением адаптации;
- медицинское обеспечение подготовки юношей к военной службе; выполнение профилактической и лечебно-оздоровительной работы в образовательных учреждениях;
- контроль за организацией рационального питания детей раннего возраста, а также детей, воспитывающихся и обучающихся в образовательных учреждениях;
- санитарно-гигиеническое воспитание и образование, проведение работы по формированию здорового образа жизни среди детей, в т. ч. в образовательных учреждениях и семьях;
- врачебный контроль за детьми, занимающимися физической культурой и спортом;
- медицинское обеспечение детей в учреждениях отдыха и оздоровления;
- передачу детей по достижении соответствующего возраста в городскую (районную) поликлинику;
- проведение медицинских осмотров учащихся образовательных учреждений перед началом и в период прохождения практики в организациях, работники которых подлежат предварительным и периодическим медицинским осмотрам;
- выполнение индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов (медицинские аспекты);
- диагностическую и лечебную работу на дому и в амбулаторных условиях;
- обеспечение работы стационара на дому, дневного стационара;
- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, вакцинопрофилактики в установленном порядке;
- оказание медико-социальной и психологической помощи детям и семьям, имеющим детей;
- работу по сохранению и пропаганде грудного вскармливания;
- контроль за выполнением режима, своевременным проведением мероприятий по профилактике алиментарных расстройств, рахита, анемии и других, разработку комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий;
- установление медицинских показаний и направление детей на санаторно-курортное лечение, в т.ч. детей, имеющих право на получение набора социальных услуг;
- внедрение новых профилактических, диагностических и лечебных технологий;
- организационно-методическую работу и планирование деятельности поликлиники;
- анализ работы поликлиники, в т.ч. анализ эффективности диспансерного наблюдения.

Примерная структура детской поликлиники утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 28.04.06 №319 и включает в себя:

1). Руководство поликлиники:

- административно-хозяйственная часть.

2). Информационно-аналитическое отделение:

- регистратура;

- оргметодкабинет (кабинет статистики).

3). Лечебно-профилактическое отделение (педиатрическое):

- кабинеты педиатров участковых;

- кабинет здорового ребенка;

- прививочный кабинет;

- процедурный кабинет.

4). Консультативно-диагностическое отделение:

- кабинеты врачей-специалистов;
- кабинеты функциональной диагностики;
- кабинеты лучевой диагностики.
- лаборатория.

5). Отделение неотложной медицинской помощи.

6). Отделение восстановительного лечения.

7). Отделение медико-социальной помощи.

8). Отделение организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях:

- медицинские кабинеты образовательных учреждений.

9). Дневной стационар.

10). Стационар на дому.

11). Врачебный здравпункт.

12). Фельдшерский здравпункт.

Центральной фигурой в оказании лечебно-профилактической помощи детям является участковый педиатр, деятельность которого направлена на снижение заболеваемости и смертности детей всех возрастов, обеспечение оптимального физического и нервно-психического развития детей.

Положение об организации деятельности врача-педиатра участкового утверждено приказом Минздрава России от 18.01.06 № 28

Врач-педиатр участковый оказывает первичную медико-санитарную помощь контингенту, сформированному преимущественно по территориальному принципу и на основе свободного выбора врача пациентами.

Врач-педиатр участковый:

- формирует врачебный участок из прикрепившегося контингента;
- проводит динамическое медицинское наблюдение за физическим и нервно-психическим развитием детей;
- проводит диагностическую и лечебную работу на дому и в амбулаторных условиях;
- осуществляет работу по охране репродуктивного здоровья подростков;
- проводит первичный патронаж новорожденных и детей раннего возраста в установленные сроки;
- организует и принимает участие в проведении профилактических осмотров детей раннего возраста, а также детей в декретированные возрастные сроки;
- разрабатывает комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий, обеспечивает контроль за выполнением режима, рационального питания, своевременного проведения мероприятий по профилактике у детей алиментарных расстройств, рахита, анемии и других заболеваний;
- обеспечивает своевременное направление детей на консультации к врачам-специалистам, при соответствующих показаниях - на госпитализацию;
- обеспечивает проведение иммунопрофилактики детей; проводит динамическое наблюдение за детьми с хронической патологией, состоящими на диспансерном наблюдении, их своевременное оздоровление и анализ эффективности диспансерного наблюдения;
- обеспечивает подготовку детей к поступлению в образовательные учреждения;
- обеспечивает поступление информации о детях и семьях социального риска в отделение медико-социальной помощи детской поликлиники, органы опеки, попечительства;
- обеспечивает работу стационара на дому;
- обеспечивает выполнение индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов;
- обеспечивает проведение дополнительного лекарственного обеспечения детей, имеющих право на получение набора социальных услуг;
- выдает заключение о необходимости направления детей в санаторно-курортные

учреждения;

- обеспечивает проведение мероприятий по профилактике и раннему выявлению у детей гепатита В и С, ВИЧ-инфекции;
- осуществляет диспансерное наблюдение детей с наследственными заболеваниями, выявленными в результате неонатального скрининга, и патронаж семей, имеющих детей указанной категории;
- своевременно направляет извещения в установленном порядке в территориальные органы Роспотребнадзора о случаях инфекционных заболеваний и поствакцинальных осложнениях;
- обеспечивает медицинскую помощь юношам в период подготовки к военной службе;
- проводит работу по врачебному консультированию и профессиональной ориентации с учетом состояния здоровья детей;
- проводит подготовку медицинской документации по переводу детей по достижении соответствующего возраста в городскую (районную) поликлинику;
- руководит деятельностью среднего медицинского персонала, осуществляющего оказание первичной медико-санитарной помощи;
- ведет медицинскую документацию в установленном порядке, анализируя состояние здоровья прикрепленного контингента к врачебному педиатрическому участку и деятельность врачебного педиатрического участка.

Существенную помощь врачу-педиатру участковому в оказании медицинской помощи детскому населению, особенно профилактической направленности, оказывает участковая медицинская сестра, должности которой устанавливаются из расчета 1,5-2 должности на каждую должность участкового педиатра.

В обязанности участковой медицинской сестры входят:

- профилактическая работа по развитию и воспитанию здорового ребенка;
- оказание медицинской помощи больным детям на дому по назначению врача;
- санитарно-просветительная работа с населением;
- учет работы по установленной форме.

Основным методом работы поликлиник является **диспансерный метод**, социально-гигиеническая цель, которого состоит в сохранении и укреплении здоровья детей, правильном физическом и нервно-психическом развитии, раннем выявлении заболеваний, их лечении и предупреждении обострений.

### **3. Организация стационарной помощи детям.**

В стране развернута широкая сеть лечебно-профилактических учреждений, оказывающих стационарную помощь детям. В структуре коечного фонда преобладают общие педиатрические койки.

По системе организации работы детские стационары могут быть объединенными и необъединенными, по профилю - многопрофильными и специализированными, различной коечной мощности.

Организация работы стационара детской больницы имеет свои особенности. В круг его задач входит:

- оказание детям квалифицированной стационарной лечебной помощи;
- внедрение в практику детского здравоохранения современных методов профилактики, диагностики и лечения;
- развитие и совершенствование организационных форм и методов работы учреждения, повышение качества лечебно-профилактической помощи детям.

Категория и профиль детской больницы определяют ее структуру. В состав любой детской больницы должны входить следующие основные структурные подразделения:

- приемное отделение;
- клинические отделения;

- лечебно-диагностическое отделение или соответствующие кабинеты и лаборатории;
- патологоанатомическое отделение;
- вспомогательные подразделения;
- административно-хозяйственные подразделения и службы.

Штаты стационара детской больницы устанавливаются в соответствии с действующими штатными нормативами.

Больные дети поступают в стационар детской больницы по направлению врачей детских поликлиник и станций скорой помощи.

Приемное отделение стационара детской больницы должно быть боксировано (боксы составляют 3-4% от общего числа коек), снабжено необходимыми медикаментами и средствами первой помощи. При приемном отделении организуются палаты интенсивной терапии и временной изоляции больных.

Отделения (палаты) стационара формируются по возрасту, полу и характеру заболеваний. В зависимости от возраста выделяют палаты: для недоношенных, для новорожденных, для детей грудного возраста, для детей младшего возраста, для детей старшего возраста. По характеру заболеваний отделения могут быть: педиатрические общие, хирургические, инфекционные и др. Наличие специализированных отделений, их профиль определяется, исходя из местных условий и особенностей, на основе рациональной дифференциации коечного фонда. В крупных детских больницах организуются специализированные отделения для новорожденных с неинфекционной, инфекционной, хирургической и неврологической патологией.

Специальные отделения для новорожденных и недоношенных детей обычно входят в состав детских больниц. Организация их работы имеет существенные особенности. Основными задачами этих отделений являются:

- оказание квалифицированной диагностической и лечебной помощи больным доношенным и недоношенным новорожденным, создание оптимальных условий выхаживания детей;
- проведение организационно-методической и повышение квалификации педиатров по вопросам неонатологии;
- анализ смертности и заболеваемости новорожденных в районе обслуживания.

В работе отделений для новорожденных и недоношенных детей детских больниц должна осуществляться тесная взаимосвязь и преемственность с родильными домами и детскими поликлиниками.

Особенностью организации отделений детской больницы является необходимость проведения мероприятий по предупреждению распространения инфекций. К ним относятся разделение каждого отделения больницы на секции, которые при необходимости могут быть разобщены и функционировать самостоятельно. Палаты для детей в возрасте до 1 года боксируются. Небольшие палаты дают возможность одновременно заполнять их с учетом возраста детей и характера заболевания.

В последнее время в стране разворачивается сеть дневных стационаров для детей. Деятельность дневных стационаров приводит к сокращению числа дней нетрудоспособности матери по уходу за детьми, более рациональному использованию коечного фонда.

Дневной стационар организуется на базе детской поликлиники или стационара детской больницы. В дневном стационаре дети получают лечение, приближенное к стационару (по объему и интенсивности), и находятся под наблюдением медицинского персонала. Работа дневного стационара проводится в тесном контакте с амбулаторно-поликлиническими и стационарными службами лечебно-профилактических учреждений.

#### **Рекомендуемая литература**

##### **А) Основная литература:**

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, - М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 528 с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-



МЕД, 2007. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).

3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).

Б) Дополнительная литература:

4. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение / Санкт-Петербург, ООО «Издательство «Петрополис», - 2000. – 914 с. (библиотека кафедры).

В) Учебно-методические пособия, рекомендации и т.д., изданные кафедрой:

5. Общественное здоровье и здравоохранение (Методические указания по выполнению контрольных работ) / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Е.А. Захарова, Е.А. Валах. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2006. - 92 с. (научная библиотека)
6. Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В. Общественное здоровье и здравоохранение. Курс лекций. / Учебное пособие. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 220 с. (библиотека кафедры).
7. Организация медицинской помощи населению (Методические указания по выполнению контрольных работ по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение») / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Н.А. Жихарева. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 138 с. (научная библиотека).

## ЛЕКЦИЯ 14

### ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

**Цель:** ознакомление с основными принципами организации медицинской помощи в селе.

#### **Основные вопросы лекции.**

1. Принципы и особенности оказания медицинской помощи сельскому населению.
2. Сельский врачебный участок.
3. Второй этап медицинского обслуживания сельского населения.
4. Третий этап оказания медицинской помощи сельскому населению.

#### **Содержание**

#### **1. Принципы и особенности оказания медицинской помощи сельскому населению.**

Среди организационных принципов современной социальной медицины одним из важных является соблюдение единства и преемственности медицинской помощи населению в городской и сельской местности. Огромная часть населения мира проживает в сельских районах.

Принципы организации лечебно-профилактической помощи едины для городского и сельского населения. Основными принципами организации медицинской помощи сельскому населению являются:

- бесплатность,
- этапность,
- общедоступность,
- соответствие уровню обеспеченности городского населения.

Однако многообразие географических и экономических условий, в которых живут сельские жители и другие особенности обуславливают специфику форм и методов организации медицинской помощи на селе:

- характер расселения (сравнительно малая плотность населения, значительная отдаленность населенных пунктов друг от друга и от районных центров),
- среди населения большая часть неработающих;
- население сельских районов не имеет возможности выбора медицинского учреждения, т.к. в небольших населенных пунктах медицинская помощь, как правило, оказывается одним врачом (фельдшером);
- специфика условий сельскохозяйственного труда (сезонность работ, специфические условия трудового процесса, постоянное общение с землей, ядохимикатами, работа под открытым небом, воздействие погодных условий при полевых работах);
- неустроенность хозяйственно-бытовой деятельности и бытовых условий;
- регионально-национальные особенности и обычаи, образовательный и культурный уровень;
- отсутствие развитой инфраструктуры коммуникаций (состояние путей сообщения, обеспеченность транспортом).

В различных странах имеются свои особенности в организации первичной медицинской помощи сельскому населению. Общий принцип их работы состоит в приближении медицинской помощи к месту жительства и к месту работы; осуществлении перехода к системе общеврачебной практики и семейного обслуживания; оказании амбулаторной помощи и клинических лабораторных обследований; наличии врачебных кабинетов терапевта, хирурга, педиатра, акушера-гинеколога, стоматолога и др.

В наиболее отдаленных местностях могут быть созданы небольшие стационары для взрослых и детей, для оказания помощи при родах и др.

В ряде стран при отсутствии врачей-специалистов в амбулатории педиатрическая и гинекологическая помощь оказывается в рамках разъездной системы медицинской помощи. По мнению экспертного совета ВОЗ участковые медицинские службы должны располагать небольшим числом родильных коек и палат для экстренной терапевтической и хирургиче-

ской помощи особенно, если транспортировка больных из этой местности затруднена. В других случаях предлагается разнообразная структура сельских медицинских учреждений: от медицинского центра без коек до вполне развитой сельской больницы отдаленных районах или больницы с койками для определенных заболеваний. Некоторые специалисты рассматривают возможность превращения сельских больниц в стационары для реабилитации, восстановительного лечения и длительного содержания.

Структура сельского здравоохранения в нашей стране представлена:

1). Амбулаторно-поликлинической сетью фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных (фельдшерских) амбулаторий, являющихся первичным звеном оказания медико-социальной помощи на селе и центральными районными поликлиниками, оказывающими квалифицированную медицинскую помощь.

2). Стационарной сетью участковых больниц и ЦРБ.

Организация медицинской помощи сельскому населению, так же как и городскому, построена по участковому принципу. Вся территория сельского района разделена на врачебные участки с расположенными на них населенными пунктами и другими объектами.

Главной и отличительной особенностью системы организации медицинского обслуживания сельского населения является ее этапность, при которой лечебно-профилактическая помощь жителям села оказывается комплексом медицинских учреждений (от ФАПов до областной больницы). Сущность принципа этапности заключается в том, что на каждом из последующих этапов больным оказывается медицинская помощь, которая не могла быть обеспечена на предыдущем этапе. В соответствии с этим каждый этап имеет в своем составе лечебно-профилактические учреждения, функции которых различны.

Условно выделяют три этапа оказания медицинской помощи сельскому населению:

1. Первый этап - сельский врачебный участок

2. Второй этап - районные медицинские учреждения

3. Третий этап - областные медицинские учреждения

Основными организационными формами медицинской помощи на селе являются стационарная и разъездная.

## **2. Сельский врачебный участок.**

Все лечебно-профилактические учреждения, входящие в состав СВУ, приближают первичную медико-санитарную помощь к сельскому населению в условиях значительной отдаленности населенных пунктов от районных и центральных районных больниц. Основными критериями при организации сельского врачебного участка является количество населения, радиус обслуживания и характер территории.

На СВУ в среднем проживает 5-7 тысяч населения при радиусе обслуживания от 5 до 10 км.

Все учреждения СВУ работают по единому комплексному плану и их деятельностью руководит главный врач участковой больницы или амбулатории.

На этом этапе сельские жители получают доврачебную и первую врачебную медицинскую помощь.

Основные задачи и функции сельского врачебного участка:

- амбулаторная и стационарная медицинская помощь населению;
- патронаж беременных;
- мероприятия по охране здоровья детей и подростков;
- санитарно-противоэпидемические мероприятия;
- изучение заболеваемости на участке;
- санитарное просвещение и организация работы санитарного актива;
- наблюдение за санитарным состоянием населенных пунктов и др. объектов;
- медико-санитарное обеспечение полевых работ;
- санитарно-просветительная работа.

СВУ является основным организующим звеном связи первичной медико-санитарной

помощи и всех специализированных видов медицинской помощи населению на разных ее этапах. Ведущим учреждением СВУ является участковая больница. Главный врач участковой больницы (амбулатории) имеет право использовать все силы и средства, необходимые для осуществления как первичной медико-санитарной помощи, так и специализированных видов медицинской помощи. Под его руководством функционируют больница (амбулатория) и ФАПы, возглавляемые средним медицинским персоналом и рассредоточенные в населенных пунктах, для оказания медико-санитарной помощи населению на доврачебном этапе.

**Участковая больница** является врачебным учреждением. Характер и объем медицинской помощи в участковой больнице в основном определяются ее мощностью, оснащением, наличием врачей специалистов.

**Основные задачи** поликлинического отделения (амбулатории) **участковой больницы:**

- оказание лечебно-профилактической помощи населению территории амбулаторно и на дому;
- планирование и проведение мероприятий по профилактике и снижению общей и инфекционной заболеваемости;
- проведение лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья матери и ребенка;
- организация и осуществление диспансеризации населения (здоровых и больных), прежде всего детей, подростков, женщин и лиц с повышенным риском заболевания сердечно-сосудистыми, онкологическими и другими заболеваниями;
- внедрение в практику работы современных методов профилактики, диагностики, лечения больных;
- организационно-методическое руководство и контроль за деятельностью подчиненных ей ФАП и других ЛПУ.

Стационар участковой больницы включает приемное отделение, палаты (отделения) и вспомогательные кабинеты.

Одним из важнейших медицинских учреждений, расположенных на территории СВУ, является фельдшерско-акушерский пункт (ФАП). На участке обычно бывает несколько ФАПов, они располагаются на периферии участка, в наиболее удаленных от пунктового селения местах.

ФАП организуется, когда численность сельского населения составляет 700 - 3000 человек и расстояние до ближайшего ЛПУ 2-4 км. Если радиус обслуживания превышает 4 км (4-6 км), то ФАП может быть организован и при меньшем числе жителей.

На ФАПе, как правило, работают два медицинских работника со средним образованием - фельдшер (медицинская сестра) и акушерка; кроме того, имеется санитарка. Фельдшер оказывает больным неотложную доврачебную помощь как амбулаторно, так и на дому. В случаях, требующих врачебной помощи и консультации, фельдшер направляет больных к участковому врачу, под руководством и контролем которого работает ФАП.

Для оказания неотложной помощи ФАП оборудуется необходимым набором инструментов, медикаментами, перевязочным материалом.

На ФАПе ведется профилактическая работа, особенно по выявлению и изоляции больных острозаразными заболеваниями. Кроме того, фельдшер и акушерка осуществляют мероприятия по профилактике и снижению заболеваемости (в том числе инфекционной и паразитарной), участвуют в текущем санитарном надзоре за детскими дошкольно-школьными учреждениями, коммунальными, пищевыми, промышленными объектами, водоснабжением.

Работники ФАПа принимают активное участие в организации медицинских осмотров населения, проводимых участковым врачом, помогают в отборе на диспансерное наблюдение, в трудоустройстве больных. Фельдшер следит за состоянием здоровья взятых на диспансерный учет, изучает условия труда, быта. О всех неблагоприятных факторах, влияющих

на состояние здоровья, он сообщает врачу, руководству хозяйства, в котором работает больной, и принимает меры к их ликвидации. По указанию врача фельдшер проводит лечебные процедуры и профилактические прививки населению участка.

Фельдшер на ФАПе ведет учетно-отчетную документацию, составляет планы и отчеты о своей деятельности.

Характер и объем стационарной медицинской помощи, оказываемой участковыми больницами, зависит от ее мощности, оснащения и наличия врачей специалистов. В участковых больницах развертываются койки общего профиля и по основным специальностям (хирургии, педиатрии, инфекционным болезням).

На СВУ проводится комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий, с целью профилактики инфекционных заболеваний организуется проведение прививок всему населению (особенно, детскому).

Лечебно-профилактическая помощь женщинам на СВУ предусматривает:

- взятие на учет беременных в ранние сроки беременности (до 12 недель);
- наблюдение за течением беременности;
- медицинскую помощь женщинам при гинекологических заболеваниях;
- проведение мероприятий по планированию семьи;
- проведение профилактических осмотров;
- санитарно-просветительную работу.

В сельской местности выполнение функций женских консультаций и детских поликлиник возлагается на ФАПы и участковые больницы и амбулатории. ФАПы ведут на обслуживаемой ими территории учет всех беременных женщин, организуют систематическое наблюдение за течением беременности и состоянием здоровья беременных.

Родоразрешение всех беременных, проживающих на сельском врачебном участке или в районном центре и прилегающих к ним населенных пунктах, проводится в центральной районной больнице. Родильные койки ЦРБ используются для проведения нормальных физиологических родов и для своевременной госпитализации и родовспоможения при патологических родах.

Послеродовый патронаж, а также патронаж новорожденных и грудных детей проводит акушерка ФАПа или врач участковой больницы.

С целью выявления ранних форм гинекологических заболеваний на СВУ проводятся профилактические осмотры женщин. Профилактические осмотры проводятся также при обращении в амбулаторию акушеркой смотрового кабинета больницы или ФАПа; выявленные больные направляются на консультацию к акушеру-гинекологу. Массовые врачебные профилактические осмотры проводятся в участковой больнице или на ФАПе при плановых выездах врача акушера-гинеколога на ФАП.

### **3. Второй этап медицинского обслуживания сельского населения.**

Основным учреждением второго этапа медицинского обслуживания сельского населения является центральная районная больница (ЦРБ). Она обеспечивает сельское население квалифицированной лечебно-профилактической помощью, как стационарной, так и поликлинической.

Основные задачи ЦРБ:

- обеспечение высококвалифицированной, специализированной стационарной и поликлинической помощью населения района и районного центра;
- оперативное и организационно-методическое руководство и контроль за деятельностью всех учреждений здравоохранения;
- планирование, финансирование и организация материально-технического снабжения учреждений здравоохранения района;
- разработка и осуществление мероприятий, направленных на повышение качества медицинского обслуживания населения района, снижение заболеваемости, инвалидности, больничной летальности, детской и общей смертности и укрепление здоровья подростков;

- своевременное внедрение в практику работы ЛПУ современных методов и средств профилактики, диагностики и лечения;
- осуществление мер по расстановке, рациональному использованию и повышению профессиональной квалификации кадров;
- проведение мероприятий, направленных на эффективное использование средств и сил, укрепление материально-технической базы района, совершенствование систем организационно-методического и оперативного руководства, управления всеми ЛПУ района, используя современные достижения науки;
- обеспечение скорой и неотложной помощи на территории района.

ЦРБ независимо от коечной мощности, численности населения и радиуса обслуживания имеет стационар, поликлинику, аптеку, прозекутуру, параклинические и административно-хозяйственные службы, организационно-методический кабинет (ОМК), отделение скорой и неотложной помощи.

В стационаре ЦРБ должно быть организовано не менее 5 отделений по специальностям; терапия, хирургия, педиатрия, акушерство и гинекология, инфекционные болезни. Кроме необходимого минимума в крупных ЦРБ могут быть организованы отделения и по другим специальностям (неврология, оториноларингология, офтальмология, травматология и пр.).

В поликлиническом отделении ЦРБ специализированная помощь оказывается по 10-15 специальностям и такие отделения часто выполняют функции межрайонных специализированных центров.

Больные, проживающие на участке, приписанном к районной больнице, обслуживаются непосредственно больницей. Больные, проживающие на территории других участков, поступают в районную больницу по направлению врачей участковых больниц. Участковые врачи направляют больных в районную больницу в тех случаях, когда на месте не может быть оказана необходимая специализированная помощь, когда больные нуждаются в консультации, в уточнении диагноза, в рентгенологическом или лабораторном клинко-диагностическом обследовании. Широко используется участие специалистов районных больниц при проведении диспансеризации.

В районную больницу обращаются сельские жители по направлениям медицинских учреждений сельского участка при необходимости специализированной медицинской помощи, функционального обследования, консультации у врачей-специалистов.

Большое место в работе ЦРБ занимает передвижная помощь. Выездные врачебные бригады формируются главным врачом и проводят прием больных по 5-7 специальностям. Состав врачей-специалистов бригады определяется в зависимости от развития сети амбулаторно-поликлинических учреждений на данной территории, ее укомплектованности врачами и потребности населения в соответствующих видах медицинской помощи. В нее могут входить врачи: терапевты, педиатры, хирурги, акушеры-гинекологи, офтальмологи, невропатологи и др. Выездная бригада обеспечивается транспортными средствами, в том числе и специальными, оснащается необходимой аппаратурой (в основном, портативной) и оборудованием для обследования и лечения больных. Руководство выездной врачебной бригадой возлагается на одного из квалифицированных врачей бригады, имеющего опыт лечебной и организационной работы. Регулярно выезжают на село флюорографические и стоматологические кабинеты, клинко-диагностические и бактериологические лаборатории.

Скорая и неотложная помощь осуществляется соответствующим отделением, входящим в состав ЦРБ, которая несет ответственность за оказание этого вида помощи населению районного центра и приписанных к нему населенных пунктов.

Одним из важнейших структурных подразделений ЦРБ является организационно-методический кабинет (ОМК), возглавляемый заместителем главного врача ЦРБ по медицинскому обслуживанию населения района. Омк является основным помощником главного врача в вопросах управления, организации и координации всей организационно-методической работы ЦРБ и других лечебно-профилактических учреждений района.

К основным задачам ОМК относятся:

- анализ и обобщение данных о состоянии здоровья населения и деятельности ЛПУ района;
- вычисление оценочных показателей и анализ деятельности ЦРБ в целом и по отдельным специализированным службам;
- составление сводного отчета о сети, кадрах и деятельности ЛПУ района;
- выявление недостатков в работе ЛПУ и разработка мероприятий по их устранению;
- разработка плана мероприятий по медицинскому обслуживанию всего населения района, контроль за его выполнением;
- осуществление мероприятий по повышению качества лечебно-профилактической работы,
- повышение квалификации специалистов,
- изучение и распространение новых современных форм работы по медицинскому обслуживанию,
- перспективное планирование развития здравоохранения района,
- организацию работы по внебюджетной коммерческой деятельности и медицинскому страхованию.

План работы ОМК фактически является планом организационно-методической работы всей ЦРБ. Его обязательными разделами являются:

- анализ демографических показателей и отчетных материалов о сети, кадрах и деятельности ЛПУ в районе и о состоянии здоровья населения;
- организация и осуществление мероприятий по оказанию лечебно-консультативной и организационно-методической помощи медицинским учреждениям района;
- проведение мероприятий по повышению квалификации медицинских работников;
- укрепление материально-технической базы ЛПУ района.
- оценке деятельности и эффективности работы медицинских учреждений района и отделений ЦРБ;
- мероприятия по повышению качества медицинской помощи, скорой и неотложной помощи;
- внедрению новых видов диагностики и лечения;
- улучшению этико-деонтологических аспектов в коллективе медицинских учреждений.

На основе систематического анализа состояния здоровья населения района, планов районных учреждений кабинет составляет комплексный план мероприятий по улучшению медицинской помощи и укреплению здоровья населения района.

Обеспечение методического руководства учетно-статистической работой и контроля за ней во всех учреждениях района является важнейшей функцией оргметодкабинета. В обязанности кабинетов входит прием годовых отчетов. На основании данных отчетных форм и специального анализа оргметодкабинет составляет обзор о состоянии здоровья различных групп населения и оценивает показатели здравоохранения. В оргметодкабинетах должны быть сведения о районных конференциях и занятиях с врачами и средним медицинским персоналом, о семинарах с участием районных специалистов, специализации и повышении квалификации медицинских работников.

В тесном контакте с ОМК ЦРБ работают главные (районные) специалисты района, которые одновременно являются заведующими специализированными отделениями ЦРБ. В настоящее время практически во всех районах имеются районные специалисты по терапии, педиатрии, хирургии, акушерству и гинекологии, фтизиатрии. Они назначаются главным врачом района по согласованию с главными областными специалистами и подчиняются непосредственно главному врачу ЦРБ или его заместителю.

Основными функциями районных специалистов являются:

- организационно-методическое руководство работой соответствующей специализиро-

ванной службы;

- регулярный выезд в соответствии с графиком в участковые больницы, врачебные амбулатории и на ФАПы;
- совершенствование методов диагностики, лечения, профилактики профильных заболеваний;
- наблюдение и контроль за диспансерным контингентом, особенно лиц ведущих сельскохозяйственных профессий;
- анализ статистических отчетов по своей службе;
- повышение квалификации медицинского персонала.

В целях лучшего обеспечения специализированной медицинской помощью создаются межрайонные специализированные центры (отделения), оснащенные современным оборудованием. Межрайонные специализированные центры оказывают лечебную и консультативную помощь, осуществляют организационно-методическую работу, повышают квалификацию медицинского персонала районных и участковых больниц и поликлиник, анализируют показатели здоровья и факторы риска, определяющие заболеваемость по определенной специальности.

#### **4. Третий этап оказания медицинской помощи сельскому населению.**

Третий этап оказания медицинской помощи сельскому населению включает в себя следующие учреждения:

- областную больницу с консультативной поликлиникой;
- областные специализированные центры;
- областные диспансеры и специализированные больницы;
- клиники медицинских институтов, НИИ другие медицинские учреждения областного центра.

На базе этих учреждений сельскому населению оказывается высококвалифицированная, в том числе узкоспециализированная медицинская помощь.

Республиканская (краевая, областная, окружная) больница является ведущим многопрофильным высококвалифицированным медицинским учреждением административной территории.

**Основные задачи больницы:**

- оказание высококвалифицированной специализированной консультативно-диагностической и лечебной помощи населению административной территории в амбулаторных и стационарных условиях с применением высокоэффективных медицинских технологий;
- оказание консультативной и организационно-методической помощи специалистам других ЛПУ административной территории;
- организация и оказание квалифицированной экстренной и плановой консультативной медицинской помощи с использованием средств санитарной авиации и наземного транспорта;
- осуществление экспертизы качества лечебно-диагностического процесса в медицинских учреждениях административной территории;
- осуществление иных экспертных функций на договорной основе с органами управления здравоохранением и медицинскими учреждениями административных территорий, лицензионно-аккредитационными комиссиями, фондами ОМС, страховыми медицинскими организациями и др.;
- выполнение по договорам с органами управления здравоохранением и разработка мер по реализации целевых программ развития медицинской помощи;
- внедрение в практику ЛПУ административной территории современных медицинских технологий, экономических методов управления и принципов медицинского страхования;
- участие в подготовке, переподготовке и повышении квалификации медицинских



работников;

Структура больницы утверждается органом управления здравоохранением административной территории. Больница, независимо от численности населения административной территории и коечной мощности, должна иметь следующие структурные подразделения:

- консультативную поликлинику;
- диагностический отдел;
- стационар с приемным отделением;
- отдел организационно-методической работы;
- отделение экстренной и планово-консультативной помощи;
- патологоанатомическое отделение (бюро);
- прочие структурные подразделения, необходимые для выполнения функций больницы (пищеблок, бухгалтерию, медицинский архив, библиотеку, гараж и т.д.).

Важнейшим звеном областной больницы является консультативная поликлиника, специалисты которой устанавливают или уточняют диагноз больным, направленным из ЛПУ области, решают вопрос об их дальнейшем лечении и, в частности, о необходимости госпитализации. На каждого больного консультативная поликлиника дает медицинское заключение, в котором указываются диагноз, проведенное лечение и дальнейшие рекомендации.

Основными задачами консультативной поликлиники областной больницы являются: обеспечение направленным больным из медицинских учреждений участкового или районного уровня квалифицированной консультации по установлению или уточнению диагноза, предписание объема и методов лечения, определение нуждаемости в стационарной помощи в отделениях областной больницы.

В областную консультативную поликлинику больные направляются, как правило, после предварительной консультации и обследования у районных врачей-специалистов. Для равномерного распределения потока больных, областная поликлиника регулярно сообщает о наличии свободных мест в общежитии, в отделениях больницы, согласовывает сроки поступления больных из учреждений сельской местности.

Консультативной поликлиникой разрабатываются предложения о порядке и показаниях к направлению больных из ЛПУ области, анализируются случаи расхождения диагнозов, установленных учреждением, направившем больного на консультацию, и консультативной поликлиникой, а также ошибки, допущенные врачами ЛПУ при обследовании и лечении больных перед направлением их в консультативную поликлинику. На основе этого анализа ежеквартально проводится оценка состояния и уровня лечебно-диагностической работы в районах области.

Стационар областной больницы, как и в ЦРБ, включает в себя отделения по основным клиническим специальностям (терапии, хирургии, педиатрии, акушерству и гинекологии и пр.), а также узкоспециализированные отделения урологическое, эндокринологическое, нейрохирургическое и др. В отделениях хирургического профиля проводится лечение экстренных и плановых больных.

Специализированная лечебная и консультативная помощь может быть оказана не только в самой областной больнице. Большое значение имеют плановые выезды областных специалистов на места в районы и на сельские врачебные участки. Для этого широко используются передвижные врачебные амбулатории, которые как самостоятельное функциональное подразделение создаются на основании приказа главного врача областной больницы на определенный период (сезон) или в качестве постоянно действующей. Специалисты передвижных амбулаторий проводят разнообразную, в основном, консультативную и организационно-методическую работу: консультируют больных, обучают участковых и районных врачей новейшим методам диагностики и лечения, проводят научно-практические конференции и т.д.

Отделение экстренной и планово-консультативной медицинской помощи, используя средства санитарной авиации или другой транспорт, оказывает экстренную и консультативную помощь с выездом в отдаленный населенный пункт или места дислокации (работы) сельского жителя. Отделение обеспечивает транспортировку больных в медицинские учреж-

дения, вызовы из районов и поддерживает связь с бригадами, направленными для оказания медицинской помощи. Отделение экстренной помощи в неотложных случаях организует доставку больных в сопровождении медицинского персонала в специализированные учреждения за пределы области, срочную доставку различных медицинских препаратов и средств, необходимых для спасения жизни больных.

Вся деятельность областной больницы по руководству сельскими медицинскими учреждениями координируется, анализируется и направляется специальным подразделением - организационно-методическим отделом. Являясь структурной частью областной больницы и в подчинении главного врача больницы, организационно-методический отдел служит базой областного управления здравоохранения по анализу состояния здоровья населения, оценке деятельности учреждений здравоохранения, лечебно-профилактического обслуживания населения.

На основе полученных данных ОМО разрабатывает предложения и мероприятия по улучшению качества медицинской помощи, организует ведение статистического учета и отчетности во всех ЛПУ области, проводит подготовку персонала по этим вопросам и осуществляет статистические ревизии.

В организационно-методической работе медицинских учреждений области принимают участие главные специалисты комитета по здравоохранению (главные хирург, терапевт, педиатр) и внештатные областные специалисты (чаще всего заведующие специализированными и узкоспециализированными отделениями).

Важнейшей функцией областной больницы является также подготовка врачей-специалистов и повышение квалификации врачей. С этой целью на базе областной больницы проводится первичная специализация молодых врачей, а также декадни, совещания, семинары, посвященные новейшим методам и средствам диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний.

Только объединенные усилия всех трех звеньев лечебно-профилактических учреждений - участка, района и области позволяют обеспечить на высоком уровне медицинское обслуживание сельского населения.

#### **Рекомендуемая литература**

##### **А) Основная литература:**

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, - М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 528 с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).

##### **Б) Дополнительная литература:**

4. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение / Санкт-Петербург, ООО «Издательство «Петрополис», - 2000. – 914 с. (библиотека кафедры).

##### **В) Учебно-методические пособия, рекомендации и т.д., изданные кафедрой:**

5. Общественное здоровье и здравоохранение (Методические указания по выполнению контрольных работ) / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Е.А. Захарова, Е.А. Валах. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2006. - 92 с. (научная библиотека)
6. Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В. Общественное здоровье и здравоохранение. Курс лекций. / Учебное пособие. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 220 с. (библиотека кафедры).
7. Организация медицинской помощи населению (Методические указания по выполнению контрольных работ по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение») / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Н.А. Жихарева. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 138 с. (научная библиотека).

## ЛЕКЦИЯ 15

### ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

**Цель:** получение знаний об организации реабилитационной службы.

**Основные вопросы лекции.**

1. Организация реабилитационной службы.
2. Порядок организации медицинской помощи по восстановительной медицине.
3. Организация санаторно-курортной помощи.
4. Реабилитация инвалидов.

**Содержание**

#### 1. Организация реабилитационной службы.

**Реабилитация** – система государственных социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических и психологических мероприятий, направленных на предупреждение патологических процессов, ведущих к временной и стойкой утрате трудоспособности, и на возвращение больных и инвалидов к общественно полезному труду.

**Реабилитация** – комплекс медицинских, психологических, педагогических, технических, профессиональных мер, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма и трудоспособности больных и инвалидов.

Государственная политика в области реабилитации основывается на следующих принципах:

- государственный характер гарантий соблюдения прав граждан, в том числе инвалидов в области реабилитации,
- доступность реабилитационных мероприятий,
- своевременность реабилитации,
- последовательность этапов реабилитационных мероприятий,
- многообразие форм и методов реабилитации.

Реабилитационные мероприятия направлены на восстановление целостности поврежденных тканей и органов (регенерацию), восстановление их деятельности и воздействие на процессы, связанные с замещением или восполнением утраченных функций организма.

Реабилитационные мероприятия включают в себя восстановительное (в том числе санаторно-курортное) лечение, направленное на устранение болезненных процессов, профилактику осложнений и прогрессирование заболевания, восстановление или компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, адаптацию, направленную на приспособление организма к окружающим условиям с использованием резервов организма.

Основными видами реабилитации являются медицинская, социально-средовая, профессионально-трудовая и психолого-педагогическая.

Основными принципами работы реабилитационных учреждений являются комплексный медико-социальный подход, максимально раннее начало проведения реабилитации, непрерывность, преемственность, этапность.

В структуру реабилитационной службы входят реабилитационные учреждения различных организационно-правовых форм, типов и видов. К реабилитационным учреждениям относятся научно-производственные комплексы, центры реабилитации, реабилитационные отделения и кабинеты, профильные дома-интернаты для инвалидов и пожилых людей (включающие лечебно-трудовые мастерские, подсобные хозяйства, специальные цеха).

Основные задачи реабилитационных учреждений заключаются в реализации индивидуальных программ реабилитации, разработке планов и программ реабилитации в конкретном учреждении, в осуществлении мероприятий по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов.

В системе оказания медицинской помощи существует ряд учреждений, занимающихся проведением комплекса реабилитационных мероприятий:

- специализированные больницы восстановительного лечения, в том числе детские;
- больницы (отделения) долечивания и медицинской реабилитации;

- центры, в том числе научно-практические (восстановительной терапии для воинов интернационалистов; восстановительной медицины и реабилитации; наркологический реабилитационный; патологии речи и нейрореабилитации; реабилитации слуха);
- санаторно-курортные учреждения.  
Учреждения реабилитации осуществляют свою деятельность во взаимодействии с органами государственной власти, учреждениями государственной службы медико-социальной экспертизы, а также общественными объединениями инвалидов.

## **2. Порядок организации медицинской помощи по восстановительной медицине.**

Общие требования к организации оказания медицинской помощи по восстановительной медицине устанавливает приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 марта 2007 г. №156.

Медицинская помощь по восстановительной медицине осуществляется посредством оценки (диагностики) функциональных резервов организма, комплексного применения лекарственной и немедикаментозной (технологий физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа, лечебного и профилактического питания, мануальной терапии, психотерапии, рефлексотерапии, других технологий традиционной медицины) терапии.

Восстановительная медицина как этап оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи организуется:

- в муниципальном районе (поликлиника, в том числе детская);
- в городском округе (городская поликлиника, в том числе детская, центр, медсанчасть, городская больница, в том числе детская);
- в учреждениях здравоохранения субъектов РФ и федеральных органов исполнительной власти, в том числе детских (областная, краевая, республиканская, окружная больница, диспансер, специализированная больница, поликлиника, госпиталь, центр).

Медицинская помощь по восстановительной медицине осуществляется лечебно-профилактическими учреждениями государственной, муниципальной систем здравоохранения и предусматривает выполнение работ и услуг по оказанию амбулаторно-поликлинической, стационарной и санаторно-курортной медицинской помощи.

Медицинская помощь по восстановительной медицине, оказываемая в рамках амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе в условиях дневного стационара, осуществляется отделением (кабинетом) восстановительной медицины учреждения здравоохранения.

Медицинская помощь по восстановительной медицине, оказываемая в рамках стационарной помощи, осуществляется:

- отделением восстановительного лечения (стационарным круглосуточного пребывания) учреждения здравоохранения;
- специализированным реабилитационным отделением санатория;
- больницей восстановительного лечения, в том числе детской;
- отделением медицинской реабилитации центра восстановительной медицины и реабилитации, а также других центров.

Медицинская помощь по восстановительной медицине, оказываемая в рамках санаторно-курортной медицинской помощи, осуществляется:

- санаторно-курортными учреждениями (санаторий, детский санаторий, санаторий для детей с родителями, санаторий-профилакторий, санаторный оздоровительный лагерь круглогодичного действия и др.);
- санаторно-оздоровительным отделением центра восстановительной медицины и реабилитации.

Медицинская помощь по восстановительной медицине может оказываться учреждениями частной системы здравоохранения в соответствии с действующим законодательством РФ.

Оказание медицинской помощи по восстановительной медицине осуществляется медицинскими работниками учреждений здравоохранения (их отделений, кабинетов):

- врачами по восстановительной медицине и другими врачами-специалистами, имеющими подготовку по восстановительной медицине,
- врачами-физиотерапевтами,
- врачами-психотерапевтами,
- врачами-рефлексотерапевтами,
- врачами-диетологами, врачами по лечебной физкультуре,
- врачами мануальной терапии,
- медицинскими психологами,
- медицинскими сестрами, имеющими подготовку по восстановительной медицине, по физиотерапии, по медицинскому массажу, по функциональной диагностике, инструкторами по лечебной физкультуре.

Медицинская помощь по восстановительной медицине включает:

- восстановительное лечение больных в условиях больницы (отделения) восстановительного лечения, центра восстановительной медицины и реабилитации непосредственно после стационарного лечения;
- долечивание больных в условиях санатория непосредственно после стационарного лечения;
- восстановительное лечение больных в условиях отделения (кабинета) восстановительной медицины непосредственно после интенсивного (амбулаторного, стационарного) лечения;
- медицинскую реабилитацию больных и инвалидов в условиях центра восстановительной медицины и реабилитации, других центров, а также санаторно-курортных учреждений;
- оздоровление лиц групп риска.

### **3. Организация санаторно-курортной помощи.**

Санаторно-курортная помощь как один из основных методов естественного оздоровления и ведущая часть профилактической медицины, занимает важное место в системе охраны здоровья населения.

Санаторно-курортная деятельность нормативными документами определяется как «работа, направленная на удовлетворение социальной потребности граждан в лечении, реабилитации и отдыхе, создание и функционирование сети лечебно-профилактических объектов, специализирующихся на применении в лечебной практике природных факторов».

По назначению курорты подразделяются на климатические, бальнеологические, грязевые. На климатических курортах главным лечебным фактором является климат, бальнеологические курорты в качестве основного фактора используют минеральные воды, грязевые курорты - грязевые аппликации.

Основным звеном курорта является санаторий - стационарное медицинское учреждение, которое обеспечивает лечение больного, используя различные лечебные факторы в зависимости от профиля курорта.

По профилю заболевания санатории делятся на кардиологические, пульмонологические, гастроэнтерологические, гинекологические, для лечения заболеваний нервной системы, органов движения, почек, кожных болезней и др.

В лечебном процессе санатория кроме природных факторов широко используются специальный санаторный режим, диетическое питание, лечебная физкультура, физиотерапия, психотерапия и пр.

Структура санатория соответствует структуре больничного стационара. В санатории имеется: приемное отделение, палаты для размещения больных, лечебные отделения с различными кабинетами (кабинет ЭКГ, рентгеновский, функциональной диагностики, лаборатория, физиотерапевтические кабинеты, лечебной физкультуры, массажа, водных процедур, психотерапии и др).

На большинстве курортов, кроме стационарного лечения, организуется амбулаторное лечение в специальных курортных поликлиниках.

Функции медицинского отбора и направления пациентов на санаторно-курортное лечение выполняют врачебные комиссии лечебно-профилактических учреждений и территориальных органов управления здравоохранением.

Решение о необходимости санаторного лечения принимает лечащий врач, который проводит обследование больного, определяет наличие показаний для соответствующего курорта и дает соответствующие рекомендации больному, оформляет необходимые документы.

В настоящее время существуют разнообразные организационно-правовые формы санаторно-курортных учреждений: федерального подчинения, муниципальные, ведомственные, принадлежащие профсоюзным организациям, акционерные общества закрытого и открытого типа, товарищества с ограниченной ответственностью, индивидуальные частные предприятия.

Для современных санаторно-курортных учреждений характерны два основных направления деятельности: лечебно-оздоровительное (медицинское обслуживание хронически больных с целью укрепления остаточной сопротивляемости организма, медицинская реабилитация, направленная на предотвращение развития болезни) и рекреационное (оздоровительный отдых, во время которого отдыхающий получает информацию, касающуюся предупреждения нарушений здоровья).

#### **4. Реабилитация инвалидов.**

Одним из разделов деятельности службы медико-социальной экспертизы является разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов. Реабилитация инвалидов - это процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

**Реабилитационный потенциал** - это комплекс биологических и психофизических характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные способности.

**Реабилитационный прогноз** - предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала. Специально созданные условия трудовой, бытовой и общественной деятельности - специфические санитарно-гигиенические, организационные, технические, технологические, правовые, экономические, микросоциальные факторы, позволяющие инвалидам осуществлять трудовую, бытовую и общественную деятельность в соответствии с их реабилитационным потенциалом.

Выделяют следующие основные виды реабилитации инвалидов.

**Медицинская реабилитация** - это вид реабилитации, направленный на восстановление нарушенных функций или на проведение различных лечебных и корректирующих мероприятий, приспособляющих инвалида к жизни и общественно полезной деятельности.

К мероприятиям медицинской реабилитации относятся:

1. Восстановительная терапия (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности).
2. Реконструктивная хирургия (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности).
3. Санаторно-курортное лечение.
4. Протезирование и ортезирование, предоставление слуховых аппаратов.

**Психологическая реабилитация** - это вид реабилитации, направленный на выработку активной жизненной позиции и положительной трудовой установки у инвалида, в основном за счет средств психотерапии.

**Профессиональная реабилитация** включает комплекс мероприятий по профессиональной ориентации, профессиональной подготовке и переподготовке, подбору соответствующей профессии, обеспечению условий труда, отвечающих состоянию здоровья, приспособлению рабочего места к имеющемуся дефекту и т. д.

**Социальная реабилитация инвалидов** - это система и процесс восстановления способностей к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности. Она включает в себя социально-средовую ориентацию и социально-бытовую адаптацию. Социально-средовая ориентация представляет собой индивидуальный подбор доступных видов общественной и семейно-бытовой деятельности, а социально-бытовая адаптация определяет оптимальные режимы общественной и семейно-бытовой деятельности в конкретных социально-средовых условиях и приспособление к ним инвалида.

**Индивидуальный план реабилитации (ИПР)** - перечень реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление способностей инвалида к бытовой, общественной и профессиональной деятельности в соответствии со структурой его потребностей, кругом интересов, уровнем притязаний, с учетом прогнозируемого уровня его соматического состояния, психофизиологической выносливости, социального статуса и реальных возможностей социально-средовой инфраструктуры.

В ИПР определяются виды, формы рекомендуемых реабилитационных мероприятий, их объем, сроки проведения и исполнители. Разработка ИПР предусматривает:

- проведение реабилитационно-экспертной диагностики;
- оценку реабилитационного потенциала;
- реабилитационный прогноз;
- определение мероприятий, технических средств и услуг, позволяющих инвалиду

восстановить нарушенные или компенсировать утраченные способности к бытовой, общественной и профессиональной деятельности.

Реализацию ИПР осуществляют организации, предприятия, учреждения независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, учреждения государственной службы реабилитации инвалидов, негосударственные реабилитационные учреждения, образовательные учреждения. При реализации ИПР обеспечиваются последовательность, комплексность и непрерывность в осуществлении реабилитационных мероприятий, динамическое наблюдение и контроль за эффективностью проведенных мероприятий. Оценка результатов осуществляется специальными учреждениями государственной службы медико-социальной экспертизы при очередном освидетельствовании инвалида или в порядке его динамического наблюдения.

#### **Рекомендуемая литература**

А) Основная литература:

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, - М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 528 с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).

Б) Дополнительная литература:

4. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение / Санкт-Петербург, ООО «Издательство «Петрополис», - 2000. – 914 с. (библиотека кафедры).

В) Учебно-методические пособия, рекомендации и т.д., изданные кафедрой:

5. Общественное здоровье и здравоохранение (Методические указания по выполнению контрольных работ) / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Е.А. Захарова, Е.А. Валах. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2006. - 92 с. (научная библиотека)
6. Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В. Общественное здоровье и здравоохранение. Курс лекций. / Учебное пособие. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 220 с. (библиотека кафедры).

7. Организация медицинской помощи населению (Методические указания по выполнению контрольных работ по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение») / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Н.А. Жихарева. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 138 с. (научная библиотека).



## ЛЕКЦИЯ 16

### ВАЖНЕЙШИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫЕ И ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ, ПРОФИЛАКТИКА

**Цель:** получение теоретических знаний о важнейших социально-значимых болезнях и организации работы различных видов специализированных диспансеров.

#### Основные вопросы лекции.

1. Важнейшие болезни и их медико-социальное значение.
2. Сердечно-сосудистые заболевания как социально-гигиеническая проблема. Организация специальной кардиологической помощи населению.
3. Злокачественные новообразования и организация медицинской помощи при них.
4. Туберкулез. Организация специализированной противотуберкулезной помощи населению.
5. Травматизм и организация медицинской помощи при травмах.

#### Содержание

##### 1. Важнейшие болезни и их медико-социальное значение.

Виды патологии с позиций потребности в медицинской помощи и их социальной значимости подразделяются на заболевания, которые:

- 1) являются основными причинами потери трудоспособности;
- 2) приводят к жизненным ограничениям, включая инвалидность;
- 3) заболевания вызывающие кратковременные расстройства здоровья, но в виду массовости случаев, наносящие значительный экономический ущерб.

Социально-гигиеническое значение заболевания определяется высоким уровнем распространения, тяжестью и опасностью заболевания (высокий уровень смертности), значительными экономическими потерями общества в результате временной утраты трудоспособности и инвалидности.

В структуре заболеваемости, инвалидности и причин смерти населения значительное место занимают сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, травматизм и туберкулез.

В рамках федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» на 2007-2011 годы предусматривается реализация мероприятий по:

- совершенствованию и внедрению методов профилактики, ранней диагностики, консультативной помощи, лечения, реабилитации при социально значимых заболеваниях (сахарный диабет, туберкулез, онкологические заболевания, ВИЧ/СПИД, вирусные гепатиты и др.);
- внедрению современных методов лечения, диагностики и реабилитации с учетом применения разрабатываемых отечественных лекарственных средств и медицинских изделий, диагностического и лечебного оборудования;
- совершенствованию контроля эффективности лечения заболеваний и их осложнений;
- строительству и реконструкции зданий и сооружений специализированных медицинских учреждений и оснащение их современным медицинским и техническим оборудованием.

##### 2. Сердечно-сосудистые заболевания как медико-социальная проблема. Организация специальной кардиологической помощи населению.

В начале XXI века сердечно-сосудистые заболевания остаются основной проблемой медицинских, общественных и социальных организаций в индустриально развитых странах в связи с высокой заболеваемостью, инвалидностью и смертностью наиболее трудоспособной части населения. Актуальность данной проблемы обусловлена изменившейся структурой заболеваемости населения, в которой в современных условиях значительное место занимают сердечно-сосудистые заболевания; увеличением числа лиц пожилого возраста, у которых наиболее часто возникают ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь, посто-

янным увеличением числа лиц, занятых трудом, связанным с нервно-психическим напряжением, которому придается особое значение в возникновении и развитии сердечно-сосудистых заболеваний.

Эти болезни занимают первое место среди всех причин смерти в большинстве экономически развитых странах мира, в том числе и в России. В нашей стране болезни системы кровообращения занимают первое место среди причин инвалидности. В структуре общей заболеваемости населения РФ сердечно-сосудистые заболевания занимают второе место.

В России в течение последних 10-15 лет наблюдался рост заболеваемости и инвалидности от сердечно-сосудистых заболеваний. Уровень заболеваемости на 100 тыс. населения в 2004 году составил 2518,9, в 2005 - ....., абсолютное число зарегистрированных заболеваний составляет 24,8 млн. человек. В структуре общей заболеваемости ведущая роль принадлежит артериальной гипертензии (31,8%), ишемической болезни сердца (25,3%) и цереброваскулярным болезням (24,9%).

Уровень смертности в 2004 году впервые с 1998 года снизился на 3,8% и составил 892,3 на 100 тыс. населения. Основными причинами смерти являются ишемическая болезнь сердца (47,6%) и цереброваскулярные болезни (36,5%).

Уровень распространенности сердечно-сосудистых заболеваний имеет заметные колебания в разных регионах. Это связано как с наличием различных факторов риска, так и с рядом социально-демографических показателей, которые отличаются на разных территориях.

При анализе показателей смертности в зависимости от пола и возраста следует отметить, что с возрастом смертность при всех сердечно-сосудистых заболеваниях возрастает. Уровень заболеваемости по данным обращаемости у женщин в 1,5 раза выше чем у мужчин, при этом показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди женщин преимущественно ниже, чем среди мужчин.

Термин сердечно-сосудистые заболевания - собирательный, в него включается большая группа сердечно-сосудистой патологии, входящей в различные классы и рубрики МКБ. К ним относятся:

- болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением;
- ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт миокарда);
- цереброваскулярные болезни;
- ревматизм;
- эндартериит, тромбангиит облитерирующий.

В статистике этих заболеваний можно сделать следующие выводы:

- с возрастом отмечается повышение уровня заболеваемости;
- у женщин уровень заболеваемости по данным обращаемости в 1,4 раза выше, чем у мужчин, кроме острого миокарда.

Основными факторами, способствующими возникновению и развитию болезней системы кровообращения, росту сердечно-сосудистой патологии, является:

- наследственность;
- возраст;
- возрастающий ритм жизни и связанная с ними нервно-психическая напряженность;
- малоподвижный образ жизни;
- недостаточные занятия физкультурой и спортом;
- нарушения в режиме труда, отдыха, питания;
- высокий уровень холестерина в крови;
- злоупотребление никотином и алкоголем.

Хотя некоторые из основных факторов риска (наследственность, возраст) не поддаются изменению, других факторов можно избежать путем изменения привычек и образа жизни. Среди основных изменяемых, т.е. управляемых факторов риска: табакокурение, высокий уровень холестерина в крови и физическая бездеятельность. Сахарный диабет, ожире-

ние и стресс являются отягощающими факторами риска, которые в сочетании с другими факторами могут повысить вероятность возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. Заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями при наличии одного фактора удваивается, а трех факторов риск заболеваемости возрастает в 10 раз.

По предварительной оценке ВОЗ, половину всех смертей, вызываемых ежегодно сердечно-сосудистыми заболеваниями, можно предотвратить. Стратегию профилактики сердечно-сосудистых заболеваний можно разделить на программы работы с населением в целом и на клинические вмешательства лицам из групп высокого риска. Специалисты ВОЗ подчеркивают, что самый практичный и наименее дорогостоящий путь профилактики - это не медицинский, а здоровый образ жизни. Среди изменений, в образе жизни, которые помогают в предотвращении основных болезней системы кровообращения, следующие:

- коронарная болезнь сердца - прекращение курения, низкое содержание солей в питании, обезжиренное питание, физические упражнения, контролирование массы тела;
- инсульт - прекращение курения, низкое содержание солей в питании, контролирование массы тела;
- повышенное кровяное давление - низкое содержание солей в питании, физические упражнения, контролирование массы тела, ограниченный прием спиртного.

В организации медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями необходимо сочетание лечебных мероприятий и профилактики. Наилучшим образом такому требованию отвечает диспансерный метод. В некоторых регионах России организованы кардиологические диспансеры, основной задачей которых организация всей диспансерной работы с больными кардиологического профиля.

Основную роль в оказании амбулаторной помощи кардиологическим больным играют врачи поликлиник. В крупных городских поликлиниках работают кардиологические кабинеты, их функции:

- анализ динамики заболеваемости, инвалидизации и смертности населения;
- анализ качества и эффективности диспансеризации и противорецидивного лечения;
- разработка плана лечебно-профилактических мероприятий, направленных на дальнейшее улучшение медицинской помощи населению.

В задачи врачей кардиологических кабинетов входит:

- оказание консультативной помощи участковым врачам-терапевтам по выявлению и лечению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями;
- диспансерное наблюдение наиболее сложных больных.
- контроль и анализ работы с больными с сердечно-сосудистой патологией.

Помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями на дому, в поликлинике и в стационаре предусмотрена гарантированным перечнем видов медицинской помощи, то есть программой по обязательному медицинскому страхованию. Среди ограниченной группы мероприятий по профилактике заболеваний по этому перечню и программам ОМС относится диспансеризация больных, перенесших острый инфаркт миокарда и острые нарушения мозгового кровообращения.

В 2001 году Правительством Российской Федерации была утверждена Федеральная целевая программа «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации», рассчитанная на 2002-2008 годы, в ходе реализации которой улучшилась материально-техническая база учреждений первичного звена здравоохранения, оказывающих помощь кардиологическим больным, повысился уровень квалификации врачей терапевтов и кардиологов, увеличилось число обращений в ЛПУ лиц с повышенным артериальным давлением. В стране получила широкое развитие наиболее эффективная форма профилактической работы с пациентами – Школа здоровья для больных с артериальной гипертонией, задачами которой являются информирование больных о риске, связанном с артериальной гипертонией, положительных результатах постоянного лечения с достижением целевых уровней артериального давления, немедикаментозных методах воздействия на артериальную гипертонию, обучение навыкам самоконтроля за артериальным давлением.

### **3. Злокачественные новообразования и организация медицинской помощи при них.**

Второй острой проблемой современной медицины является злокачественные новообразования. Специалисты называют злокачественные новообразования «убийцей № 2», отмечая тем самыми, что во многих странах мира злокачественные новообразования занимают второе место (после заболеваний системы кровообращения) среди причин смерти. Прежде всего этим, а также высокими потерями вследствие преждевременной смертности и инвалидизации объясняется социально-гигиеническое значение таких заболеваний. Кроме того, злокачественные новообразования характерны фатальной обреченностью для больных при многих локализациях. Если в начале XX века среди всех причин смерти в экономически развитых странах злокачественные заболевания составляли 3-7%, то в настоящее время на их долю приходится 14-20%.

В значительной мере это объясняется более полным выявлением заболеваний в связи с улучшением врачебной диагностики и увеличением в составе населения доли лиц пожилого возраста, преимущественно поражаемых злокачественными новообразованиями.

Численность контингентов больных находящихся на диспансерном учете возрастает в значительно большей мере, чем число ежегодно вновь выявленных больных. При использовании материалов о заболеваемости и болезненности злокачественными новообразованиями, а также о смертности от них обращает на себя внимания рост как абсолютного числа впервые заболевших, хронически больных и умерших, так и относительных величин. Увеличение числа больных с впервые диагностированными злокачественными новообразованиями определяется главным образом изменениями возрастного состава населения, улучшением диагностики заболеваний и более полным учетом заболевших. Это, а также расширение сети онкологических учреждений, более раннее выявление больных и улучшение качества их лечения объясняет рост численности больных злокачественными новообразованиями.

Показатель первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями составил в 2004 году 326,3 на 100 тыс. населения, что на 12,7% выше уровня 1994 года, показатель распространенности по сравнению с 1994 годом вырос на 31,3% и составил 1617,1 на 100 тыс. населения. В 2005 впервые в жизни выявлено 469195 случаев злокачественных новообразований, показатель первичной заболеваемости составил 328,8 на 100 тыс. населения. Максимальные уровни заболеваемости отмечены в Ивановской (411,7 на 100 тыс. жителей), Новгородской (408,2) и Ярославской (394,6) областях, городе Санкт-Петербурге (392,9), минимальные – в республиках Ингушетия (103,2), Дагестан (131,0) и Тыва (158,0). Максимальные значения показателя распространенности в 2004 году зафиксированы в Краснодарском крае (2207,0), Санкт-Петербурге (2097,4), Саратовской области (2069,4), минимальные – в республиках Тыва (429,8) и Дагестан (484,8).

Общее число лиц, состоящих на диспансерном учете в онкологических учреждениях, составляет более 2 млн. человек (около 1,5% всего населения страны), доля сельских жителей около 20%.

И уровень, и структура смертности от злокачественных новообразований находятся в тесной зависимости от пола и возраста. У мужчин в структуре смертности первое место занимает рак органов дыхания, второе - рак желудка и третье - пищевода. У женщин: первое место - рак желудка, второе - молочной железы, третье - рак шейки матки. Смертность от рака у мужчин значительно выше, чем у женщин. Показатель смертности от злокачественных новообразований интенсивно растут с увеличением возраста, что отражает возрастные особенности заболеваемости.

Более высокий уровень смертности мужчин как в целом, так и в отдельных возрастных группах (за исключением 30-ти летних) объясняется, прежде всего, более высоким уровнем заболеваемости раком мужчин, а главное тем, что у мужчин чаще, чем у женщин встречается рак внутренних органов: пищевода (в 2 раза чаще), желудка, трахеи, легких (в 7,2 раза чаще), т.е. таких локализаций, где ранняя диагностика до настоящего времени пред-

ставляют серьезные трудности. У женщин значительную часть составляют опухоли молочной железы, половых органов, т.е. локализаций, при которых имеется большой шанс своевременного выявления.

Большой интерес представляет вопрос о динамике смертности от злокачественных новообразований. Смертность от таких заболеваний по данным ВОЗ растет повсеместно. Однако, большинство ученых, занимающихся вопросами эпидемиологии злокачественных новообразований, считают, что при анализе динамики смертности от таких заболеваний необходимо учитывать некоторые обстоятельства: за последние десятилетия во всем мире улучшилось качество диагностики рака; появилось достаточное количество специалистов онкологов, качественные изменения произошли в гистологическом, рентгенологическом исследовании опухолей, совершенствуется статистический учет таких заболеваний, изменение возрастной структуры населения в сторону его постарения.

Главным звеном в осуществлении специализированной помощи являются онкологические диспансеры. Такие диспансеры, которые оказывают все виды специальной помощи в том числе, и стационарной помощи, организованы в областных центрах и крупных городах. При ЦРБ, в других городах и в городских районных поликлиниках организованы онкологические диспансерные отделения или кабинеты.

Онкологические диспансеры имеют следующие задачи:

- организация раннего выявления больных;
- высококвалифицированное и специализированное лечение;
- организованно-методическое руководство по вопросам онкологии всеми лечебно-профилактическими учреждениями на территории деятельности диспансера;
- внедрение наиболее эффективных методов диагностики и лечения рака в практику лечебных учреждений;
- контроль за лечением больных в лечебных учреждениях;
- изучение и анализ случаев позднего выявления больных;
- организация профилактических осмотров населения;
- оказание помощи органам здравоохранения в разработке планов противораковой борьбы.

Все контингенты онкологических больных, подлежащих диспансеризации делят на следующие группы учета:

1а – больные с подозрением на рак;

1б - предрак;

2 - больные, подлежащие специальному лечению;

2а - больные, подлежащие радикальному лечению;

3 - практически здоровые;

4 - больные в запущенные стадии, требующие интенсивного лечения.

Онкологические диспансеры являются ведущими, но не единственными учреждениями в лечении онкологических больных, большой успех достигается там, где имеет место раннее выявление таких больных, а это возможно лишь при активном участии всех лечебно-профилактических учреждений и, прежде всего, поликлиник. Для раннего выявления злокачественных новообразований имеется две предпосылки: особая онкологическая настороженность врачей всех специальностей и населения, организация и проведение целевых медицинских осмотров населения.

Обязательным разделом работы с онкологическими больными любого лечебного учреждения является анализ запущенных случаев выявления рака. Изучение причин позднего выявления таких больных свидетельствует, что такими являются в 40-50% позднее обращение больного за медицинской помощью; в 35-40% - скрытое, асимптоматическое течение заболевания; до 20% - неправильная диагностика.

Важным показателем работы с онкологическими больными является показатель одно-годовой летальности, т.е. смерти больных раком в первый же год выявления заболевания (на 100 больных). В течение последних десяти лет наметилась положительная тенденция к

снижению этого показателя (1994 год – 38,1%, 2004 – 33,2%).

Существуют два основных принципа профилактики рака:

- 1) изучение канцерогенных веществ и устранение контакта человека с ними - ликвидация профессиональных вредностей на производстве, мероприятия против загрязнения окружающей среды, строгий санитарно-гигиенический контроль воды и продуктов питания.
- 2) раннее выявление и радикальное лечение предопухолевых заболеваний.

#### **4. Туберкулез. Организация специализированной противотуберкулезной помощи населению.**

Среди заболеваний, относящихся к социальным болезням, особое место занимает туберкулез. Социальная природа туберкулеза известна давно. Еще в самом начале века эту болезнь называли "сестрой бедности", и пролетарской болезнью.

Материалы ВОЗ показывают, что имеются резкие колебания уровня заболеваемости и смертности от туберкулеза в зависимости от общественного, классового положения отдельных групп населения. В слабо развитых странах уровень заболеваемости и смертности от туберкулеза значительно выше, чем в экономически развитых странах. В мире смертность от туберкулеза входит в первую десятку, занимая 5-8 место в разных странах. Социально-гигиеническое значение проблемы туберкулеза определяется уровнем эпидемических показателей; тяжестью и длительностью заболевания, большими сроками нетрудоспособности и инвалидности; особенностями организации медицинской помощи и борьбы с туберкулезом, требующими дорогостоящих государственных лечебно-профилактических мероприятий.

Последние несколько лет характеризуются определенной стабилизацией эпидемиологической ситуации по туберкулезу в России. Реализация Федерального Закона «О предупреждении распространения туберкулеза в РФ» (от 18.06.01 № 77-ФЗ), мероприятий, предусмотренных приказом Минздрава России «О предупреждении распространения туберкулеза в РФ» (от 23.05.03 №109) позволяют рассчитывать на дальнейшую стабилизацию показателей заболеваемости туберкулезом.

Однако в целом ситуация с туберкулезом продолжает оставаться весьма напряженной. Хотя заболеваемость туберкулезом населения России за период с 2000 по 2004 годы снизилась на 8,4% (до 83,1 на 100 тыс. населения), по сравнению с 1991 годом ее уровень выше в 2,5 раза. Особенно неблагоприятно обстоит дело с туберкулезом в учреждениях пенитенциарной системы, где показатель заболеваемости выше более чем в 20 раз. Наиболее высокие показатели заболеваемости населения туберкулезом в 2005 году зафиксированы в Корякском автономном округе (444,6 на 100 тыс. населения), Республике Тыва (250,0) и Приморском крае (164,8).

Отмечается возрастно-половые особенности заболеваемости туберкулезом. Самый низкий уровень заболеваемости туберкулезом наблюдается в возрасте до одного года, затем он заметно повышается у детей в возрасте 7-14 лет. Показатель заболеваемости в городах выше в возрасте от 20 до 49 лет, а в сельской местности в возрасте - от 20 до 59 лет.

Несколько иная возрастная характеристика по показателю смертности от туберкулеза. Самый низкий уровень смертности отмечается у городских и сельских жителей в возрасте от 3-х до 19-ти лет. Сравнительно невысоки показатели смертности в возрасте от 25-ти до 29-ти лет. С 30-ти лет они начинают возрастать, достигая максимума в возрасте 50-ти лет. Все показатели выше у мужчин.

Для медицинского обслуживания больных туберкулезом создана сеть специализированных лечебно-профилактических учреждений. К ним относятся: противотуберкулезные диспансеры, больницы, кабинеты поликлиник, туберкулезные санатории.

Наиболее эффективным лечебно-профилактическим учреждением по работе с туберкулезными больными является противотуберкулезный диспансер. В зависимости от территории обслуживания диспансер бывает районным, городским, областным.

В структуре противотуберкулезного диспансера основной частью является амбулаторное звено. Противотуберкулезный диспансер работает по территориально-участковому

принципу. Вся территория обслуживания разделена на участки, а к каждому участку врач-фтизиатр. В зависимости от местных условий (число состоящих на учете лиц и очагов туберкулезной инфекции, наличие крупных промышленных предприятий и т.д.) население на одном фтизиатрическом участке может составить от 20-30 тыс. до 60 тыс. Важно, чтобы границы нескольких терапевтических участков поликлиники и одного фтизиатрического участка совпадали, чтобы участковый врач-фтизиатр работал в тесном контакте с определенными врачами-терапевтами, педиатрами, врачами общей практики.

Другими структурными подразделениями диспансера являются бактериологическая лаборатория и рентгеновский кабинет, при некоторых диспансерах действуют флюорографические станции. Кроме того, в структуре противотуберкулезного диспансера может быть стационарное отделение.

Всю работу с туберкулезом в районе деятельности диспансер проводит по комплексному плану, в котором кроме медицинских учреждений очень важно участие и других ведомств. Основную часть комплексного плана составляют санитарно-профилактические мероприятия:

- организация своевременного выявления больных и ревакцинация неинфицированных;
- организация своевременного выявления больных и массовых целевых профосмотров;
- оздоровление очагов туберкулезной инфекции, жилищное устройство бациллоносителей;
- трудовое устройство больных;
- санитарно-просветительная работа.

Значительное место в комплексном плане занимают новые методы диагностики и лечения больных, стационарное и санаторное лечение, подготовка врачей по фтизиатрии.

Противотуберкулезный диспансер - это учреждение закрытого типа, т.е. больного туда направляет врач, который выявляет такое заболевание. При выявлении туберкулеза в любом медицинском учреждении в противотуберкулезный диспансер по месту жительства больного направляют «Извещение о больном с впервые в жизни установленном диагнозом, диагнозом активного туберкулеза» (№ 089/у).

Врач противотуберкулезного диспансера организует тщательное обследование и при уточнении диагноза ставит больного на диспансерный учет. Все лица, взятые на учет в противотуберкулезном диспансере, делятся на группы учета, каждая из которых имеет свою длительность наблюдения и периодичность диспансерных явок:

I. Активный туберкулез (I А и I В).

II. Затихающий туберкулез.

III. Клинически излеченный туберкулез (III А и III В).

IV. Контакты.

V. Внелегочный туберкулез.

VI. Группы для детей.

VII. Повышенный риск или рецидив.

VIII. Туберкулезные изменения в легких при необходимости уточнения их активности.

Профилактика проводится туберкулеза в двух направлениях:

1). Санитарная профилактика - меры, направленные на предупредительные заражения туберкулезом здоровых; на улучшение эпидемиологической обстановки, в том числе текущая и заключительная дезинфекции, воспитание гигиенических навыков туберкулезных больных.

2). Специфическая профилактика - вакцинация и ревакцинация, химиопрофилактика.

## **5. Травматизм и организация медицинской помощи при травмах.**

Одной из важнейших социально-гигиенических проблем в настоящее время является травматизм. На протяжении всего XX века актуальность проблемы травматизма росла, при-

чем особое беспокойство вызывает не просто рост травматизма в России (особенно в последние годы), а то обстоятельство, что отмечается рост травматизма со смертельным исходом, с переходом на инвалидность, с временной утратой трудоспособностью. Сегодня в экономически развитых странах мира травмы занимают 3-е место среди причин смерти населения, причем травмы уносят жизни людей наиболее молодого трудоспособного возраста. Среди мужчин в возрастных группах от 1 года до 44 лет смертность от травм занимает 1-е место.

Многие исследователи рассматривают травматизм как современную "новую эпидемию". Самым социально значимым является автотранспортный травматизм из-за большого числа и тяжести несчастных случаев. По далеко не полным подсчетам ВОЗ, число пострадавших на дорогах достигает ежегодно более 10 млн. человек, из которых 250 тыс. погибает. Во всех странах мира уровень травматизма значительно выше среди мужчин, чем среди женщин. Кроме большого личного несчастья, с травматизмом связан огромный общественный и экономический ущерб. Но не только травмы на дорогах, в быту и на производстве требуют усиленного внимания общества. Война обрекает миллионы людей на самую страшную из всех эпидемий - эпидемию травматизма. Таким образом, проблема травматизма затрагивает многие стороны общественной жизни и не может быть решена только врачами, эта проблема международного и общегосударственного характера и должна решаться комплексно, совместно органами здравоохранения, просвещения, охраны общественного порядка, социального обеспечения, транспортными и промышленными ведомствами.

На протяжении последних лет сохраняется рост показателя распространенности травм, отравлений и других несчастных случаев. Из каждых 100 человек в настоящее время в течение календарного года 9-10 человек получают травмы и нуждаются в оказании медицинской помощи, квалифицированном и специализированном лечении. Показатель травматизма колеблется в различных регионах России, при уровне среднероссийского показателя 91,6 на 1000 населения, в Астраханской области этот показатель равен 46,7 на 1000 населения, а в г. Санкт-Петербурге – 127,2 на 1000 населения. Распространенность травм среди различных возрастных групп имеет существенные различия. Наиболее подвержены травмам подростки, показатель травматизма у подростков на 12% превышает аналогичный показатель у взрослых и на 6% у детей. Уровень травматизма у детей колеблется от 20,1 (Карачаево-Черкессия) до 168,1 на 1000 детей (г. Москва), в подростковом возрасте варьирует от 30,7 (Калининградская область) до 187,0 (Приморский край) на 1000 подростков.

В структуре травматизма среди взрослого населения подавляющее большинство составляют травмы, не связанные с производством, - 91,7%, производственные травмы составляют 8,3%. Среди непромышленных преобладают бытовые и уличные травмы, их удельный вес составляет 72,7% и 19,9% соответственно. У детей и подростков первое место в структуре травм занимают бытовые травмы (50,4%), второе – уличные травмы (33,5%), школьные травмы составляют 7,2%.

В структуре травм по характеру повреждений около трети составляют поверхностные травмы, на долю открытых ран приходится 19,2%, удельный вес вывихов и растяжений 11,4%. В структуре непромышленных травм со смертельным исходом на долю бытовых травм приходится 45-48%, на долю дорожно-транспортных – 25-30%. Дорожно-транспортные травмы самые тяжелые, 25% пострадавших нуждаются в стационарном лечении (при других видах – 8%).

Травматизм у мужчин в 1,5-2 раза выше, чем у женщин. Это объясняется не только профессионально-производственными особенностями мужчин, т.к. непромышленный травматизм также у мужчин в 2 раза выше, чем у женщин.

Значительное место травмы занимают в заболеваемости с ВУТ. Из каждых 100 работающих 6,4 временно теряют трудоспособность в среднем на 21,2 дня. Определенную долю занимают травмы в госпитализированной заболеваемости, занимая, например, 1-е место среди всех госпитализированных в больницы, работающих в режиме больниц скорой медицинской помощи. При этом в последнее время отмечается тенденция к увеличению доли лиц, госпитализированных с тяжелыми комбинированными и множественными травмами, что в



значительной степени связано с ростом количества автотранспорта.

Под травматизмом понимают совокупность травм, возникающих за определенный промежуток времени у различных групп населения.

В зависимости от цели изучения травматизма используются различные принципы в классификации травм:

- 1) по обстоятельствам несчастного случая:
  - производственный: промышленный, сельскохозяйственный;
  - непроизводственный: бытовой, транспортный, уличный;
- 2) по контингентам населения: по возрасту, полу, образованию, профессии, а также в связи с состоянием опьянения;
- 3) по характеру травм: ушиб, сотрясение, ранение, перелом;
- 4) по локализации травм: травмы головы, туловища, конечностей;
- 5) по месту оказания медицинской помощи: больница, поликлиника, травмпункт;
- 6) по последствиям травм: без потери трудоспособности, с временной потерей трудоспособности, инвалидность, смертность.

Наибольшую долю в статистике травматизма занимает производственный травматизм. Различают следующие причины промышленного травматизма:

- технического характера;
- организационного характера;
- санитарно-гигиенического порядка;
- факторы личного порядка.

Как правило, 60-70% производственных травм возникает в результате организационных причин, устранение которых не требует материальных затрат. В исследовании травматизма нельзя не обратить внимания на экономическую сторону проблемы. В связи с травматизмом довольно серьезный ущерб наносится экономическому потенциалу общества. При этом, каждая травма влечет за собой разнообразные виды материального ущерба, связанного с расходами по оказанию медицинской помощи, выплатами по социальному страхованию, а также стоимость несозданной продукции (недополученного дохода).

Профилактика травматизма на производстве характеризуется следующими особенностями:

- плановостью проведения мероприятий по регистрации расследования причин травм и их устранения;
- плановостью проводимых мероприятий;
- ответственностью за все случаи производственного травматизма;
- проведением обязательного инструктажа по технике безопасности.

Непроизводственный травматизм занимает значительную долю среди травм, характеризуется многообразием и трудностью учета, сложностью организации профилактики.

Наиболее актуальной социально-гигиенической проблемой является детский травматизм. Несчастные случаи с детьми являются не только горем данного ребенка и его семьи, но и приносят большой ущерб как современному, так и будущему обществу. Различают следующие виды детского травматизма:

- 1) бытовой;
- 2) транспортный;
- 3) спортивный;
- 4) школьный.

Бытовой травматизм у детей составляет 63% от всех травм, частота травм у мальчиков в 2-3 раза выше, чем у девочек. Опасность несчастного случая в быту возрастает в связи с использованием в квартирах новейших технологических приспособлений, электрических и газовых приборов. Исследования показали, что наибольшее число бытовых травм происходит в квартирах. Доказано, что число травм, происходящих у неорганизованных детей гораздо выше числа травм у детей из организованных коллективов. Спортивный травматизм у детей разделяется на травматизм при организованном и неорганизованном занятием спор-

том.

Для борьбы с детским травматизмом необходимы комплексные профилактические мероприятия, охватывающие условия жизни детей в школах, ПТУ, во дворах и на улицах. Борьба с детским травматизмом должна вестись общими усилиями медиков, педагогов, органов милиции. Особое внимание должно быть обращено на условия и организацию проведения досуга детей во дворах.

Рациональная организация травматологической помощи основана на нескольких принципах: приближение первой помощи к месту происшествия, этапность оказания помощи при травмах (выделяют 4 этапа):

- 1 - первая помощь;
- 2 - врачебная внебольничная помощь;
- 3 - стационар;
- 4 - восстановительное лечение.

Из общего числа пострадавших 90-95% нуждаются только в амбулаторной помощи, а из числа лиц с травмами, получивших стационарную помощь практически все после выписки из больниц направляются на амбулаторное лечение.

В зависимости от численности населения территориальная амбулаторная травматологическая помощь может быть организована по-разному. В городах с небольшой численностью населения, пострадавшие для получения амбулаторной помощи обращаются в хирургический кабинет поликлиники, а в часы, когда поликлиника не работает, в приемное отделение стационара. Такая организация по целому ряду причин не является оптимальной. Поэтому при наличии возможности в поликлинике выделяют отдельные травматологические приемы - травматологические кабинеты.

Наиболее оптимальной формой организации травматологической помощи является организация травматологических пунктов, которые открывают обычно при поликлиниках, но могут быть изредка открыты и вне поликлиники, в приспособленном помещении. Важно, чтобы такой пункт работал круглосуточно и круглосуточно при нем действовал рентгеновский кабинет. Часто больные получают там первую помощь и направляются в стационар, а подавляющее большинство больных получают в травматологическом пункте не только первую квалифицированную помощь, но и полное лечение до выздоровления. Организация травматологических пунктов является наиболее оптимальной формой амбулаторной помощи пострадавшим с травмами. Открывают травматологические пункты в городах или административных районах города с населением 150-200 тыс. человек.

Важной медико-социальной задачей является организация восстановительного лечения и реабилитация больных и инвалидов вследствие несчастных случаев.

#### **Рекомендованная литература**

А) Основная литература:

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, - М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 528 с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
4. Сестринское дело. Административно-управленческие дисциплины: Учебное пособие / Под ред. Г.П. Котельникова. 2-ое изд., перераб. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 666 с.: ил. – (Высшее образование).

Б) Дополнительная литература:

5. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение / Санкт-Петербург, ООО «Издательство «Петрополис», - 2000. – 914 с. (библиотека кафедры).

В) Учебно-методические пособия, рекомендации и т.д., изданные кафедрой:

6. Общественное здоровье и здравоохранение (Методические указания по выполнению контрольных работ) / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Е.А. Захарова, Е.А. Валах. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2006. - 92 с. (научная библиотека)
7. Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В. Общественное здоровье и здравоохранение. Курс лекций. / Учебное пособие. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 220 с. (библиотека кафедры).
8. Организация медицинской помощи населению (Методические указания по выполнению контрольных работ по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение») / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Н.А. Жихарева. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 138 с. (научная библиотека).

## ЛЕКЦИЯ 17

### СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ

**Цель:** получение теоретических знаний о современной системе социальной защиты населения в РФ.

#### Основные вопросы лекции

1. Право на социальное обеспечение и его функции.
2. Виды социального обеспечения.
3. Социальное страхование.

#### Содержание

##### 1. Право на социальное обеспечение и его функции.

Одним из неотчуждаемых и основных социально-экономических прав человека является право на социальное обеспечение. Оно закреплено в ряде международных актов, в частности в ст. 26 Всеобщей декларации прав человека 1948 года и статьях II Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах 1996 года, а также в Конституции Российской Федерации.

В соответствии со ст.39 Конституции РФ каждому гражданину «гарантируется социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и в иных случаях, установленных законом». Данная статья закрепляет за государством обязанность оказывать социальную поддержку гражданам, оказавшимся в результате ухудшения здоровья или потери трудоспособности в тяжелой жизненной ситуации, а также осуществлять правовое регулирование отношений, возникающих в связи с предоставлением денежных средств и услуг в целях удовлетворения потребностей нетрудоспособных граждан.

Основная сущность социального обеспечения проявляется в его функциях: социально-реабилитационной, экономической, политической, демографической и других.

1. Социально-реабилитационная функция направлена на поддержание и восстановление общественного статуса граждан, являющихся наиболее социально слабой группой населения.

2. Экономическая функция заключается в полной или частичной компенсации утраченного источника средств существования, оказании минимальной денежной и натуральной помощи малоимущим гражданам, а также в предоставлении бесплатных медицинских, транспортных и других социальных услуг.

3. Политическая функция способствует ослаблению социальной напряженности в обществе, которая возникла в результате увеличения социальной дистанции между различными группами населения и чрезмерными отличиями в уровне жизни.

**Социальное обеспечение** – система мер по материальному обеспечению и обслуживанию престарелых, нетрудоспособных граждан, семей с детьми, а также лиц, нуждающихся в социальной помощи.

Для осуществления своих функций в этой области государство создало целую систему социальной защиты населения, которая включает в себя выплату пенсий, пособий, компенсаций, оказание медицинских и других социальных услуг, руководит созданием финансовой базы и организационных структур, необходимых для реализации конституционного права каждого гражданина на социальное обеспечение.

##### 2. Виды социального обеспечения.

К основным видам социального обеспечения следует отнести: пенсионное обеспечение; систему пособий; систему льгот нуждающимся категориям населения (инвалидам, ветеранам и др.); систему профессионального обучения, трудоустройства и протезно-ортопедической помощи инвалидам; социальное обслуживание престарелых, инвалидов и лиц, находящихся в трудной жизненной ситуации; социальную помощь семье и детям.

Важнейшей функцией социального обеспечения является выплата гражданам пенсий – ежемесячных денежных выплат нетрудоспособным гражданам в связи с их прошлой тру-

довой или иной общественно полезной деятельностью.

Основным видом **пенсионного обеспечения** являются трудовые пенсии, которые назначаются в связи с трудовой или иной общественно полезной деятельностью.

К трудовым пенсиям относятся пенсии по старости (по возрасту), по инвалидности, по случаю потери кормильца, за выслугу лет. Пенсия по старости назначается в связи с достижением определенного возраста при наличии требуемого стажа работы. Пенсия по инвалидности устанавливается в связи с длительной или постоянной фактической утратой трудоспособности (инвалидностью). Пенсия за выслугу лет назначается при наличии определенного специального стажа, независимо от возраста и фактического состояния трудоспособности, а пенсия по случаю потери кормильца назначается нетрудоспособным членам семьи умершего, которые находились ранее на его иждивении.

Следующим видом социального обеспечения являются **страховые пособия**. Законодательство различает страховые пособия: по болезни, по беременности и родам, в связи с рождением ребенка, на период отпуска по уходу за ребенком до полутора лет, по безработице, на санаторно-курортное лечение и др.

Пособие по временной нетрудоспособности – это выплата, предоставляемая в случаях, когда выполнение работы или иной деятельности невозможно в связи с краткосрочным ухудшением здоровья, в размерах, пропорциональных заработку, иному доходу или в твердой сумме. Пособие по временной нетрудоспособности выдается при заболевании, при санаторно-курортном лечении, при болезни члена семьи и необходимости ухода за ним, при карантине, при временном переводе на другую работу в связи с заболеванием туберкулезом или профессиональным заболеванием, при протезировании с помещением в стационар протезно-ортопедического предприятия, в связи с беременностью и родами.

Пособие по безработице – это выплата, предоставляемая в течение установленного законом срока лицам, признанным безработными, в размере, пропорциональном утраченному заработку или твердой сумме. Решение о признании лица безработным принимается органами службы занятости по месту его жительства не позднее 11 дней со дня предъявления паспорта и необходимых документов.

Для поддержания и оказания помощи семье в содержании и воспитании детей законодательством предусмотрены следующие виды государственных пособий: единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинские учреждения в ранние сроки беременности; единовременное пособие при рождении ребенка; пособие по беременности и родам; ежемесячное пособие на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им 1,5 лет; ежемесячное пособие на ребенка. Предоставление пособий регламентируется ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» от 19.05.95 г. С внесенными изменениями, Постановлением Правительства РФ «Об утверждении Положения о порядке назначения и выплаты государственных пособий гражданам, имеющим детей» и другими нормативными актами.

Комплекс мер по улучшению демографической предусматривает предоставление дополнительных мер государственной поддержки в виде материнского (семейного) капитала в сумме 250 тыс. рублей женщинам, родившим (усыновившим) после 1 января 2007 года второго ребенка, третьего или последующего ребенка.

Лица, получившие государственный сертификат на материнский (семейный) капитал, смогут, начиная с 1 января 2010 года (то есть после достижения ребенком возраста трех лет либо истечения трех лет со дня его усыновления), направить сумму материнского (семейного) капитала, либо ее часть на следующие направления:

- получение образования;
- приобретение жилья на территории Российской Федерации;
- формирование накопительной части трудовой пенсии женщины.

Следующим видом социального обеспечения является оказание **страховых услуг**, к которым, в частности, относится бесплатная медицинская и лекарственная помощь, в рамках Федеральной и территориальных программ государственных гарантий, а также финансиру-

вание профилактических мероприятий. Медицинское страхование осуществляется в двух видах (обязательном и добровольном) и регулируется ФЗ «О медицинском страховании граждан в РФ» в редакции ФЗ от 02.04.93 г. (с последующими изменениями) и другими нормативными актами.

Следующей организационной формой социального обеспечения является **государственная социальная помощь**. Финансирование социальной помощи осуществляется за счет бюджетов всех уровней, а также федерального и региональных фондов социальной поддержки. Законодательством определен круг лиц, имеющих право на социальную помощь, ее виды и размеры.

Основными получателями государственной социальной помощи являются лица, которые по уважительным, не зависящим от них причинам, не работали и не платили обязательные страховые взносы и не имеют средств для существования в объеме прожиточного минимума.

Основными видами государственной **социальной помощи** являются: социальные пенсии, социальные пособия и социальные услуги.

**Социальная пенсия** – это гарантированная государством минимальная помощь, предоставляемая в связи с достижением установленного возраста, инвалидностью или потерей кормильца лицам, не имеющим других средств существования, независимо от трудового вклада и уплаты страховых пенсионных взносов. Получателями социальных пенсий являются: мужчины, достигшие 65 лет, женщины 60 лет, инвалиды 1 и 2 группы, инвалиды детства, инвалиды 3 группы, дети-инвалиды до 18 лет.

Видами **социальных пособий** являются единовременные пособия на погребение, беженцам и вынужденным переселенцам, а также компенсационные выплаты на оплату жилья и коммунальных услуг.

Оказание **социальных услуг** осуществляется в рамках целой системы социального обслуживания, которая представляет собой деятельность социальных служб по социальной поддержке населения, оказанию социально-бытовых, социально-правовых, психолого-педагогических, социально-медицинских услуг, проведение социальной адаптации и реабилитации граждан, попавших в трудную жизненную ситуацию. Социальное обслуживание населения проводится в соответствии с ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» от 10.12.95 г., ФЗ «О социальной защите инвалидов» от 24.11.95 г., ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 2.08.95 г. и другими нормативными актами.

**Социальное обслуживание** – это совокупность социальных услуг, оказываемых гражданам, не способным к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, инвалидностью, а также лицам, находящимся в трудной жизненной ситуации. В ней могут оказываться граждане в связи с безработицей, стихийными бедствиями, катастрофами, пострадавшие в результате различных конфликтов, включая семейные, межэтнические и др.

Основными видами **социального обслуживания** являются: социальное обслуживание на дому, стационарное социальное обслуживание, обеспечение средствами передвижения, протезирование, погребение и другие услуги.

Социальное обслуживание на дому включает в себя доставку продуктов, уборку помещения, приобретение медикаментов, продовольственных и промышленных товаров первой необходимости, содействие в получении медицинской помощи и других гарантированных услуг, предусмотренных Федеральным перечнем.

Стационарное социальное обслуживание предполагает помещение некоторых категорий граждан (с учетом возраста, состояния здоровья и других факторов) в специальные учреждения (детские дома и приюты, интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические интернаты и др.). Лица, проживающие в стационарных учреждениях, имеют право на уход, медико-санитарную и стоматологическую помощь, свободное посещение родственниками и другие услуги.

Система социального обслуживания включает в себя различные учреждения. В их

число входят: комплексные центры социального обслуживания; территориальные центры социальной помощи семье и детям; центры социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов; социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних; центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей; социальные приюты для детей и подростков; центры психолого-педагогической помощи населению; центры экстренной психологической помощи по телефону; центры (отделения) социальной помощи на дому; дома ночного пребывания; специальные дома для одиноких и престарелых; стационарные учреждения социального обслуживания (дома-интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические интернаты, детские дома-интернаты для умственно-отсталых детей, дома-интернаты для детей с физическими недостатками); геронтологические центры; кризисные центры и иные учреждения.

Социальное обслуживание по желанию граждан пожилого возраста и инвалидов может осуществляться на постоянной или временной основе. Особо востребованной формой социального обслуживания является надомное. Наряду с надомными службами, система социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов включает в себя полустационарное социальное обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания, срочное социальное обслуживание, социально-консультативную помощь и стационарное социальное обслуживание.

Из нестационарных учреждений наибольшее развитие в последние годы получили муниципальные центры социального обслуживания. Они занимаются выявлением граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в таком обслуживании, определяют необходимые для них виды социальных услуг, обеспечивают их предоставление, осуществляют срочное социальное обслуживание, а также оказывают населению социально-консультативную помощь.

На оказание разносторонней социально-бытовой помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся по состоянию здоровья в постоянном уходе и наблюдении, направлено стационарное социальное обслуживание. Одной из новых форм социального обслуживания является развитие сети специальных жилых домов для одиноких пожилых граждан и супружеских пар с комплексом служб социально-бытового назначения.

Важным видом социального обеспечения является система льгот. Социальные льготы – это дополнительные права и преимущества для отдельных категорий граждан, не имеющих возможности реализовать общую для всех правовую норму по независящим от них причинам, либо для лиц, имеющих особые заслуги перед государством.

Специалисты по социальному праву классифицируют льготы:

- по субъектам (пенсионеры, инвалиды I и II групп, бывшие узники фашизма, Герои СССР и РФ, лица, подвергшиеся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС и пр.);
- по содержанию (бесплатный проезд на транспорте, бесплатное получение лекарств, освобождение от оплаты жилья и коммунальных услуг, бесплатная установка телефона и др.);
- по источникам финансирования (государственные внебюджетные фонды социального страхования, бюджеты различных уровней) и другим признакам.

**Профессиональное обучение и трудоустройство инвалидов** как вид социального обеспечения имеет особую значимость. Государство предоставляет инвалидам гарантии трудовой занятости. В соответствии с Федеральным Законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» предусмотрен целый комплекс мер, направленных на повышение их конкурентоспособности на рынке труда:

- осуществление льготной финансово-кредитной политики в отношении специализированных предприятий, применяющих труд инвалидов, а также предприятий, учреждений, организаций, общественных объединений инвалидов;
- установление квот для приема на работу инвалидов и минимального количества спе-

циальных рабочих мест для них. Организационно-правовых форм и форм собственности, численность работников в которых составляет более 30 человек, устанавливается квота для приема на работу инвалидов в процентах к численности работников, но не менее трех процентов;

- резервирование рабочих мест по профессиям, наиболее подходящим для трудоустройства инвалидов;
- стимулирование создания предприятиями, учреждениями, организациями дополнительных рабочих мест, в том числе специальных, для трудоустройства инвалидов;
- создание инвалидам условий труда в соответствии с их индивидуальными программами реабилитации.

Протезно-ортопедическая помощь инвалидам направлена на обеспечение их необходимыми протезами, личными средствами передвижения дома и на улице, а также ортезами, то есть аппаратами и корсетами, необходимыми для жизни (ортопедическая обувь и др.). Личными средствами передвижения инвалидов являются специальные вело- и мотоколяски, автомашины с ручным управлением. Инвалиды имеют право на изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий (кроме зубных протезов из драгоценных металлов) за счет средств бюджета, они также обеспечиваются необходимыми средствами телекоммуникационного обслуживания, специальными телефонными аппаратами, в том числе для абонентов с дефектами слуха.

### **3. Социальное страхование.**

Финансовыми источниками социального обеспечения являются: налоговые поступления в государственный бюджет, внебюджетные обязательные страховые платежи, благотворительные средства. По мере становления в нашей стране рыночных механизмов хозяйствования обязательное государственное социальное страхование становится основным финансовым источником, покрывающим расходы на социальное обеспечение. Главным образом через систему государственного социального страхования реализуются права человека на обеспечение в случае старости, потери трудоспособности, болезни, несчастного случая, безработицы, потери кормильца и др.

**Социальное страхование** – это система мер по созданию особых денежных фондов, формируемых за счет страховых взносов предприятий, организаций, граждан и государственных средств, направляемых на материальное обеспечение нуждающихся лиц, а также выплаты сумм возмещения имущественного и другого ущерба. В формировании страховых взносов, прежде всего, участвуют работодатели. Пенсионное обеспечение военнослужащих и приравненных к ним граждан осуществляется за счет средств, ассигнуемых в Пенсионный фонд страны из государственного бюджета. Платежи на медицинское страхование неработающего населения осуществляют органы исполнительной власти опять же за счет бюджетных средств.

Многообразие форм государственного социального страхования определяется характером его направленности. К числу основных форм государственного социального страхования можно отнести: пенсионное; медицинское; страхование на период временной нетрудоспособности, беременности, родов, по уходу за ребенком, на осуществление оздоровительно-профилактических мероприятий; страхование на случай безработицы; страхование, связанное с возмещением имущественного и иного ущерба. В нашей стране некоторые категории работников обеспечиваются за счет средств государственного социального страхования пенсиями и за выслугу лет.

Государственному социальному страхованию подлежат индивидуальные предприниматели, наемные работники и другие лица, круг которых определен законом. Страховыми случаями могут быть: безработица, болезнь, инвалидность, старость, смерть кормильца и другие, которые устанавливаются законом. Выплаты осуществляются за счет страховых взносов, которые аккумулируются в определенном фонде. И хотя в организационно-правовом плане и в источниках формирования средств фонда они схожи, тем не менее суще-



ствуют и отличия. Так, не одинаков страховой тариф; полностью не совпадает круг выплат, на которые начисляются страховые взносы; также существует некоторая разница в применении штрафных санкций за неуплату страховых взносов и сокрытие денежных сумм, на которые должны начисляться взносы.

Уплата страховых взносов в социальные фонды автоматически наделяет граждан правом на получение выплат, которыми являются трудовые пенсии и страховые пособия, а также на получение страховых услуг.

Право гражданина на многие виды социального обеспечения напрямую зависит от его трудовой или иной общественно-полезной деятельности, т. е. от трудового стажа. Трудовой стаж – это продолжительность трудовой, иной общественно-полезной деятельности (военной и приравненной к ней службе), а также других периодов, с которыми связано приобретение права на все виды трудовых пенсий и некоторые виды пособий. Трудовой стаж имеет две основные характеристики: количественную (продолжительность в годах) и качественную (выраженную в специфике условий труда, климатических зон и территорий, в которых осуществлялась трудовая деятельность).

### **Рекомендуемая литература**

#### **А) Основная литература:**

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, - М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 528 с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
4. Сестринское дело. Административно-управленческие дисциплины: Учебное пособие / Под ред. Г.П. Котельникова. 2-ое изд., перераб. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 666 с.: ил. – (Высшее образование).

#### **Б) Дополнительная литература:**

5. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение / Санкт-Петербург, ООО «Издательство «Петрополис», - 2000. – 914 с. (библиотека кафедры).

#### **В) Учебно-методические пособия, рекомендации и т.д., изданные кафедрой:**

6. Общественное здоровье и здравоохранение (Методические указания по выполнению контрольных работ) / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Е.А. Захарова, Е.А. Валах. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2006. - 92 с. (научная библиотека)
7. Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В. Общественное здоровье и здравоохранение. Курс лекций. / Учебное пособие. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 220 с. (библиотека кафедры).
8. Организация медицинской помощи населению (Методические указания по выполнению контрольных работ по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение») / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Н.А. Жихарева. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 138 с. (научная библиотека).

## ЛЕКЦИЯ 18 ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

**Цель:** получение представления о видах медицинской экспертизы.

**Основные вопросы лекции.**

1. Основные виды медицинской экспертизы.
2. Экспертиза временной нетрудоспособности.
3. Медико-социальная экспертиза.

**Содержание**

### 1. Основные виды медицинской экспертизы.

Основополагающим документом, регламентирующим вопросы проведения медицинской экспертизы, являются «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».

Основными видами медицинской экспертизы являются:

- 1). Экспертиза временной нетрудоспособности.
- 2). Медико-социальная экспертиза.
- 3). Военно-врачебная экспертиза.
- 4). Судебно-медицинская экспертиза.
- 5). Судебно-психиатрическая экспертиза
- 6). Независимая медицинская экспертиза.

**Экспертиза временной нетрудоспособности** граждан в связи с болезнью, увечьем, беременностью, родами, уходом за больным членом семьи, протезированием, санаторно-курортным лечением и в иных случаях производится в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.

Экспертиза временной нетрудоспособности производится лечащими врачами государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, которые единолично выдают гражданам листки нетрудоспособности сроком до 30 дней, а на больший срок листки нетрудоспособности выдаются врачебной комиссией, назначаемой руководителем медицинского учреждения.

При экспертизе временной нетрудоспособности определяются необходимость и сроки временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, а также принимается решение о направлении гражданина в установленном порядке на медико-социальную экспертную комиссию, в том числе при наличии у этого гражданина признаков инвалидности.

При оформлении листка нетрудоспособности сведения о диагнозе заболевания с целью соблюдения врачебной тайны вносятся с согласия пациента, а в случае его несогласия указывается только причина нетрудоспособности (заболевание, травма или иная причина).

**Медико-социальная экспертиза** устанавливает причину и группу инвалидности, степень утраты трудоспособности граждан, определяет виды, объем и сроки проведения их реабилитации и меры социальной защиты, дает рекомендации по трудовому устройству граждан.

Целью **судебно-медицинской экспертизы** является решение вопросов, требующих специальных познаний в области судебной медицины. Видами судебно-медицинской экспертизы являются освидетельствование живых лиц, исследование трупов, экспертиза вещественных доказательств по материалам дела.

**Судебно-психиатрическая экспертиза** проводится для установления наличия или отсутствия психических расстройств, имеющих юридическое значение для определения судом вменяемости или дееспособности лиц, а также вреда, причиненного здоровью граждан.

При несогласии граждан с заключением медицинской экспертизы по их заявлению производится **независимая медицинская экспертиза**. Экспертиза признается независимой, если производящие ее эксперт либо члены комиссии не находятся в служебной или иной зависимости от учреждения или комиссии, производивших медицинскую экспертизу, а также от органов, учреждений, должностных лиц и граждан, заинтересованных в результатах

независимой экспертизы.

## **2. Экспертиза временной нетрудоспособности.**

Основной задачей экспертизы временной нетрудоспособности является оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, возможность осуществлять профессиональную деятельность, а также определение степени и сроков временной утраты трудоспособности.

Временная нетрудоспособность - состояние здоровья, когда функциональные нарушения, вызванные заболеванием, травмой, другими социальными и медицинскими причинами, предусмотренными законодательством по социальному страхованию, носят обратимый характер, т.е., невозможность выполнения человеком работы вообще или по конкретной специальности, носит кратковременный характер.

Полная временная нетрудоспособность - состояние, когда пациент временно не может и не должен работать в связи с медицинскими или социальными причинами.

Частичная временная нетрудоспособность - состояние, когда пациент не может выполнять работу по своей специальности или должности, но без ущерба для здоровья может выполнять другую, более легкую работу.

Медицинскими документами, удостоверяющими утрату трудоспособности пациента, является листок нетрудоспособности и в некоторых случаях - справка.

Функциями листка нетрудоспособности являются:

- 1) Медицинская функция - указывается вид нетрудоспособности и лечебно-охранительного режима.
- 2) Юридическая функция - удостоверяет освобождение от работы на период временной нетрудоспособности.
- 3) Финансово-страховая функция - дает право на получение материального пособия из фонда социального страхования.
- 4) Статистическая функция - на основании листков о временной нетрудоспособности заполняется отчет о временной нетрудоспособности и проводится анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Выдача листка нетрудоспособности предусмотрена следующим категориям граждан:

- гражданам РФ, иностранным гражданам, в т.ч. стран СНГ, лицам без гражданства, беженцам, вынужденным переселенцам, работающим на предприятиях, организациях, учреждениях РФ, независимо от формы собственности и находящихся на штатных, сезонных или временных работах,
- неработающим гражданам, у которых нетрудоспособность наступила в течение одного месяца после увольнения с работы по уважительным причинам,
- безработным, состоящим на учете в территориальных органах труда и занятости населения,
- бывшим военнослужащим при наступлении нетрудоспособности в течение одного месяца после увольнения со срочной службы из вооруженных сил РФ.

Гражданам, находящимся вне постоянного места жительства, листок нетрудоспособности выдается лечащим врачом, установившим факт нетрудоспособности, с разрешения администрации ЛПУ с учетом дней, необходимых для проезда к месту жительства.

При оказании медицинской помощи в рамках договоров с гражданами или организациями на платной основе листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях в установленном порядке.

Справки о нетрудоспособности служат юридическим документом для освобождения от работы или учебы и являются документом для анализа заболеваемости. Справки выдаются:

- студентам высших и средних специальных учебных заведений, учащимся профессионально-технических училищ, докторантам и аспирантам,
- военнослужащим,

- в случаях анонимного лечения,
- гражданам, самостоятельно обратившимся за консультативной медицинской помощью, гражданам, проходящим обследование в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях по направлению военных комиссариатов, следственных органов, прокуратуры, суда,
- при прохождении судебно-медицинской экспертизы в случае отсутствия признаков нетрудоспособности,
- по уходу за больным взрослым и ребенком в случаях, когда выдача листка нетрудоспособности не предусмотрена.

Право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, имеют:

- лечащие врачи государственных, муниципальных и частных лечебно-профилактических учреждений, имеющие диплом о высшем медицинском образовании и сертификат специалиста (осуществляют экспертизу временной нетрудоспособности на основании лицензии, выданной учреждению);
- лечащие врачи, занимающиеся частной групповой или индивидуальной медицинской практикой вне учреждения здравоохранения, при наличии у них диплома о высшем медицинском образовании, лицензии на основной вид медицинской деятельности и проведения экспертизы временной нетрудоспособности, а также свидетельства (удостоверения) об окончании курсов повышения квалификации по экспертизе временной нетрудоспособности;
- средние медицинские работники в исключительных случаях (труднодоступные сельские районы, Крайний Север) по решению местных органов управления здравоохранения.

При заболеваниях и травмах лечащий врач выдает листок нетрудоспособности единолично и одновременно на срок 10 календарных дней и продлевает его единолично на срок до 30 календарных дней. Средний медицинский работник, имеющий право выдавать листок нетрудоспособности, единолично и одновременно выдает его на срок до 5 календарных дней и продлевает до 10 календарных дней, в исключительных случаях после консультирования с врачом ближайшего ЛПУ, на срок до 30 календарных дней.

Не имеют права на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, медицинские работники станций скорой помощи, переливания крови, учреждений судебно-медицинской экспертизы, бальнеогрязелечебниц, домов отдыха, туристических и спортивных баз, учреждений Роспотребнадзора, приемных отделений больниц, параклинических подразделений (физиотерапевты, врачи-лаборанты, рентгенологи).

Основными уровнями экспертизы временной нетрудоспособности в лечебном учреждении являются лечащий врач и врачебная комиссия медицинской организации.

Лечащий врач определяет вид и сроки нетрудоспособности с учетом индивидуальных особенностей течения заболевания и ориентировочных сроков нетрудоспособности при различных заболеваниях, выдает документ, удостоверяющий нетрудоспособность, своевременно направляет пациента на консультацию во врачебную комиссию для продления листка нетрудоспособности и решения других экспертных вопросов, при наличии у пациента признаков стойкой утраты трудоспособности подготавливает документы во врачебную комиссию для направления его на медико-социальную экспертизу.

Порядок организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации утвержден приказом министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14.03.2007 г. №170.

Врачебная комиссия создается в медицинских организациях, независимо от ее организационно-правовой формы, формы собственности и ведомственной принадлежности, с целью принятия решений по вопросам диагностики, лечения, реабилитации, определения трудоспособности граждан и профессиональной пригодности некоторых категорий работников, иным медико-социальным вопросам, а также осуществления контроля качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе оценки обоснованности и

эффективности назначения лекарственных средств.

Врачебная комиссия состоит из председателя, одного или двух заместителей, секретаря и членов комиссии. Председателем врачебной комиссии является руководитель медицинской организации или один из заместителей руководителя медицинской организации, имеющий высшее медицинское образование.

Персональный состав врачебной комиссии утверждается руководителем медицинской организации. Членами врачебной комиссии являются врачи-специалисты (в том числе врач - клинический фармаколог) как из числа штатных сотрудников, так и других медицинских организаций. Секретарем врачебной комиссии является медицинский работник, имеющий среднее медицинское образование, обеспечивающий деятельность врачебной комиссии.

Врачебная комиссия осуществляет следующие функции:

- выдачу листков нетрудоспособности сроком более чем на 30 дней;
- экспертизу временной нетрудоспособности с целью определения необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу;
- принятие решения о направлении гражданина в установленном порядке на медико-социальную экспертную комиссию, в том числе при наличии у этого гражданина признаков инвалидности;
- выдачу медицинского заключения о характере и степени тяжести повреждения здоровья лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
- осуществляет проверку обоснованности назначения и выписки лекарственных средств гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, и проводит плановые еженедельные или внеплановые проверки медицинской документации;
- осуществление совместно с лечащим врачом медицинского отбора и направления на санаторно-курортное лечение граждан, в том числе детей, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг;
- выдачу заключений о показанности или противопоказанности санаторно-курортного лечения гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, другим категориям гражданам - в сложных и конфликтных ситуациях;
- осуществление медицинского отбора больных после острого инфаркта миокарда, операций на сердце и магистральных сосудах, острого нарушения мозгового кровообращения, операций по поводу язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, панкреатита (панкреонекроза), после удаления желчного пузыря, беременных женщин групп риска, а также больных, пролеченных по поводу нестабильной стенокардии, по поводу сахарного диабета, направляемых на долечивание (реабилитацию) непосредственно после стационарного лечения в специализированные санатории (отделения);
- выдачу заключений о нуждаемости ребенка в обучении на дому по медицинским показаниям;
- выдачу заключений о возможности предоставления студентам академического отпуска по медицинским показаниям;
- выдачу заключений о проведении государственной (итоговой) аттестации выпускников IX, XI (XII) классов, обучавшихся по состоянию здоровья на дому, в оздоровительных образовательных учреждениях санаторного типа, для детей, нуждающихся в длительном лечении, находившихся в лечебно-профилактических учреждениях более 4 месяцев, и детей-инвалидов, в обстановке, исключающей влияние негативных факторов на состояние их здоровья, и в условиях, отвечающих физиологическим особенностям и состоянию здоровья выпускника;
- рассматривает обращения граждан по вопросам качества лечебно-диагностических

мероприятий.

Врачебная комиссия проводит заседания на основании плана-графика заседаний врачебной комиссии, утвержденного руководителем медицинской организации. Внеплановые заседания проводятся по решению председателя врачебной комиссии, согласованному с руководителем медицинской организации.

Решение врачебной комиссии считается принятым, если его поддержало большинство членов врачебной комиссии из числа присутствующих на заседании. Решение врачебной комиссии вносится в первичные медицинские документы.

По требованию лица, в отношении которого принято решение врачебной комиссии, выдается справка о решении врачебной комиссии, которая подписывается председателем (в случае его отсутствия - заместителем председателя) врачебной комиссии и удостоверяется печатью медицинской организации.

Различают следующие виды временной нетрудоспособности: при заболеваниях и травмах, при санаторно-курортном лечении и медицинской реабилитации, по уходу за больным членом семьи (взрослым или ребенком), здоровым ребенком до трех лет, при карантине, при беременности и родах, при искусственном прерывании беременности, при протезировании.

Правила выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность при отдельных ее видах, отличаются. Регламентированы максимальные сроки выдачи листов нетрудоспособности и имеются нормативные документы, содержащие ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при некоторых наиболее часто встречающихся заболеваниях и травмах.

### **3. Медико-социальная экспертиза.**

Медико-социальная экспертиза проводится в целях определения в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Медико-социальная экспертиза осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица.

Медико-социальная экспертиза производится федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, к которым относятся Федеральное бюро медико-социальной экспертизы и главные бюро медико-социальной экспертизы в регионах России, имеющие филиалы - бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах.

Функциями бюро медико-социальной экспертизы являются:

1). Определение состояния трудоспособности, постоянной (стойкой) или длительной ее утраты.

2). Установление группы инвалидности впервые или при переосвидетельствовании.

3). Определение причины стойкой нетрудоспособности.

4). Определение времени фактического наступления инвалидности.

5). Установление степени утраты трудоспособности вследствие несчастного случая на производстве (в процентах).

6). Определение для инвалидов условий и видов труда, работ и профессий, доступных им по состоянию здоровья, а также условий и методов, с помощью которых нарушенная трудоспособность может быть восстановлена или повышена.

7). Направление на переобучение (переквалификацию).

8). Проверка правильности выполнения работодателем заключений комиссий по созданию условий труда и использованию инвалидов на работе.

9). Содействие укреплению здоровья населения путем предупреждения инвалидности (санкционирование долечивания при длительной временной нетрудоспособности, участие в профилактических программах).

10). Изучение совместно с органами управления здравоохранения, медицинскими учреждениями, администрацией предприятий, учреждений, организаций и профсоюзными органами причин стойкой утраты трудоспособности (инвалидности) и участие в разработке мероприятий по профилактике инвалидности и восстановлению трудоспособности.

Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу учреждением здравоохранения или органом социальной защиты населения.

На медико-социальную экспертизу направляются лица, имеющие признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности и нуждающиеся в социальной защите, в следующих случаях:

1). При очевидно неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности - сразу после его установления, но не позднее 4-х месяцев нетрудоспособности.

2). При благоприятном клиническом и трудовом прогнозе при непрерывной нетрудоспособности по одному и тому же заболеванию или травме - в срок не позднее 10 месяцев временной утраты трудоспособности (12 месяцев в отдельных случаях - туберкулез) для решения вопроса о продолжении лечения или установления группы инвалидности.

3). При необходимости изменения трудовых рекомендаций работающим инвалидам в случае ухудшения клинического и трудового прогноза.

4). В тех случаях, когда после заключения бюро медико-социальной экспертизы о долечивании у больного ухудшается течение заболевания, и нарастают функциональные нарушения организма, обуславливающие сомнительность клинического и трудового прогноза, больной должен быть повторно направлен на медико-социальную экспертизу независимо от того, сколько времени прошло с момента его первичного освидетельствования.

Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм и дефектами. В направлении учреждения здравоохранения указываются данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведенных реабилитационных мероприятий.

Орган социальной защиты населения может направлять на медико-социальную экспертизу лицо, имеющее признаки ограничения жизнедеятельности и нуждающееся в социальной защите при наличии у него медицинских документов, подтверждающих нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм и дефектами.

Медико-социальная экспертиза лица проводится по его письменному заявлению либо письменному заявлению его законного представителя. Заявление подается на имя руководителя учреждения. К заявлению прилагаются направление учреждения здравоохранения органа социальной защиты населения, медицинские документы, подтверждающие нарушение здоровья гражданина.

Специалисты учреждения, проводящего медико-социальную экспертизу, рассматривают представленные сведения (клинико-функциональные, социально-бытовые, профессионально-трудовые, психологические данные), проводят личный осмотр гражданина и оценивают степень ограничения жизнедеятельности.

Решение о признании лица инвалидом либо об отказе в установлении инвалидности принимается полным составом специалистов простым большинством голосов. Решение объявляется гражданину, проходившему медико-социальную экспертизу, или его законному представителю руководителем учреждения в присутствии всех специалистов, принимающих это решение.

Датой установления инвалидности считается день поступления в учреждение заявления гражданина о признании его инвалидом с прилагаемыми к нему документами.

Данные медико-социальной экспертизы лица и решение специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, заносятся в протокол заседания и акт освидетельствования

лица, которые подписываются руководителем учреждения, специалистами, принимавшими решение, и заверяются печатью учреждения. Заключение консультанта, привлекаемого к проведению медико-социальной экспертизы, перечень документов и основные сведения, послужившие основанием для принятия экспертного решения, заносятся в акт освидетельствования или приобщаются к нему.

Выписка из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, направляется в орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, в трехдневный срок со дня установления инвалидности.

Лицу, признанному в установленном порядке инвалидом, выдаются справка, подтверждающая факт установления инвалидности, а также индивидуальная программа реабилитации. Лицу, не признанному инвалидом, по его желанию выдается справка о результатах освидетельствования.

Лицу, имеющему документ о временной нетрудоспособности и признанному инвалидом, группа инвалидности и дата ее установления отмечаются в листке временной нетрудоспособности или в справке, удостоверяющей временную нетрудоспособность.

Гражданин или его законный представитель в случае несогласия с экспертным решением бюро медико-социальной экспертизы может обжаловать его на основании письменного заявления, подаваемого в учреждение, проводившее освидетельствование, или в главное бюро медико-социальной экспертизы, или в соответствующий орган социальной защиты населения.

Бюро медико-социальной экспертизы, проводившее освидетельствование, в трехдневный срок со дня получения заявления направляет это заявление со всеми имеющимися документами в главное бюро медико-социальной экспертизы. Главное бюро медико-социальной экспертизы не позднее одного месяца со дня поступления заявления проводит медико-социальную экспертизу лица и на основании полученных результатов выносит решение. Решение главного бюро медико-социальной экспертизы может быть обжаловано в месячный срок в орган социальной защиты населения субъекта РФ.

В случае несогласия гражданина с решением главного бюро медико-социальной экспертизы орган социальной защиты населения может поручить проведение медико-социальной экспертизы любому составу специалистов необходимого профиля указанного учреждения. Решение учреждения может быть обжаловано в суд гражданином или его законным представителем в порядке, установленном законодательством РФ.

#### **Рекомендованная литература**

##### **А) Основная литература:**

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, - М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 528 с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
4. Сестринское дело. Административно-управленческие дисциплины: Учебное пособие / Под ред. Г.П. Котельникова. 2-ое изд., перераб. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 666 с.: ил. – (Высшее образование).

##### **Б) Дополнительная литература:**

5. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение / Санкт-Петербург, ООО «Издательство «Петрополис», - 2000. – 914 с. (библиотека кафедры).

##### **В) Учебно-методические пособия, рекомендации и т.д., изданные кафедрой:**

6. Общественное здоровье и здравоохранение (Методические указания по выполнению контрольных работ) / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Е.А. Захарова, Е.А. Валах. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2006. - 92 с. (научная библиотека)



7. Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В. Общественное здоровье и здравоохранение. Курс лекций. / Учебное пособие. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 220 с. (библиотека кафедры).
8. Организация медицинской помощи населению (Методические указания по выполнению контрольных работ по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение») / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Н.А. Жихарева. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 138 с. (научная библиотека).

## ЛЕКЦИЯ 19

### ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

**Цель:** Ознакомление с основными проблемами обеспечения КМП.

**Основные вопросы лекции.**

1. Проблема качества в медицине и здравоохранении.
2. Социально-экономическое содержание медицинской деятельности.
3. Подходы к определению качества. Признаки качественной медицинской услуги.
4. Методологические подходы к обеспечению качества медицинской помощи.

**Содержание**

#### **1. Проблема качества в медицине и здравоохранении**

Формирование и развитие эффективных систем обеспечения качества медицинской помощи (КМП) остается одной из наиболее актуальных проблем современного отечественного и зарубежного здравоохранения.

На разных этапах развития здравоохранения проблемы КМП являлись наиболее важными, так как они оказывали определяющее влияние на организационные, экономические и правовые механизмы системы медицинского обеспечения.

Наибольшее развитие вопросы обеспечения КМП получили в XX веке. С конца 50-х годов внимание к КМП становится всеобщим и начинает носить интернациональный характер. Создаются национальные, международные организации, а ВОЗ публикует ряд программных документов и докладов, связанных с обеспечением КМП. Всемирная организация здравоохранения в своем докладе «Задачи по достижению здоровья для всех» поставила цель, чтобы к 2000 году все государства - члены имели соответствующие структуры и механизмы для обеспечения непрерывного повышения качества медико-санитарной помощи и совершенствования соответствующего развития и использования технологии здравоохранения.

К 70-м годам в большинстве развитых стран мира были приняты концепции и программы повышения качества, разработаны критерии КМП.

В конце 80-х – начале 90-х годов в процессе новейших реформ здравоохранения в Европе особое внимание уделялось программам повышения КМП и внедрению эффективных форм медицинской помощи, что потребовало реструктуризации работы больниц и повышения потенциала сектора первичной медико-санитарной помощи. Возникло «движение за повышение результативности медицинской помощи», основанное на понимании существования значительных пробелов в знаниях об эффективности методов лечения, а также на отсутствии информации о доказательно подтвержденных данных и их применении в лечебно-диагностическом процессе. Оценив влияние прогресса в области медицинских технологий, врачи все чаще стали приходить к выводу, что современные технологии не всегда эффективны. Возникло противоречие между технологическим прогрессом и медицинской эффективностью.

#### **2. Социально-экономическое содержание медицинской деятельности.**

Создание эффективных моделей и методик обеспечения КМП не возможно без понимания социально-экономической сущности медицинской деятельности. Медицинская деятельность в своем роде уникальна, не сравнима с обычным производством и требует создания особой системы обеспечения КМП.

Специфика медицинской деятельности, заключается в следующем:

- продукт медицинской деятельности формируется в процессе оказания медицинской услуги;
- медицинская деятельность направлена на изменение состояния специфического биологического объекта, которым является человек;
- задача медицинской деятельности – не создать какое-либо благо, которое может быть

присвоено, а изменить неблагоприятное состояние человека, до такого, которое индивидуум или общество может считать благом.

Продукт медицинской деятельности, реализуемой в форме услуги, также имеет следующие специфические характеристики.

**Неопределенные потребительские свойства.** В момент обращения пациента за медицинской помощью его потребность зачастую имеет форму нужды (боль, слабость). С социально-экономической точки зрения именно диагностика (установлением соответствующей нозологической формы) представляет собой процесс дифференциации нужды до уровня потребности в лечебных мероприятиях, направленных на устранение патологического состояния пациента.

**Активное участие потребителя в процессе оказания медицинской услуги.** Отношение человека к своему здоровью, адекватность исполнения им врачебных назначений и рекомендаций в огромной степени определяют КМП, получаемой им. Для сохранения и поддержания здоровья человеку требуется больше собственных усилий, осмысленной инициативы.

**Технологическое противоречие при производстве медицинских услуг.** С одной стороны, современная медицина использует архаичные методики, сформировавшиеся в течение всей истории её развития. С другой стороны, предпочтение отдается тем технологиям диагностики и лечения, при выполнении которых используется совершенное медицинское оборудование.

**Неосвязаемость.** Медицинская услуга не имеет материальной формы.

**Несохраняемость.** Медицинская услуга существует только в течение того периода времени, в процессе которого она оказывается.

**Неотделимость от источника.** Выполнение медицинской услуги представляет собой единство производства и потребления.

**Непостоянство качества.** Одна и та же услуга, произведённая одним и тем же специалистом в одинаковых условиях в разные периоды времени, может иметь различные качественные характеристики.

**Отсутствие товарной формы.** Отдельные медицинские услуги носят уникальный характер и не могут иметь товарной формы, так как выступают в виде общественных благ. Медицинские услуги профилактического характера не имеют индивидуальных потребительских свойств, а выступают в виде общественного блага.

### **3. Подходы к определению качества. Признаки качественной медицинской услуги.**

На практике сложилось неоднозначное понимание терминов «качество продукции» и, соответственно, «качество медицинской помощи».

С философской точки зрения **качество** представляет собой категорию, выражающую неотделимую от бытия объекта его существенную определенность, благодаря которой он является именно этим, а не другим объектом. Качество отражает устойчивое взаимоотношение составных элементов объекта, наличие существенных признаков, свойств, особенностей, которые определяют его специфику и дают возможность отличать один объект от других. Вместе с тем, качество выражает и то общее, что характеризует весь класс однородных объектов.

С общехозяйственной точки зрения (производителя) **качество** - это совокупность характеристик объекта, удовлетворяющих установленные и предполагаемые требования.

С точки зрения потребителей **качество** - это свойство товара или услуги (в том числе и медицинской помощи как социально-экономической категории) удовлетворять их определенные потребности (в здравоохранении - пациентов).

ВОЗ предлагает следующее определение КМП: «С ее помощью каждый пациент должен получить такой комплекс диагностической и терапевтической помощи, который привел бы к оптимальным для здоровья этого пациента результатам, в соответствии с уровнем ме-

дицинской науки и такими биологическими факторами, как его возраст, заболевание, сопутствующий вторичный диагноз, реакция на выбранное лечение и другие родственные факторы. При этом для достижения такого результата должны быть привлечены минимальные средства; риск дополнительного травмирования или нетрудоспособности в результате лечения должен быть минимальным; пациент должен получать максимальное удовлетворение от процесса оказываемой помощи; максимальными должны быть и взаимодействие пациента с системой медицинской помощи, а также получаемые результаты».

ВОЗ для определения качества использует четыре компонента (признака):

- выполнение профессиональных функций (техническое качество);
  - использование ресурсов (эффективность);
  - контроль степени риска (опасность травмы или заболевания в результате медицинского вмешательства);
  - удовлетворенность пациента медицинским обслуживанием.
- Медицинская услуга может считаться качественной, если она удовлетворяет следующим 4 признакам:
- безопасность,
  - адекватность,
  - научно-технический и профессиональный уровень,
  - экономичность и эффективность.

**Безопасность.** Первичный принцип медицины - не навреди (*nil nocere*). Вмешательство не должно приводить к более тяжелым последствиям, чем страдание, по поводу которого оно оказывается.

**Адекватность** означает соответствие оказываемой медицинской услуги потребности (нужде), имеющейся у пациента. Адекватность можно рассматривать, во-первых, как возможность получения медицинской услуги (доступность) и соответствие имевшихся у пациента ожиданий с фактически предложенными ему услугами (удовлетворенность), во-вторых, как соответствие патологического состояния, обнаруженного у пациента, и проводимых в связи с этим медицинских мероприятий, в-третьих, как степень достижения задач лечебно-диагностического процесса (результативность).

**Научно-технический и профессиональный уровень.** Уровень материально-технического, научно-технологического, кадрового и ресурсного обеспечения медицинской деятельности является важным критерием, позволяющим адекватно судить о КМП. В сознании потребителя сложилось представление о том, что медицинская помощь может быть качественной только в том случае, если в ее оказании участвуют новейшие приборы и устройства, что только достижения научно-технического прогресса могут обеспечить по настоящему качественную медицинскую помощь.

Отдавая должное приведенным подходам, следует признать ограниченное значение описываемого признака. Одним из основных признаков качественной медицинской услуги, по мнению пациентов, является «внимательное отношение медицинского персонала». Кроме того, во врачебной деятельности присутствует нечто, отличающее ее от традиционного производства и роднящее с искусством - иногда врач принимает абсолютно правильные решения, руководствуясь не логикой, а интуицией, в основе которой лежит специфическая способность к врачебной деятельности.

**Экономичность.** При ограниченном количестве финансовых ресурсов, расходуемых на здравоохранение, медицинская помощь должна оказываться при оптимальных финансовых затратах с учетом получаемых результатов на основе применения эффективных медицинских технологий.

#### **4. Методологические подходы к обеспечению качества медицинской помощи.**

Под **управлением** в широком смысле понимается общая функция организованных систем (биологических, социальных), обеспечивающая сохранение их структуры, поддержание режима деятельности, реализацию ее цели.

**Управление качеством** представляет собой непрерывный процесс воздействия на производство путем последовательной реализации логически взаимосвязанных функций с целью обеспечения качества: взаимодействие с внешней средой, политика и планирование качества, обучение и мотивация персонала, организация работы по качеству, контроль качества, информация о качестве, разработка мероприятий, принятие решений и реализация мероприятий.

**Контроль качества** – это деятельность, включающая проведение измерений, экспертизы, испытаний или оценка одной или нескольких характеристик объекта и сравнение полученных результатов с установленными требованиями. **Контроль качества медицинской помощи** – установление соответствия реальных показателей лечебно-диагностического процесса утвержденным медицинским стандартам.

**Оценка** - строгая, однозначная, подчиняющаяся особым правилам трактовка, как правило, с применением параметрических критериев. Оценка производится ретроспективно и предполагает наличие обратной связи. Оценку КМП следует понимать как процедуру однозначного определения ее приемлемости, либо неприемлемости, достаточности, либо недостаточности. Оценить медицинскую услугу - это не только удостовериться в ее качестве, но и воздать должное ее исполнителю. Признание заслуг медицинских работников и их стимулирование к достижению высоких результатов является составной частью менеджмента качества.

**Обеспечение КМП** означает создание необходимых условия для достижения запланированных показателей лечебно-диагностического процесса. Сюда относится разработка и утверждение медицинских стандартов и нормативов по обеспечению медицинской помощи требуемыми ресурсами, обеспечение необходимыми ресурсами в соответствии с утвержденными нормативами, четкая организация всей работы медицинского учреждения, анализ отзывов и обращений пациентов. Деятельность по обеспечению КМП предшествует процессу оказания медицинской помощи и продолжается на его протяжении.

Анализ разных подходов к обеспечению КМП показал, что наиболее приемлемой является методологическая схема А. Донабедиана, в основу которой положены три группы подходов к обеспечению КМП:

- структурный (ресурсный),
- процессуальный (технологический),
- результативный (на основе эффективности).

По сути, использован кибернетический принцип, по которому каждый объект (систему) следует рассматривать как совокупность условий на входе, внутри объекта (системы), т.е. условий его собственного функционирования, и условий на выходе.

**Структурный критерий** называют критерием предпосылки. Оцениваются потенциальные возможности имеющихся ресурсов конкретного медицинского субъекта для достижения поставленных перед ним целей при оказании медицинской помощи. Использование критерия основано на предположении, что совершенные ресурсы и надлежащий уровень обеспечения ими создают реальные предпосылки для соблюдения применяемых медицинских технологий с целью получения хороших результатов и гарантирует потребителям медицинских услуг определенное качество диагностики, лечения и реабилитации.

Экспертиза показателей структуры проводится лицензирующими органами на основе соответствующих стандартов (паспортов оснащенности). Структура оценивается как в целом по медицинскому учреждению, так и по отдельному подразделению, в котором оказывалась медицинская услуга. Важное значение имеет комплексный подход к оценке ресурсов.

При оценке структуры используют следующие элементы:

1) Материально-техническая база: здания и сооружения, в которых оказывается медицинская помощь, включая их материально-техническое и коммунальное обеспечение; медицинская техника, применяемая при оказании медицинской помощи; техника общего назначения, которая необходима при оказании медицинской помощи (хозяйственная и организационная техника).

2) Кадровый состав медицинского учреждения (оцениваются такие показатели как обеспеченность и укомплектованность кадрами, а также качественные характеристики персонала - стаж, специализация, квалификационная категория, наличие сертификата специалиста).

3) Ресурсное обеспечение: медикаменты и перевязочные средства; медицинский инструментарий; мягкий инвентарь и т.д. Показатели ресурсного обеспечения оцениваются путем сопоставления перечня нормативных запасов ресурсов, необходимых для оказания медицинской помощи, с фактической номенклатурой медицинского инструментария, медикаментов и других ресурсов.

Второй важнейший критерий КМП процессуальный или технологический, в основе которого обеспечение высокого уровня КМП за счет реализации надлежащих медицинских и организационных технологий лечебно-диагностического процесса.

Оценка собственно медицинской технологии, деятельности врача и других медицинских работников осуществляется как с применением стандартов (степени отклонения от стандартов), так и без их использования (на основе личного опыта квалифицированного врача) – экспертный метод оценки.

Для улучшения качества медицинских технологий необходимо проведение мероприятий, направленных на их постоянное совершенствование процесса оказания медицинской помощи, исследование обоснованности и эффективности мероприятий, профилактику возможных дефектов при оказании медицинской помощи.

Организационная (управленческая) технология – это технология, связанная с организацией лечебно-диагностического процесса и управлением медицинским учреждением. Организационные технологии представляют набор мероприятий по совершенствованию организации труда медицинских работников и повышению эффективности работы ЛПУ.

Для оценки **результативности** применяют абсолютные показатели (собственно результативности) и относительные – соотношения произведенных затрат и достигнутого результата – показатели эффективности.

Для оценки **медицинской результативности** используют 2 вида показателей: общие показатели и специальные показатели. Под общими показателями понимают показатели исходов: выздоровление, улучшение, без изменений, ухудшение, смерть; они оцениваются на основе статистических показателей. Специальные показатели отражают особенности оказания медицинской помощи по конкретной медицинской специальности или в подразделении медицинского учреждения (учреждения в целом), например, хирургические отделения – показатель послеоперационной летальности; для онкологии – выживаемость после постановки диагноза и т.д.

**Экономическая результативность** рассматривается в двух направлениях: во-первых, с точки зрения влияния здравоохранения на развитие общественного производства на национальном, региональном и муниципальном уровнях; во-вторых – эффективность использования различных видов ресурсов на уровне экономических агентов.

Макроэкономический анализ основан на учете выгод (предотвращенного ущерба), создаваемых здравоохранением, и суммарных затрат на медицинское обслуживание населения. Микроэкономический аспект анализируется при оценке деятельности конкретного медицинского учреждения, подразделения, врача (медицинского работника).

Экономическая эффективность в здравоохранении не может являться определяющей при выборе тех или иных средств профилактики, лечения, организационных форм оказания медицинской помощи. Однако, критерии экономической эффективности, наряду с медицинской и социальной эффективностью, могут помочь в установлении очередности и приоритетности медицинских мероприятий в условиях ограниченных ресурсов.

Показатели **социальной результативности** можно разделить на две группы:

- микросоциальные показатели (показатели удовлетворенности КМП);
- макросоциальные показатели (уровень смертности, уровень рождаемости, средняя продолжительность предстоящей жизни и т.д.), с помощью которых выявляются результаты

работы системы здравоохранения по социально-демографическим показателям.

Микросоциальные показатели оцениваются с помощью пассивного метода (изучение жалоб, письменных обращений в различные инстанции), недостаток которого в том, что он дает информацию только о крайних отклонениях в лечении больного, чаще об отрицательных результатах. Для оценки социальной результативности целесообразней использовать активные социологические методы – изучение удовлетворенности лечением в тех или иных лечебных учреждениях, пожеланий больных.

Оценка социальной результативности на уровне общества в целом производится с помощью показателей санитарно-демографической статистики (общая и младенческая смертность, средняя продолжительность предстоящей жизни и др.).

#### **Рекомендуемая литература**

А) Основная литература:

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, - М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 528 с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
4. Сестринское дело. Административно-управленческие дисциплины: Учебное пособие / Под ред. Г.П. Котельникова. 2-ое изд., перераб. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 666 с.: ил. – (Высшее образование).

Б) Дополнительная литература:

5. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение / Санкт-Петербург, ООО «Издательство «Петрополис», - 2000. – 914 с. (библиотека кафедры).

В) Учебно-методические пособия, рекомендации и т.д., изданные кафедрой:

6. Общественное здоровье и здравоохранение (Методические указания по выполнению контрольных работ) / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Е.А. Захарова, Е.А. Валах. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2006. - 92 с. (научная библиотека)
7. Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В. Общественное здоровье и здравоохранение. Курс лекций. / Учебное пособие. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 220 с. (библиотека кафедры).
8. Организация медицинской помощи населению (Методические указания по выполнению контрольных работ по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение») / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Н.А. Жихарева. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 138 с. (научная библиотека).

## ЛЕКЦИЯ 20

### ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

**Цель:** Знакомство с основными понятиями в области стандартизации, видами медицинских стандартов и их роли.

#### **Основные вопросы лекции.**

1. Определения в области стандартизации. Стандартизация в медицине.
2. Применение медицинских стандартов.
3. Система стандартизации в здравоохранении РФ.

#### **Содержание**

##### **1. Определения в области стандартизации. Стандартизация в медицине.**

**Стандартизация** - специфическая нормотворческая и нормоприменительная деятельность, осуществляемая в большинстве отраслей производства товаров, работ и услуг, деятельность по установлению норм, правил и характеристик в определенной области человеческой деятельности. В современном обществе стандартизация служит интересам и потребителям товаров и услуг, и их производителей.

**Медицинская стандартизация** - деятельность по установлению научно обоснованных оптимальных медицинских норм, правил и характеристик в целях обеспечения оптимального интегрального качества и медико-социальной эффективности медицинских услуг.

По аналогии с определениями, содержащимися в нормативных документах, регламентирующих систему стандартизации, объект медицинской стандартизации - производственный медицинский процесс и (или) обеспечиваемая им медицинская услуга определенного вида и конкретного назначения, а медицинский стандарт - нормативный документ по медицинской стандартизации, принятый (утвержденный) компетентным государственным органом.

В здравоохранении традиционные направления стандартизации используемой в нем продукции, а также неспецифических работ завоевало свои позиции давно, прочно и широко. Стандартизация распространялась на сферу оказания медицинских услуг, начиная с конца XIX - начала XX веков. Стандартизовались технические требования к медицинскому оборудованию, хирургическим инструментам, зданиям и сооружениям, их освещению, отоплению, специальным медицинским автотранспортным средствам и др.

Собственно медицинская стандартизация, связанная с разработкой и применением в здравоохранении исключительно специфических по своему профилю и содержанию медицинских стандартов, приобрела особую активность во второй половине XX века. Это было связано, в первую очередь, с процессами специализации в медицине и бурным ростом медицинских технологий.

Координирующую роль в разработке медицинских стандартов играли профессиональные медицинские объединения, особенно "узких" специалистов, чья помощь обычно технологически конкретна и легко учитывается. Крайне осторожную позицию в отношении стандартизации медицинских услуг заняли объединения врачей - общих практиков, работающих в разнообразной сфере первичной медицинской помощи.

Вскоре инициативу перехватили экономисты здравоохранения, анализировавшие рост затрат на охрану здоровья и лечение. В результате были разработаны медико-экономические стандарты, система контрольных показателей, характеризующих расходование ресурсов больниц, при лечении однотипных групп больных, а также распределение этих расходов больниц по типам затрат, использующихся для оплаты больничных услуг и для анализа деятельности больницы.

##### **2. Применение медицинских стандартов**

Рассматривая технологию и показатели экспертной оценки КМП, следует отметить, что, несмотря на все многообразие форм и методов, исследователи считают проблему контроля качества медицинского обслуживания разрешимой только при наличии разработанных стандартов медицинской помощи.



На основе стандартизации различных аспектов деятельности системы оказания медицинской помощи обеспечиваются четкая организация медицинского обслуживания, регламентация труда исполнителей, структуры и объема помощи на всех этапах реализации медицинского технологического процесса, оптимальное размещение всех видов ресурсов и контроль за их использованием.

Необходимость стандартизации медицинских услуг определяется потребностями системы здравоохранения и ОМС, быстрым развитием этих сфер деятельности, появлением новых технологий, лекарственных средств.

Классификации медицинских стандартов, как правило, основаны на использовании триединого подхода к оценке КМП (структура, технология, результат) и включают группы нормативных документов, используемых при анализе соответствующего критерия КМП:

1. Стандарты на ресурсы здравоохранения.
2. Стандарты организации медицинских служб и учреждений.
3. Структурно-организационные стандарты (стандарты для лицензирования и аккредитации).
3. Технологические стандарты.
4. Стандарты программ медицинской помощи.
5. Медико-экономические стандарты.

**Стандарты на ресурсы здравоохранения** (структурные стандарты, паспорта оснащенности) содержат требования к квалификации специалистов-медиков, к недвижимости и оборудованию медицинских учреждений, к используемым медикаментам и материалам, а также требования к их изготовлению и т.п. Примерами таких стандартов являются квалификационные требования к специалистам, программам их обучения и аттестации, требования к медицинским зданиям (сооружениям) и стандарты на их проектирование, таблицы оснащенности ЛПУ медицинским и другим оборудованием, требования к производству и испытанию лекарственных средств и многое другое. Стандарты на ресурсы здравоохранения часто имеют силу закона, многие из них имеют национальный, и даже международный статус.

**Организационные стандарты** содержат требования к системам организации и эффективного и безопасного использования ресурсов здравоохранения. Они касаются систем управления, организации лечебно-диагностического процесса, информационного обеспечения, программ контроля качества и обеспечения безопасности медицинских учреждений. Используются при оценке организационных (управленческих) технологий на уровне подразделения ЛПУ или учреждения в целом. Представляют собой совокупность нормативных документов (приказов, методических рекомендаций и др.), регламентирующих деятельность определенных служб (подразделений) медицинского учреждения.

**Структурно-организационные стандарты** играют роль в создании структурных гарантий и являются важным механизмом обеспечения КМП. Во многих странах структурно-организационные стандарты используются при решении вопроса о выдаче лицензии, а также при текущих проверках, выполняемых органами государственного надзора. Они предназначены для использования при лицензировании учреждений здравоохранения и являются критериями, при обеспечении которых разрешается деятельность медицинских учреждений по заявленной специальности.

**Технологические стандарты** регламентируют процесс оказания медицинской помощи.

Врачи с незапамятных времен руководствуются в своей работе традициями и рекомендациями по ведению больных, преобразуемых на современном этапе в технологические стандарты (протоколы ведения больных, клинические рекомендации). Такие документы могут использоваться как информационная поддержка (врач не обязан следовать стандарту, имеет свободу принятия клинического решения) или в качестве минимального (обязательного) набора процедур.

Однако некоторые авторы считают, что связывать оценку технологии только с соблюдением стандарта было бы неправильно. Необходимость строгого следования стандарту рав-

носильна директивному ограничению врачебного творчества, фактическому запрету на поиск новых методов лечения. Принуждение к неуклонному выполнению стандартов может привести к назначению ненужных конкретному пациенту мероприятий или, наоборот, к не использованию отдельных эффективных процедур, мероприятий.

В российском врачебном менталитете распространено мнение о невозможности стандартизации в области медицинской технологии. Исходя из тезисов, что необходимо лечить не болезнь, а больного, что каждый случай диагностики и лечения абсолютно индивидуален и не может быть сведен к унифицированным формам, существует точка зрения, что вообще применение стандартов в области медицинской технологии невозможно, и более того вредно, так как применение стандартов снижает творческую активность врача, делает его ремесленником, заставляет действовать по шаблону, снижает его возможности клинически мыслить и т.д.

Вместе с тем, следует признать, что оказание медицинской помощи превратилось в чрезвычайно сложное производство с использованием огромного количества ресурсов, техники, людского потенциала и не может обойтись без стандартизации технологий. Несмотря на строго индивидуальный характер этого процесса, в нем можно выявить некоторые более или менее постоянные основные компоненты. В типичном случае «производственная линия» по оказанию медицинской помощи включает: сбор анамнеза, физикальное исследование больного, ряд диагностических и лечебных процедур, услуги по уходу и реабилитации и т.п. Каждая из перечисленных составляющих является как бы технологической единицей процесса оказания медицинской помощи и выполняется в соответствии с установленными традициями или письменными правилами.

Технологические стандарты могут носить рекомендательный характер, а могут и быть оформленными в виде требований для неукоснительного исполнения в рамках медицинского учреждения (локальный стандарт), территории (региональный стандарт), государства (национальный стандарт). Невыполнение таких рекомендаций и требований в случае неудачного исхода лечения и возбуждения судебного иска может рассматриваться судом как нарушение.

Технологические стандарты чрезвычайно широко используются в высокотехнологичных областях медицины (специализированная, больничная помощь) и гораздо реже - в сфере первичной медико-социальной и долговременной помощи, которая не отличается насыщенностью высокими технологиями.

Оптимальным принципом составления технологических стандартов и клинических рекомендаций считается использование медицины, основанной на доказательствах. В клинические рекомендации в этом случае включаются только те вмешательства, эффективность и безопасность которых можно считать доказанной.

В последние годы делаются попытки распространить технологические стандарты с простейших лечебно-диагностических процедур на весь процесс медицинского обслуживания определенных групп пациентов. К примеру, программа лечения больных со стафилококковой пневмонией, план ведения беременности у старой первородящей, программа диспансеризации людей прибывших из малярийных районов. Возникли **стандарты программ медицинской помощи**, которые регламентируют проведение комплекса медицинских мероприятий, осуществляемых для определенных групп пациентов, объединенных по характеру заболевания, возрасту, полу, социальному статусу, профессии и условиям труда и т.п.

Они включают в себя рекомендации в отношении комплекса мер, которые следует предпринимать различным категориям медицинского персонала на разных уровнях (этапах) медицинского обслуживания для профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных с определенной патологией.

При разработке и внедрении программ обслуживания стремятся решить следующие задачи:

- обеспечить эффективное взаимодействие различных этапов медицинского обслуживания;

- уменьшить дублирование работы медицинских служб;
- сократить продолжительность стационарного лечения;
- повысить безопасность больных;
- усилить защиту медицинских работников от несправедливых обвинений;
- обеспечить механизм для оценки необходимых ресурсов.

**Медико-экономический стандарт** - документ, определяющий объем диагностических и лечебных процедур, требования к результатам лечения при определенных заболеваниях, а также объем соответствующего финансового обеспечения.

Задача медико-экономического стандарта состоит в регламентации финансовых затрат при лечении определенных категорий пациентов (с одним заболеванием, состоянием и т.п.). Стандарт содержит технологическую часть в сокращенном варианте, т.е. не все медицинские действия, а только существенные манипуляции, с точки зрения влияния на стоимость медицинского обслуживания и качество лечения. По сравнению с технологическим стандартом он расширен за счет наличия двух групп экономических показателей (количественных (объемных) и стоимостных).

Медико-экономические стандарты используются для унификации взаимодействия между медицинским учреждением и финансирующими организациями (ТФОМС и СМО), позволяют плательщику и ЛПУ разрешить спорные вопросы при оплате медицинских услуг и оценке качества медицинской помощи.

В большинстве классификаций отсутствуют медицинские стандарты, регламентирующие такой компонент КМП, как результативность, так как попытки разработать стандарты результатов медицинского обслуживания сталкиваются с серьезными методологическими проблемами. Разработка критериев для оценки медицинской помощи в стационарах и амбулаториях требует четкой формулировки того, что представляет собой конечный результат деятельности той или иной медицинской службы с точки зрения ее влияния на здоровье разных групп обслуживаемых жителей. К примеру, успех деятельности службы онкологии следует оценивать не только по показателям больничной летальности или послеоперационных осложнений, но, главным образом, по средним срокам длительности жизни после операции, по частоте рецидивов, а также по качеству жизни прооперированных или пролеченных пациентов.

### **3. Система стандартизации в здравоохранении РФ.**

Система стандартизации в здравоохранении РФ - это совокупность нормативных документов и организационно-технических мероприятий, охватывающая все стадии жизненного цикла нормативного документа, содержащего требования к объектам стандартизации в сфере здравоохранения. Систему стандартизации в здравоохранении РФ регламентирует отраслевой стандарт "Система стандартизации в здравоохранении основные положения" (ОСТ 91500.01.0007-2001), утвержденный приказом Министерства здравоохранения РФ от 04.06.2001 года № 181.

Система стандартизации в здравоохранении направлена на совершенствование управления отраслью, обеспечение ее целостности за счет единых подходов к планированию, нормированию, лицензированию и сертификации, на повышение качества медицинской помощи, рациональное использование кадровых и материальных ресурсов, оптимизацию лечебно-диагностического процесса, интеграцию отечественного здравоохранения в мировую медицинскую практику.

Нормативные документы системы стандартизации в здравоохранении должны способствовать обеспечению решения следующих задач:

- нормативного обеспечения реализации законов в области охраны здоровья граждан;
- создания единой системы оценки показателей качества и экономических характеристик медицинских услуг, установление научно-обоснованных требований к их номенклатуре и объему;
- обеспечение взаимодействия между субъектами, участвующими в оказании медицин-

ской помощи;

- установления требований к условиям оказания медицинской помощи, эффективности, безопасности, технической, технологической и информационной совместимости и взаимозаменяемости процессов, оборудования, инструментов, материалов, лекарственных средств и других компонентов, применяемых при оказании медицинской помощи;
- нормативного обеспечения метрологического и точностного контроля в здравоохранении;
- установления единых требований к аккредитации медицинских учреждений, подготовке и сертификации специалистов;
- нормативного обеспечения сертификации и оценки качества медицинских услуг;
- создания и обеспечения функционирования систем классификации, кодирования и каталогизации в здравоохранении;
- экономии всех видов ресурсов.

Стандартизация в здравоохранении базируется на соблюдении следующих основных принципов:

- принцип согласия - взаимное стремление всех субъектов к достижению согласия при разработке и введении в действие нормативных документов системы стандартизации;
- принцип единообразия - единый порядок разработки, согласования, принятия и введение в действие нормативных документов, надзора и контроля за соблюдением требований нормативных документов по стандартизации;
- принцип значимости - социальная, научная и экономическая целесообразность разработки и применения нормативных документов в практическом здравоохранении;
- принцип актуальности - соответствие требованиям законодательства и нормативно-правовым актам Российской Федерации, международным нормативным документам и современным достижениям науки;
- принцип комплексности — согласование предъявляемых к объектам стандартизации требований между собой;
- принцип проверяемости - обеспечение возможности контроля заданных в нормативных документах требований объективными методами.

Система стандартизации развивается на основе общей классификационной структуры объектов стандартизации с определением категорий и видов конкретных групп или отдельных нормативных документов.

Выбор объектов стандартизации в здравоохранении осуществляется на основе единых принципов их классификации, систематизации и структурирования, с учетом обязательного установления функциональной взаимосвязи между ними и возможности расширения их номенклатуры.

Основными объектами стандартизации в здравоохранении являются:

- организационные технологии;
- медицинские услуги;
- технологии выполнения медицинских услуг;
- техническое обеспечение выполнения медицинских услуг;
- качество медицинских услуг;
- квалификация медицинского, фармацевтического, вспомогательного персонала;
- производство, условия реализации, качество лекарственных средств и изделий медицинской техники;
- учетно-отчетная документация, используемая в системе здравоохранения и медицинского страхования;
- информационные технологии;
- экономические аспекты здравоохранения;
- получение, переработка и введение в организм органов и тканей, полученных от донора;

- обеспечение этических правил в здравоохранении.  
На основании установленных объектов стандартизации структура системы нормативных документов по стандартизации включает в себя следующие группы документов:
  - ГРУППА 01. Общие положения.
  - ГРУППА 02. Требования к организационным технологиям в здравоохранении.
  - ГРУППА 03. Требования к техническому оснащению учреждений здравоохранения.
  - ГРУППА 04. Требования к персоналу.
  - ГРУППА 05. Требования к лекарственному обеспечению.
  - ГРУППА 06. Санитарно-гигиенические методы контроля.
  - ГРУППА 07. Требования к медицинской технике и изделиям медицинского назначения.
  - ГРУППА 08. Требования к диетическому питанию.
  - ГРУППА 09. Классификация и систематизация медицинских услуг.
  - ГРУППА 10. Требования к оценке лечебно-диагностических и профилактических возможностей медицинских учреждений.
  - ГРУППА 11. Требования к оказанию медицинских услуг.
  - ГРУППА 12. Требования к профилактике заболеваний, защите здоровья- населения от повреждающих факторов, охране репродуктивного здоровья и оказанию медико-социальной помощи.
  - ГРУППА 13. Требования к качеству медицинских услуг.
  - ГРУППА 14. Требования к экономическим показателям в здравоохранении.
  - ГРУППА 15. Требования к документации в здравоохранении.
  - ГРУППА 16. Требования к средствам информатизации в здравоохранении.
  - ГРУППА 17. Требования к системам жизнеобеспечения в экстремальных ситуациях и специальным системам.
  - ГРУППА 18. Требования к продуктам крови, трансплантатам.
  - ГРУППА 19. Требования к обеспечению этических правил в здравоохранении.
  - ГРУППА 20. Требования к производству лекарственных средств и изделий медицинской техники.
  - ГРУППА 21. Нормы и правила научных исследований в здравоохранении.
 Каждая классификационная группа объектов стандартизации в здравоохранении может регламентироваться набором нормативных документов, объединенных общими классификационными признаками и функциональным назначением.  
К нормативным документам по стандартизации в области здравоохранения относятся:
  - государственные стандарты РФ на объекты стандартизации в области здравоохранения; применяемые в установленном порядке международные (региональные) стандарты, правила, нормы и рекомендации по стандартизации в области здравоохранения; общероссийские классификаторы технико-экономической информации,
  - отраслевые стандарты и классификаторы в области здравоохранения;
  - стандарты и классификаторы в области здравоохранения, принимаемые на административно-территориальном уровне субъектом РФ;
  - стандарты и классификаторы в области здравоохранения, принимаемые на уровне медицинских организаций, предприятий и учреждений;
  - стандарты и классификаторы в области здравоохранения, принимаемые на уровне научных обществ и общественных организаций;
  - руководящие документы, правила и нормы, рекомендации в области здравоохранения, принимаемые на отраслевом уровне, на уровне субъекта РФ, учреждений и предприятий, осуществляющих медицинскую, фармацевтическую деятельность и деятельность, связанную с медицинской техникой, а также ассоциаций, научных обществ, иных общественных организаций.

Система стандартизации в здравоохранении предусматривает разработку и принятие стандартов следующих видов в зависимости от специфики объектов стандартизации: осно-

вополагающие стандарты; стандарты на продукцию (услуги); стандарты на работы (процессы); стандарты на методы контроля (испытаний, измерений, анализа).

Основными направлениями стандартизации, обеспечивающими реализацию положений Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ и создающими систему управления качеством в здравоохранении, являются:

- стандартизация в области ресурсов здравоохранения;
- стандартизация в области технологий, используемых в здравоохранении;
- стандартизация в области результатов применения технологий, используемых в здравоохранении.

Стандартизация медицинских технологий является одним из важнейших направлений работ в развитии системы стандартизации в здравоохранении. Технологии, используемые при оказании медицинской помощи, разделяют на следующие уровни:

- технология выполнения простых медицинских услуг;
- технологии выполнения медицинской помощи при определенном заболевании, которую можно рассматривать как комплекс простых услуг, находящихся между собой в причинно-следственных и временных взаимоотношениях;
- технологии выполнения манипуляций, исследований и процедур;
- технологии выполнения услуг медицинского сервиса.

Общие требования по созданию нормативных документов по стандартизации, регламентирующих технологии выполнения простых медицинских услуг, определяются ОСТ 91500.01.0004-2000 (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2000 года № 299 “О введении в действие отраслевого стандарта “Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие требования”).

Общие требования по созданию протоколов ведения больных определяются ОСТ 91500.09.0001-1999 (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 03.08.99 № 303 “О введении в действие отраслевого стандарта “Протоколы ведения больных. Общие требования”).

Протокол ведения больного – нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации.

Протоколы ведения больных, являясь важным элементом системы стандартизации в здравоохранении, охватывают широкий спектр диагностических и лечебных услуг, классифицированных по клиническому состоянию, используются для определения минимального набора медицинских мероприятий в конкретном клиническом случае.

Разрабатываемые клинические руководства и стандарты содержат алгоритмы диагностики и лечения, формулярные статьи лекарственных средств, позволяющие врачу самостоятельно принимать решения в рамках, обусловленных требованиями протокола.

Протоколы ведения больных разрабатываются на следующие разновидности моделей пациента:

- нозологическая модель,
- синдромальная модель,
- ситуационная модель.

В основе нозологической модели лежит заболевание с учетом стадии или фазы заболевания и возможные осложнения. В основе синдромальной модели пациента лежит определенный синдром, его стадия (фаза) и осложнения. Ситуационная модель определяется клинической ситуацией – поступление экстренного больного в стационар, проведение анестезиологического пособия и т.д. Она связана с группой заболеваний, профилем и функциональным назначением подразделения медицинского учреждения.

Протоколы ведения больных состоят из четырех основных частей:

- введение,
- характеристика требований протокола,

- графическое, схематическое и табличное представление протокола,
- мониторингирование протокола.

Во введении формулируются цели и задачи разработки и внедрения данного протокола и его концепция, область применения, литературные ссылки. Дается расширенное определение заболевания (синдрома, клинической ситуации), отражающее этиологию, патогенез, клиническую картину, вопросы терапии. Приводятся данные эпидемиологии, обосновываются медико-социальная значимость разработки данного протокола.

В разделе требования протокола ведения больных выделяют следующие обязательные компоненты:

- модель пациента,
- критерии и признаки диагностики заболевания, синдрома, выделения стадии и фазы заболевания, определения клинической ситуации и осложнений,
- порядок включения пациента в протокол,
- условия оказания медицинской помощи и функциональное назначение медицинской помощи,
- перечни простых медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента,
- характеристика алгоритмов и особенностей выполнения простых медицинских услуг при данной модели пациента с указанием предпочтительных методик, безопасности, экономических особенностей, доказательности диагностических и терапевтических эффектов, осложнений и т.д.,
- перечни фармакотерапевтических групп лекарственных средств обязательного и дополнительного ассортимента,
- характеристика алгоритмов и особенностей медикаментозного лечения при данной модели пациента с приведением формулярных статей лекарственных средств,
- требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации,
- требования к диетическим назначениям и ограничениям,
- форма информированного согласия пациента при выполнении протокола,
- дополнительная информация для пациента и членов его семьи,
- правила изменения требований при выполнении протокола и порядок исключения пациента из протокола,
- возможные исходы для данной модели с учетом каждого этапа диагностики и лечения, временных параметров достижения исхода,
- характеристика исхода,
- стоимость протокола.

Протоколы ведения больных разрабатываются рабочей группой, состоящей из экспертов – специалистов в определенной области медицины. При разработке протоколов и выборе простых медицинских услуг для внесения их в перечень обязательного ассортимента эксперты должны проанализировать научные доказательства эффективности, безопасности, экономичности методов диагностики, лечения или фармакотерапевтической группы лекарственных препаратов для данной модели пациента, и оценить ряд других параметров (например, степень доступности метода).

Стандартизация в области результатов применения технологий, используемых в здравоохранении, направлена на оценку качества и эффективности производства лекарственных средств, изделий медицинского назначения, других компонентов оказания медицинской помощи и, в первую очередь, на формирование требований к результатам выполнения медицинской помощи. Последние можно разделять на социальные результаты (инвалидизация, смертность, изменение качества жизни), медико-биологические (исходы заболеваний), экономические.

### **Рекомендуемая литература**

А) Основная литература:

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов / Под ред.

- В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, - М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 528 с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
  3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
  4. Сестринское дело. Административно-управленческие дисциплины: Учебное пособие / Под ред. Г.П. Котельникова. 2-ое изд., перераб. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 666 с.: ил. – (Высшее образование).
- Б) Дополнительная литература:
5. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение / Санкт-Петербург, ООО «Издательство «Петрополис», - 2000. – 914 с. (библиотека кафедры).
- В) Учебно-методические пособия, рекомендации и т.д., изданные кафедрой:
6. Общественное здоровье и здравоохранение (Методические указания по выполнению контрольных работ) / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Е.А. Захарова, Е.А. Валах. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2006. - 92 с. (научная библиотека)
  7. Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В. Общественное здоровье и здравоохранение. Курс лекций. / Учебное пособие. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 220 с. (библиотека кафедры).
  8. Организация медицинской помощи населению (Методические указания по выполнению контрольных работ по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение») / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Н.А. Жихарева. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 138 с. (научная библиотека).



## ЛЕКЦИЯ 21

### ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ СИСТЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Цель:** ознакомление с основными субъектами территориальной системы обеспечения КМП, их взаимодействием.

#### **Основные вопросы лекции.**

1. Территориальная система управления качества медицинской помощи.
2. Субъекты обеспечения качества медицинской помощи.
3. Взаимодействие субъектов в территориальной системе обеспечения качества медицинской помощи.
4. Классификатор способов контроля качества медицинской помощи.

#### **Содержание**

##### **1. Территориальная система управления качества медицинской помощи.**

Одно из направлений реформирования системы оказания медицинской помощи - децентрализация системы здравоохранения привело к смещению управления отраслью преимущественно на региональный уровень, в связи с чем акценты деятельности по обеспечению КМП также переместились на уровень субъекта РФ.

Территориальная система управления КМП – это совокупность субъектов, объединенных единой целенаправленной деятельностью по созданию и обеспечению условий для оказания гражданам медицинской помощи установленного объема и качества на основе эффективного использования ресурсов здравоохранения.

Создание единой системы управления КМП в территории необходимо с целью решения следующих задач:

- защита прав потребителей (пациентов) в части предоставления им медицинской помощи гарантированного объема и качества;
- создание рациональной и эффективной системы контроля за использованием финансовых средств здравоохранения;
- создание механизма возмещения ущерба здоровью граждан, возникшего по вине учреждений здравоохранения и медицинских работников.

Современной нормативно-распорядительной базой управления КМП является действующее российское законодательство по здравоохранению и, прежде всего, Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ», который в общих чертах определяет составляющие, обеспечивающие КМП со стороны субъектов ОМС. В здравоохранении в новых правовых условиях наряду с действующей ведомственной системой экспертизы КМП стала формироваться вневедомственная система.

Развитие вневедомственного контроля КМП связано с реформированием системы здравоохранения и становлением системы медицинского страхования, возникновением у медицинских учреждений гражданско-правовых обязательств перед другими субъектами, которые не входят в систему здравоохранения. Например, в соответствии со ст.15 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ», страховые медицинские организации обязаны контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи, оказываемой лечебно-профилактическими учреждениями в соответствии с условиями договора о предоставлении медицинской помощи в системе ОМС.

##### **2. Субъекты управления качества медицинской помощи.**

Сложность построения системы управления КМП в территории связана со значительным количеством заинтересованных организаций и ведомств, численность которых превышает число субъектов ОМС и здравоохранения. В число субъектов, заинтересованных в КМП включают потребителей медицинских услуг (пациентов) и их общественные организации (общества защиты прав пациентов); территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации; медицинские учреждения и медицинский персонал, а также их объединения (профессиональные медицинские ассоциации и ассоциации медицинских учрежде-

ний); органы управления здравоохранения и органы лицензирования и аккредитации (рис. 10). При создании территориальной системы управления КМП важно учесть интересы каждого субъекта и конкретизировать их функции и задачи.

Проблемы контроля КМП с точки зрения потребителя заключаются в том, что он, как правило, некомпетентен и, поэтому, оценить КМП может только в крайних позициях: стало лучше (выздоровел, восстановил трудоспособность) - помощь качественная, не стало легче (не восстановил трудоспособность) - помощь некачественная.

С целью оказания помощи потребителям медицинских услуг по оценке качества полученных ими медицинской помощи создаются общества потребителей (пациентов) - общественные организации, которые занимаются защитой прав потребителя (пациента). В их компетенцию входит изучение общественного мнения о качестве оказываемой медицинской помощи, информирование субъектов контроля качества о дефектах в оказании медицинской помощи и защита прав пациента путем представления их интересов в административных и судебных органах. Представители этих обществ могут обратиться к компетентному лицу (эксперту) в целях независимой оценки качества и эффективности медицинской помощи.

Следующей группой субъектов, контролирующих КМП, являются плательщики. Это организации, которые финансируют медицинскую помощь и, передавая средства на ее оказание, вправе спросить с производителя, насколько медицинская услуга была качественной, адекватной тому финансированию, которое на ее предоставление было передано:

- территориальный фонд ОМС (в случае выполнения функций страховщика);
- страховая медицинская организация, проводящая операции ОМС;
- органы управления здравоохранения, которые используют средства государственной и муниципальной систем здравоохранения.

В компетенцию территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций входит:

- организация и осуществление в рамках заключенных договоров обязательного и добровольного медицинского страхования контроля качества, объема и сроков оказания медицинской помощи;
- определение соответствия выставленных к оплате счетов за оказанные медицинские услуги их истинному объему, качеству и территориальной программе ОМС с правом частично или полностью не возмещать затраты на оказание медицинских услуг;
- предъявление претензий и исков лечебно-профилактическим учреждениям по возмещению ущерба, причиненного застрахованным гражданам.

Базой контроля КМП с точки зрения плательщика в системе ОМС должны выступать медико-экономические стандарты. Именно с их помощью плательщик должен эффективно контролировать расходование средств, передаваемых им на ОМС.

Следующим субъектом являются органы лицензирования, которые проводят экспертизу структурного компонента КМП и выдают разрешение медицинским учреждениям на медицинскую деятельность.

В компетенцию лицензионных органов входит исполнение следующих функций:

- контроль за безопасностью медицинских услуг для пациентов и персонала и их соответствием установленным стандартам;
- контроль за выполнением учреждениями здравоохранения и физическими лицами лицензионных условий;
- выдача лицензии и сертификатов юридическим лицам и гражданам;
- участие в формировании регистра экспертов на территории субъекта Российской Федерации.

Основными задачами и направлениями деятельности профессиональных медицинских ассоциаций являются разработка медицинских стандартов для осуществления контроля качества медицинской технологии; участие в разработке программ и критериев подготовки и повышения квалификации медицинских кадров, соглашений по тарифам на медицинские услуги; участие в формировании регистра экспертов; участие в работе комиссий по аттеста-

ции медицинских работников, аккредитации и лицензированию деятельности учреждений здравоохранения, квалификационных экзаменационных комиссиях.

Органы управления здравоохранения осуществляют административный контроль деятельности ЛПУ по оказанию медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества.

Лечебно-профилактическое учреждение в области обеспечения КМП осуществляет самоконтроль.

### **3. Взаимодействие субъектов в территориальной системе обеспечения качества медицинской помощи.**

В соответствии с целями и задачами обеспечения КМП в территории проводятся три вида экспертиз:

- выявление соответствия фактически оказанных медицинских услуг тем требованиям, которые приняты на территориальном или федеральном уровне,
- выявление соответствия фактических затрат на оказание медицинских услуг тем нормативным затратам, которые заложены в объемы финансирования территориальной системы здравоохранения,
- установление факта причинения и степени вреда жизни и здоровью пациента некачественно оказанной медицинской помощью.

Целью осуществления ведомственного контроля КМП является обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов здравоохранения и применения совершенных медицинских технологий.

Ведомственный контроль КМП осуществляется экспертным путем должностными лицами ЛПУ и органов управления здравоохранением, клинико-экспертными комиссиями и главными штатными и внештатными специалистами всех уровней здравоохранения. Этот вид контроля качества и эффективности медицинской помощи является основным видом контроля, наиболее приближенным к исполнителям медицинских услуг. Его результаты используются и сопоставляются с данными вневедомственной экспертизы.

Под системой вневедомственного контроля понимается оценка КМП субъектами, не входящими в государственную систему здравоохранения. Она создается в территории в целях защиты прав граждан на охрану здоровья и содействия органам государственного управления в решении задач по совершенствованию деятельности учреждений здравоохранения.

Основной задачей субъектов вневедомственного контроля является организация в пределах своей компетенции медицинской или медико-экономической экспертизы с целью обеспечения права граждан на получение медицинской помощи надлежащего объема и качества и проверки эффективности использования ресурсов здравоохранения, а также финансовых средств ОМС и социального страхования.

Субъекты вневедомственного контроля могут в соответствии с действующим порядком на основании запроса получить результаты ведомственного контроля КМП и, в случае согласия с ними, принять необходимые решения по поводу частичной или полной неоплаты конкретного случая оказания медицинских услуг по данным сведениям. В случае несогласия с ними, могут требовать проведения дополнительной вневедомственной экспертизы.

### **4. Классификатор способов контроля качества медицинской помощи.**

Способы контроля КМП целесообразно классифицировать по следующим признакам:

- по типу контролирующего органа;
  - по времени проведения;
  - по уровню контроля;
  - по направлению контроля;
  - по полноте охвата контролем;
  - по форме проведения.
- 1). По типу контролирующего органа следует выделить:

- внутренний (ведомственный) контроль, который проводится должностными лицами ЛПУ и органов управления здравоохранения, клинико-экспертными комиссиями и главными штатными и внештатными специалистами всех уровней здравоохранения;
- внешний (вневедомственный) контроль за деятельностью учреждений здравоохранения, который осуществляется лицензирующими органами, страховыми медицинскими организациями, территориальными фондами ОМС, страхователями, исполнительными органами Фонда социального страхования РФ, профессиональными медицинскими ассоциациями, обществами защиты прав потребителей и др.

2). По времени проведения различают следующие виды контроля:

- предварительный (предупредительный) контроль;
- текущий контроль;
- итоговый контроль.

Предварительный контроль проводится до начала оказания медицинской помощи пациентам и имеет, прежде всего, разрешительный характер. Целью предварительного контроля является определение возможностей медицинского учреждения или физического лица оказывать заявленные виды медицинской помощи, а также соответствия их деятельности установленным стандартам. Он призван оценить качество и уровень безопасности работы медицинского учреждения для пациента до получения им разрешения на оказание медицинских услуг населению. Реализуется этот вид контроля через систему лицензирования и осуществляется лицензирующими органами, аттестационными и сертификационными комиссиями.

Текущий контроль проводится в период от начала до окончания обслуживания пациента. Его могут осуществлять сами лечебные учреждения, пациенты, органы управления здравоохранения.

Итоговый контроль проводится по результатам оказания медицинской помощи и, как правило, после выписки пациента из лечебного процесса. Итоговый контроль осуществляется в двух основных формах - плановый и внеплановый (целевой) контроль. Целью контроля является оценка качества выполненной медицинской услуги конкретному пациенту. Субъектами данного вида контроля качества могут быть сами лечебные учреждения, органы управления здравоохранения, а также учреждения и организации, которые не входят в систему здравоохранения, но в установленном законом или иными нормативными актами порядке в пределах своей компетенции имеют право контроля КМП.

Плановые проверки проводят эксперты СМО, ТФОМС с периодичностью, предусмотренной по договору с ЛПУ по оказанию медицинских услуг по программе ОМС. Сроки плановых проверок заранее согласовываются с медицинским учреждением.

3). По уровню контроля КМП можно выделить:

- индивидуальный - контроль и оценка качества медицинской услуги, оказанной конкретному пациенту;
- групповой - контроль и оценка качества медицинских услуг, оказанных группе пациентов: пациентам конкретного врача, пациентам с одной нозологической формой заболевания, одним исходом заболевания, пациентам отделения или службы лечебного учреждения;
- учрежденческий - контроль и оценка качества медицинских услуг, оказанных пациентам лечебным учреждением в целом;
- территориальный - контроль и оценка качества медицинских услуг, оказанных населению области, края, республики, города, района.

4). По направлению экспертизы различают:

- контроль структурных компонентов КМП;
- контроль медико-технологических компонентов;
- контроль различных видов результативности.

5). Контроль качества по глубине экспертизы осуществляется в форме:

- скрининга, основанного на различных тестовых системах;
  - комплексной, развернутой экспертизы, которая должна включать в себя все анализируемые компоненты.
- б). По форме проведения контроля качества различают:
- натурное наблюдение, в т.ч. обходы (медицинский и административный), консилиум;
  - изучение медицинской документации (текущей (истории болезни, амбулаторные карты), статистических отчетов за определенный период);
  - клинические и патологоанатомические конференции;
  - опросы пациентов и медицинского персонала;
  - статистический и экономический анализ результатов деятельности ЛПУ, его подразделений.

### **Рекомендуемая литература**

#### **А) Основная литература:**

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, - М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 528 с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
4. Сестринское дело. Административно-управленческие дисциплины: Учебное пособие / Под ред. Г.П. Котельникова. 2-ое изд., перераб. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 666 с.: ил. – (Высшее образование).

#### **Б) Дополнительная литература:**

5. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение / Санкт-Петербург, ООО «Издательство «Петрополис», - 2000. – 914 с. (библиотека кафедры).

#### **В) Учебно-методические пособия, рекомендации и т.д., изданные кафедрой:**

6. Общественное здоровье и здравоохранение (Методические указания по выполнению контрольных работ) / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Е.А. Захарова, Е.А. Валах. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2006. - 92 с. (научная библиотека)
7. Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В. Общественное здоровье и здравоохранение. Курс лекций. / Учебное пособие. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 220 с. (библиотека кафедры).
8. Организация медицинской помощи населению (Методические указания по выполнению контрольных работ по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение») / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Н.А. Жихарева. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 138 с. (научная библиотека).

## ЛЕКЦИЯ 22

### ОБЕСПЕЧЕНИЕ КМП В ЛПУ. СИСТЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В МЕД. УЧРЕЖДЕНИЯХ СТАЦИОНАРНОГО И АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ТИПОВ

**Цель:** получение знаний о порядке проведения клинико-экспертной работы в лечебном учреждении, способах контроля КМП.

#### **Основные вопросы лекции.**

1. Организационная структура системы управления качеством медицинской помощи в лечебном учреждении.
2. Направления экспертизы и показатели качества медицинских услуг в лечебно-профилактических учреждениях.
3. Оценка качества медицинской помощи, оказываемой средним медперсоналом.

#### **Содержание**

#### **1. Организационная структура системы управления качеством медицинской помощи в лечебном учреждении.**

Внутриучрежденческая система управления КМП представляет совокупность организационной структуры, методик, процессов и ресурсов, необходимых для административного управления качеством.

Организационная структура внутриучрежденческой системы управления КМП представлена следующими субъектами. Общее руководство осуществляет главный врач ЛПУ, в ведении которого находятся структурные компоненты КМП, кадровое, материально-техническое и ресурсное обеспечение лечебно-диагностического процесса.

Главный врач осуществляет взаимодействие с субъектами вневедомственной системы управления КМП: заключает договоры со страховщиками, подписывает акты вневедомственной экспертизы КМП, возглавляет врачебную комиссию ЛПУ.

Клинико-экспертная работа в медицинском учреждении осуществляется на трех основных уровнях:

I - экспертиза качества диагностики, лечения и реабилитации пациентов, проводимая заведующим отделением;

II - экспертиза качества оказания медицинской помощи в подразделениях ЛПУ, осуществляемая заместителями главного врача по медицинской части и по экспертизе временной нетрудоспособности;

III - экспертиза КМП, осуществляемая врачебной комиссией лечебного учреждения.

Для коллегиального обсуждения и принятия решений по всем наиболее значимым клинико-экспертным вопросам диагностики, лечения, тактики ведения, реабилитации, определения трудоспособности и профессиональной пригодности, а также для разрешения конфликтных ситуаций и рассмотрения претензий пациентов в ЛПУ создается врачебная комиссия, возглавляемая руководителем медицинской организации или одним из его заместителей, имеющим высшее медицинское образование.

Вторую ступень иерархической лестницы занимают заместители главного врача по медицинской части и по экспертизе временной нетрудоспособности и по экономике, а также главная медицинская сестра.

Основными задачами заместителя руководителя по медицинской части являются:

- руководство профилактическими, лечебно-диагностическими и реабилитационными мероприятиями;
- организация внедрения и применения в практике работы отделений, и кабинетов современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;
- обеспечение внедрения в деятельность медицинских организаций стандартов медицинской помощи;
- оценка качества и эффективности профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий на разных сроках лечения, проводимых лечащим врачом в соответствии со стандартами медицинской помощи;

- проведение анализа заболеваемости прикрепленного населения, обеспечение разработки и реализации мероприятий по ее снижению;
- обеспечение контроля за осуществлением медицинской деятельности подразделениями медицинской организации и отдельными специалистами;
- разработка и организация мероприятий по улучшению качества и доступности медицинской помощи населению;
- оценка эффективности проводимых индивидуальных программ реабилитации;
- организация врачебных конференций по вопросам повышения и обеспечения качества профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий;
- взаимодействие с медико-социальными экспертными комиссиями, со страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами ОМС, исполнительными органами Фонда социального страхования РФ по вопросам, относящимся к компетенции;
- участие в совещаниях, научно-практических конференциях по вопросам оказания медицинской помощи населению;
- контроль за деятельностью медицинских работников в пределах своей компетенции;
- контроль за ведением медицинской документации, статистического учета и отчетности по вопросам, относящимся к компетенции.

Основными направлениями работы заместителя руководителя по экспертизе временной нетрудоспособности являются:

- контроль за организацией и проведением экспертизы временной нетрудоспособности в медицинской организации;
- проведение анализа заболеваемости населения с временной утратой трудоспособности, первичного выхода больных на инвалидность, обеспечение разработки и реализации мероприятий по их снижению;
- участие в подготовке документов, регламентирующих организацию и проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- оценка экспертной деятельности лечащих врачей и организация работы по экспертизе временной нетрудоспособности заведующих отделениями медицинской организации;
- контроль за обоснованностью выдачи и продления листков нетрудоспособности;
- обеспечение повышения квалификации специалистов медицинской организации по вопросам проведения экспертизы временной нетрудоспособности;
- организация врачебных конференций по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности;
- принятие участия в совещаниях, научно-практических конференциях по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности;
- контроль за ведением медицинской документации, статистического учета и отчетности по курируемым разделам работы;
- осуществление взаимодействия с бюро медико-социальной экспертизы, со страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами ОМС, исполнительными органами Фонда социального страхования РФ, другими медицинскими организациями и учреждениями социальной защиты населения.

Основной задачей заместителя главного врача по экономическим вопросам является оптимизация расходов ЛПУ на оказание медицинской помощи без ухудшения показателей, отражающих надлежащий уровень КМП. Он проводит анализ эффективности использования финансовых средств ЛПУ путем сопоставления нормативных расходов на оказание конкретной услуги с фактическими расходами; расчет экономического эффекта, полученного от внедрения новой медицинской технологии (нового метода лечения, нового вида оборудования); выявление внутренних резервов интенсификации лечебно-диагностического процесса.

Функции заведующего отделением в плане обеспечения КМП:

- контроль за обоснованностью выдачи и продлением сверх предусмотренных нормативных сроков документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность;

- экспертная оценка качества оказания медицинской помощи;
- контроль за оформлением медицинской документации;
- контроль за своевременностью и обоснованностью направления больных на клинично-экспертную, медико-социальную экспертную комиссию.

Анализ ошибок и дефектов позволяет заведующему отделением оценить степень клинической и экспертной подготовки врачей, определить тематику научно-практических конференций отделения, проведение которых является одной из форм учебных мероприятий с целью повышения квалификации медицинского персонала.

Необходимо также обеспечить проведение экспертизы, осуществляемой лечащим врачом в ходе лечебно-диагностического процесса в порядке самоконтроля (так называемый нулевой уровень экспертизы КМП).

Необходимо, чтобы информация, получаемая на каждом этапе, при соблюдении субординации была доступна другим участникам лечебно-диагностического процесса. Налаживание эффективных прямых и обратных связей, согласование и коррекция целей в иерархии управления - важнейшие механизмы функционирования внутриучрежденческой системы обеспечения КМП.

## **2. Направления экспертизы и показатели качества медицинских услуг в лечебно-профилактических учреждениях.**

Для организации эффективной деятельности в сфере обеспечения качества помощи в лечебно-профилактическом учреждении необходимо выбрать направления экспертной работы (ориентиром является триединый подход к обеспечению КМП – структура, технология, результат) и разработать набор показателей, характеризующий деятельность организации в целом (определенных служб, подразделений) с учетом их специфики (стационар, поликлиника, диспансер, станция скорой помощи и т.п.), особенностей лечебно-диагностического процесса и основных результатов.

## **3. Оценка качества медицинской помощи, оказываемой средним медперсоналом.**

Одним из основоположников создания системы контроля КМП является английская медицинская сестра Флоренс Найтингейл, которая во время Крымской войны путём сравнительного анализа мероприятий на различных этапах оказания медицинской помощи раненым в английских и французских госпиталях находит грубые нарушения санитарно-эпидемиологического режима, и посредством преобразований в организации лечебно-диагностического процесса, контроля работы медицинских работников добивается существенного снижения показателей летальности раненых.

Благодаря усилиям Ф. Найтингейл принципиально изменяется роль медицинской сестры и одновременно формируется система контроля КМП, включающая такие составляющие, как идентификация проблемы, элементы сравнительного анализа различных этапов лечебно-диагностического процесса, индивидуальная, направленная на достижение запланированного результата, работа с медицинским персоналом, которая в дальнейшем будет названа медицинским аудитом.

Одной из важнейших проблем в управленческой деятельности руководителей медсестринских служб является обеспечение высокого качества ухода за пациентами. Как указывают эксперты ВОЗ, важнейшими инструментами управленческой деятельности руководителей сестринских служб по обеспечению высокого качества сестринского ухода являются:

1. Обучение медицинских сестер требованиям должностных инструкций.
2. Обеспечение систематического контроля за работой медицинских сестер и старших медицинских сестер по выполнению ими своих должностных инструкций.
3. Создание надлежащих условий для работы медицинских сестер и пребывания в лечебно-профилактическом учреждении пациентов.
4. Надлежащее материально-техническое и лекарственное обеспечение деятельности медицинских сестер.



## 5. Создание в трудовом коллективе благоприятного психологического климата.

Повышению качества сестринского ухода способствует также стандартизация сестринских услуг, однако, медико-технологические протоколы сестринских манипуляций – стандарты находятся в стадии разработки. Между тем именно эти документы должны регламентировать нормативные требования к выполнению сестринских манипуляций и являться «эталоном» для определения правильности и оценки качества их выполнения. При разработке сестринских стандартов следует ориентироваться на составляющие сестринского процесса.

ВОЗ выделяет четыре компонента сестринского процесса: оценку ситуации, планирование, осуществление действий, оценку результатов, т.е. результатов, связанных с качественной характеристикой сестринских функций.

Для повышения результативности контроля КМП, оказываемой средним медицинским персоналом, необходима регистрация сестринского наблюдения и ухода. Это позволит выявить дефекты обслуживания пациента, раскрыть полную информацию о проделанной медицинской сестрой работе, установить, кем, когда и какого рода уход был обеспечен, наглядно проследить динамику состояния пациента, оценить преемственность в обслуживании.

В числе показателей, характеризующих КМП, оказываемой средним медперсоналом, предлагается использовать:

- своевременное выполнение назначений лечащего врача;
- выполнение манипуляций в соответствии со стандартами;
- отсутствие осложнений у пациента, связанного с деятельностью медсестры;
- высокий профессиональный уровень сестринского персонала, позволяющий ему ассистировать врачу при сложных манипуляциях;
- обеспечение инфекционной безопасности;
- обеспечение надлежащего ухода за пациентами (отсутствие пролежней, застойной пневмонии, мышечной атонии, сроки перехода пациента от состояния зависимости в уходе за ним к самоуходу и др.);
- ведение надлежащим образом медицинской документации;
- соблюдение правил медицинской этики и деонтологии при общении медсестры с пациентом, родственниками пациента, коллегами;
- отсутствие жалоб со стороны пациентов, родственников пациентов, врачей.

### Рекомендуемая литература

#### А) Основная литература:

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, - М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 528 с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
4. Сестринское дело. Административно-управленческие дисциплины: Учебное пособие / Под ред. Г.П. Котельникова. 2-ое изд., перераб. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 666 с.: ил. – (Высшее образование).

#### Б) Дополнительная литература:

5. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение / Санкт-Петербург, ООО «Издательство «Петрополис», - 2000. – 914 с. (библиотека кафедры).

#### В) Учебно-методические пособия, рекомендации и т.д., изданные кафедрой:

6. Общественное здоровье и здравоохранение (Методические указания по выполнению контрольных работ) / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Е.А. Захарова, Е.А. Валах. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2006. - 92 с. (научная библиотека)
7. Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В. Общественное здоровье и здравоохранение. Курс лекций. / Учебное пособие. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 220 с. (библиотека кафедры).

8. Организация медицинской помощи населению (Методические указания по выполнению контрольных работ по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение») / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Н.А. Жихарева. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 138 с. (научная библиотека).

## ЛЕКЦИЯ 23

### ЗАРУБЕЖНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ВОЗ.

**Цель:** получение современных знаний о международном сотрудничестве в области здравоохранения и ВОЗ.

#### **Основные вопросы лекции**

1. История создания Всемирной Организации Здравоохранения.
2. Структура Всемирной Организации Здравоохранения.
3. Направления деятельности Всемирной Организации Здравоохранения.

#### **Содержание**

##### **1. История создания Всемирной Организации Здравоохранения.**

В настоящее время активно работают более 200 международных организаций, ассоциаций, в том числе такие правительственные как Организация Общественных Наций (ООН), МОТ (международная организация труда), ЮНИСЕФ (международный детский фонд), ЮНЕСКО (организация объединенных наций по науке и культуре), Международная продовольственная организация, МАГАТЭ (международное агентство по атомной энергии).

Самой крупной из них и самой значимой среди медицинских является Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ), которая сотрудничает со 180 международными медицинскими организациями, агентствами, ассоциациями.

История международных медицинских организаций началась с созыва в 1851 г. в Париже Международной конференции по борьбе с эпидемиями. Эта и последующие международные конференции принимали санитарные конвенции по совместным мерам государств в преодолении эпидемических заболеваний.

Международная санитарная конференция в Риме в 1907 г. учредила первую международную медицинскую организацию – международное бюро общественной гигиены (МБОГ), которое работало до 1946 г. в Париже. В него вошли 55 государств, в том числе и Россия. Бюро наблюдало за выполнением международных санитарных конвенций и карантинных правил и обеспечивало информацию о карантинных заболеваниях. Кроме того оно организовывало консультативную и техническую помощь странам по проблемам здравоохранения.

Вскоре после создания Лиги наций в 1923 г., при ней была создана так называемая Организация здравоохранения Лиги наций. В ее задачи входили задачи аналогичные задачам международного бюро общественной гигиены, кроме того, она оказывала большую помощь в области здравоохранения по подготовке кадров, научным исследованиям, программам борьбы с заболеваниями. Эта организация привлекала известных специалистов, консультантов, публиковала информационные и другие материалы по актуальным проблемам медицины.

На первой генеральной ассамблее ООН в феврале 1946 г. в Филадельфии, было решено создать новую международную организацию здравоохранения с передачей ей функций Лиги наций и в том же 1946 г. в Нью-Йорке на международной конференции собравшей делегатов из 51 страны, был обсужден и принят устав новой всемирной организации здравоохранения, и протокол о роспуске МБОГ, и секции Лиги наций, приемниками которых стала ВОЗ.

7 апреля 1948 г. 26 государств, членов ООН, учредителей ВОЗ, ратифицировали ее устав, и с этого дня ВОЗ, получившая юридическое оформление, стала полноправным членом ООН, т.е. специализированным ее агентством в области здравоохранения. В честь этого события 7 апреля каждого года отмечается как международный день здоровья. В настоящее время членами ВОЗ являются 190 государств.

##### **2. Структура Всемирной Организации Здравоохранения.**

Высшим органом ВОЗ является Всемирная ассамблея здравоохранения, которая состоит из делегатов, представляющих государства-члены ВОЗ. От каждой страны выделяется не более трех делегатов, один из которых является главой делегации. Делегаты, как правило, являются сотрудниками ведомства здравоохранения своей страны.

Являясь специализированной организацией ООН, ВОЗ принимает в свои ряды членов этой организации, хотя устав позволяет принимать и не членов ООН.

Очередные сессии Ассамблеи созываются ежегодно. Ассамблеи определяют направление ВОЗ, рассматриваются и утверждаются перспективные и годовые планы работы, назначается генеральный директор ВОЗ, рассматриваются вопросы сотрудничества с другими организациями, устанавливаются санитарные и карантинные требования, правила-стандарты в отношении безвредности, чистоты и силы биологических и фармацевтических продуктов, имеющих обращение в международной торговле. Кроме того, Ассамблея ВОЗ рассматривает рекомендации Генеральной Ассамблеи, Экономического и Социального советов и Совета Безопасности ООН по вопросам здравоохранения и представляет им доклады о мерах, принятых ВОЗ.

Между сессиями Ассамблеи высшим органом ВОЗ является Исполнительный комитет, который собирается на очередные сессии 2 раза в год. Исполком состоит из 30 членов – представителей государств, избираемых на 3 года. Исполком рассматривает программу и бюджет организации, проводит в жизнь решения Ассамблеи и готовит для нее рекомендации. Исполком имеет право принимать чрезвычайные меры в случаях, не терпящих отлагательства (эпидемии, стихийные бедствия).

Центральный административный орган ВОЗ – это секретариат, возглавляемый генеральным директором, который избирается Ассамблеей сроком на 5 лет по представлению Исполкома. Штаб-квартира секретариата находится в Женеве. Генеральный директор ежегодно представляет Ассамблее отчеты о работе организации.

Большая часть отделов секретариата ВОЗ объединена в 5 групп:

- отдел гигиены окружающей среды и отдел санитарной статистики;
- отдел укрепления служб здравоохранения и охраны здоровья семьи;
- отдел неинфекционных болезней, развития кадров здравоохранения и лекарственных средств;
- отдел административного руководства и персонала;
- отдел бюджета и финансов.

Чтобы лучше учитывать местные условия и эффективнее оказывать государствам помощь, в рамках ВОЗ создано 6 региональных организаций. Каждая такая организация имеет региональный комитет, который состоит из представителей государств-членов ВОЗ, входящих в данный географический район. Исполнительными органами этих организаций являются региональные бюро.

В настоящее время существуют следующие региональные организации:

- Европейская – бюро в Копенгагене;
- Африканская – бюро в Браззавиле (Конго);
- Восточно-Средиземноморская – бюро в Александрии;
- Юго-восточная Азия – бюро в Дели;
- Западная часть Тихого океана – бюро в Маниле;
- Американская – бюро в Вашингтоне.

Официальными языками ВОЗ являются английский и французский. Ряд докладов, а также перевод выступлений делегатов на ассамблеях, в комитетах проводится на рабочих языках – русском, китайском, испанском, арабском, немецком.

Регулярный бюджет ВОЗ составляют взносы стран-членов. В последние годы почти половину всего бюджета Организации составили взносы государств-членов Европейского региона. США вносит в бюджет 15-17%. Большая часть этих взносов ассигнуется в регионы, составляющие развивающегося мира, и лишь приблизительно 6% общего бюджета предоставляется в распоряжение Европейского регионального бюро на мероприятия в самом регионе.

Кроме того, деятельность ВОЗ финансирует Добровольный фонд укрепления здоровья, учрежденный в 1960 г. Этот фонд складывается из добровольных пожертвований и добровольных взносов стран-членов ВОЗ. С каждым годом внебюджетные ассигнования увели-

чиваются и приближаются к величинам регулярного бюджета.

### **3. Направления деятельности Всемирной Организации Здравоохранения.**

Целью ВОЗ, как гласит ее устав, является «достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья». В уставе было провозглашено право каждого человека на здоровье, утверждено принцип ответственности правительства за здоровье своих народов.

Согласно уставу, ВОЗ функционирует как руководящий и координирующий орган в международной работе по здравоохранению.

Деятельность ВОЗ проходит в соответствии с общими программами на 5-7 лет, планирование осуществляется на 2 года. Основными направлениями деятельности являются:

- развитие систем здравоохранения в странах в соответствии с резолюцией об основных принципах национального здравоохранения, т.е. ответственности государства, профилактики, участия населения в охране здоровья, использования достижений науки и др.;
- развитие первичной медико-санитарной помощи;
- подготовка и усовершенствование кадров;
- охрана и укрепление здоровья различных групп населения;
- охрана окружающей среды;
- борьба с инфекционными и паразитарными заболеваниями, иммунизация и вакцинация;
- охрана и укрепление психического здоровья;
- охрана здоровья матери и ребенка;
- обеспечение информацией по здравоохранению (совершенствование санитарной статистики);
- подготовка медицинских кадров;
- расширенная программа научных медицинских исследований, развитие медико-биологических исследований;
- консультативная и техническая помощь странам по актуальным направлениям медицины.

С 1981 г. ВОЗ действует, руководствуясь общей стратегией, которая была определена, как «достижение здоровья для всех к 2000 году». Эта, казалось бы, утопическая цель (достичь здоровья для всех во всех странах с разным уровнем здравоохранения и разными социально-экономическими условиями) определена как социально-экономическая задача. Эта задача была сформулирована так: достижение каждым человеком и каждой семьей такого благополучия, которое позволило бы вести «продуктивный» образ жизни (здоровый образ жизни). Помимо такого общего понимания этой цели, ВОЗ попыталась определить более конкретно достижение «здоровья для всех» на основе медико-демографических и социологических показателей. Были названы десятки критериев, в т.ч. уровень младенческой смертности, масса тела при рождении, средняя продолжительность жизни, а также водоснабжение, питание, требования к организации медицинской помощи, грамотности населения и т.д.

В отношении медицинской помощи важнейшим считается развитие первичной медико-социальной помощи, которой посвящена и специальная программа ВОЗ.

В регионах на основе общей стратегии и достижения здоровья для всех разработаны региональные стратегии и программы.

На ВОЗ возлагается консультативная, экспертная и техническая помощь странам, а также предоставление необходимой информации. Когда-то ее генеральный директор, много лет руководивший ВОЗ, М. Кандау сказал, что назначение ВОЗ «научить страны помогать себе в решении проблем здоровья».

ВОЗ привлекает для обсуждения проблем и консультаций тысячи известных специалистов, проводящих заседания экспертных комитетов и советов, готовящих технические, научные, информационные и другие материалы.

ВОЗ публикует более 20 изданий, в т.ч. рабочие документы – отчеты Генерального

директора о деятельности ВОЗ, статистические материалы, документы комитетов и совещаний, в том числе отчеты ассамблеи, исполнительных комитетов, сборники резолюций и решений, а также журналы – «Бюллетень ВОЗ», «Международный форум здоровья», «Здоровье мира», серию монографий и технических докладов.

ВОЗ разрабатывает и совершенствует международные стандарты, номенклатуру и классификации, содействует их распространению.

Кроме того, ВОЗ проверяет и проводит медицинские исследования, оказывает техническое содействие правительствам в укреплении национального здравоохранения. ВОЗ содействует принятию и выполнению международных конвенций, соглашений и правил в области здравоохранения.

ВОЗ принадлежит большая роль в успешном решении ряда проблем международного и национального здравоохранения. По ее инициативе была осуществлена глобальная кампания по ликвидации оспы в мире (последний случай зарегистрирован в 1981 г.); ощутимых результатов достигла кампания борьбы с малярией, распространенность которой сократилась более чем в 2 раза, программа иммунизации против 6 инфекционных заболеваний, организация выявления и борьбы с ВИЧ, создание справочных и других научных центров во многих странах, организации служб ПМСП, медицинских школ и многое другое.

### **Рекомендуемая литература**

#### **А) Основная литература:**

1. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова, - М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 528 с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
3. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 520 с.: ил. – (Серия «XXI век»).
4. Сестринское дело. Административно-управленческие дисциплины: Учебное пособие / Под ред. Г.П. Котельникова. 2-ое изд., перераб. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 666 с.: ил. – (Высшее образование).

#### **Б) Дополнительная литература:**

5. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение / Санкт-Петербург, ООО «Издательство «Петрополис», - 2000. – 914 с. (библиотека кафедры).

#### **В) Учебно-методические пособия, рекомендации и т.д., изданные кафедрой:**

6. Общественное здоровье и здравоохранение (Методические указания по выполнению контрольных работ) / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Е.А. Захарова, Е.А. Валах. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2006. - 92 с. (научная библиотека)
7. Новокрещенова И.Г., Новокрещенов И.В. Общественное здоровье и здравоохранение. Курс лекций. / Учебное пособие. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 220 с. (библиотека кафедры).
8. Организация медицинской помощи населению (Методические указания по выполнению контрольных работ по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение») / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Н.А. Жихарева. Изд-во Саратовского мед унив-та, 2007. - 138 с. (научная библиотека).