В.А. Медик
В.К. Юрьев

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

УЧЕБНИК ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

2-е издание,
исправленное
и дополненное



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

В.А. Медик, В.К. Юрьев

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

УЧЕБНИК ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

2-е издание, исправленное и дополненное

Министерство образования и науки Российской Федерации
ФГУ «Федеральный институт развития образования»

Рекомендовано ГОУ ВПО «Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова» в качестве учебника для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальностям 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия», 31.05.03 «Стоматология» по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение»

Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2016

УДК [614(470+571)(091)+368.9.06](075.8)
ББК 51.1(2)я73-1+65.271.316(2Рос)я73-1+67.401.124(2Рос)я73-1
М42

Авторы:

Медик Валерий Алексеевич — д-р мед. наук, проф., чл.-кор. РАН, зав. кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и общей гигиены Института медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, заслуженный врач РФ, лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники;
Юрьев Вадим Кузьмич — д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, заслуженный деятель науки РФ.

Рецензенты:

В.З. Кучеренко — д-р мед. наук, проф., чл.-кор. РАН, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, заслуженный деятель науки РФ;
В.С. Лучкевич — д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, заслуженный деятель науки РФ.

Медик, В. А.

М42 Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. — 2-е изд., *испр. и доп.* — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 608 с. : ил.
ISBN 978-5-9704-3710-0

Учебник написан в соответствии с программой преподавания дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение». В издании представлены современные подходы к организации медико-социальной профилактики. Дана *методология изучения общественного здоровья, изложены основы законодательства* и медицинской этики, экономики, управления, медицинского страхования, информатизации здравоохранения. Рассмотрен широкий круг вопросов, касающихся организации амбулаторно-поликлинической, больничной, специализированной медицинской помощи, экспертизы трудоспособности. Показан алгоритм разработки и анализа Программы госгарантий. Материал обильно проиллюстрирован статистическими данными, примерами, графиками.

Предназначен студентам медицинских вузов, преподавателям системы высшего медицинского образования, практическим врачам и организаторам здравоохранения.

УДК [614(470+571)(091)+368.9.06](075.8)
ББК 51.1(2)я73-1+65.271.316(2Рос)я73-1+67.401.124(2Рос)я73-1

Права на данное издание принадлежат ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».

© Медик В.А., Юрьев В.К., 2013
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2016
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», оформление, 2016

ISBN 978-5-9704-3710-0

AXBOROT-RESURS MARKAZI
INV № 29

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие ... 12

ЧАСТЬ 1. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Введение ... 14

Глава 1. Методология изучения общественного здоровья и деятельности системы здравоохранения ... 18

1.1. Общие положения ... 18

1.2. Разработка дизайна исследования ... 19

1.3. Сбор информации и формирование баз данных ... 26

1.4. Обработка, анализ и визуализация данных ... 27

1.5. Выработка управленческих решений, внедрение их в практику и оценка эффективности ... 43

Контрольные вопросы ... 47

Глава 2. Медико-социальные аспекты демографии ... 48

2.1. Общие положения ... 48

2.2. Механическое движение населения ... 49

2.3. Естественное движение населения ... 51

2.3.1. Рождаемость ... 52

2.3.2. Смертность ... 56

2.3.3. Материнская, детская и перинатальная смертность ... 60

2.3.4. Естественный прирост (противоестественная убыль) населения ... 66

2.3.5. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении ... 67

2.4. Статика населения ... 68

2.5. Демографическая ситуация в России в конце XX – начале XXI столетия ... 71

Контрольные вопросы ... 89

Глава 3. Заболеваемость ... 90
3.1. Общие положения ... 90
3.2. Заболеваемость по данным обращаемости в организации здравоохранения ... 91
3.3. Заболеваемость по данным медицинских осмотров ... 96
3.4. Заболеваемость по данным о причинах смерти ... 99
3.5. Исчерпанная (истинная) заболеваемость ... 100
3.6. Заболеваемость важнейшими социально значимыми болезнями ... 102
3.7. Инфекционная заболеваемость ... 108
3.8. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности ... 110
3.9. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем ... 113
Контрольные вопросы ... 115

Глава 4. Инвалидность ... 116
4.1. Общие положения ... 116
4.2. Критерии определения инвалидности и реабилитация инвалидов ... 117
4.3. Статистика инвалидности ... 123
Контрольные вопросы ... 126

Глава 5. Физическое развитие ... 127
5.1. Общие положения ... 127
5.2. Методы оценки физического развития ... 129
5.3. Организация изучения физического развития населения ... 135
5.4. Медико-социальные проблемы, связанные с физическим развитием населения ... 139
5.4.1. Состояние физического развития населения России ... 139
5.4.2. Проблема ожирения ... 141
5.4.3. Проблема алиментарной дистрофии ... 143
5.4.4. Проблема акселерации ... 147
Контрольные вопросы ... 148

Глава 6. Организация медико-социальной профилактики 149
6.1. Общие положения 149
6.2. Факторы риска и профилактика хронических заболеваний 150
6.3. Организация службы формирования здорового образа жизни 160
Контрольные вопросы 162

ЧАСТЬ 2. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Введение 163

Глава 7. Правовые основы охраны здоровья граждан 165
7.1. Общие положения 165
7.2. Система законодательства об охране здоровья граждан 166
7.3. Права граждан в области охраны здоровья 171
7.4. Правовое положение медицинских и фармацевтических работников 174
Контрольные вопросы 186

Глава 8. Организационные основы здравоохранения 187
8.1. Общие положения 187
8.2. Виды медицинской помощи 189
8.3. Номенклатура учреждений здравоохранения 191
Контрольные вопросы 196

Глава 9. Теоретические основы управления здравоохранением 198
9.1. Общие положения 198
9.2. Принципы управления 199
9.3. Функции управления 202
9.4. Стили управления 215

9.5. Методы управления ... 216
9.6. Управление системой здравоохранения в Российской Федерации ... 217
Контрольные вопросы ... 222

Глава 10. Планирование и прогнозирование в здравоохранении ... 224
10.1. Общие положения ... 224
10.2. Основы прогнозирования общественного здоровья и здравоохранения ... 225
10.3. Планирование в здравоохранении ... 227
10.3.1. Принципы планирования в здравоохранении ... 228
10.3.2. Виды планирования в здравоохранении ... 230
10.3.3. Методы планирования в здравоохранении ... 232
Контрольные вопросы ... 235

Глава 11. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи ... 236
11.1. Основные задачи программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи ... 236
11.2. Управление территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи ... 238
11.3. Анализ выполнения территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи ... 242
Контрольные вопросы ... 244

Глава 12. Организация амбулаторно-поликлинической помощи ... 246
12.1. Общие принципы организации амбулаторно-поликлинической помощи ... 246
12.2. Городская поликлиника для взрослых ... 248

12.3. Городская поликлиника для детей ... 255
12.4. Женская консультация ... 272
12.5. Центр общей врачебной (семейной) практики ... 291
12.6. Статистика амбулаторно-поликлинических учреждений ... 293
12.6.1. Особенности статистического анализа женских консультаций ... 305
12.6.2. Особенности статистического анализа деятельности детских поликлиник ... 311
Контрольные вопросы ... 319

Глава 13. Организация стационарной помощи ... 321
13.1. Общие положения ... 321
13.2. Городская больница для взрослых ... 322
13.3. Городская больница для детей ... 330
13.4. Родильный дом ... 331
13.5. Перинатальный центр ... 342
13.6. Стационарзамещающие технологии ... 345
13.7. Статистика больничных учреждений ... 350
13.7.1. Особенности статистического анализа деятельности родильных домов ... 361
Контрольные вопросы ... 367

Глава 14. Организация специализированной медицинской помощи ... 368
14.1. Общие положения ... 368
14.2. Онкологический диспансер ... 369
14.3. Психоневрологический диспансер ... 374
14.4. Наркологический диспансер ... 377
14.5. Противотуберкулезный диспансер ... 382
14.6. Кожно-венерологический диспансер ... 386
14.7. Центр по профилактике и борьбе со спидом ... 390
14.8. Порядок направления граждан РФ в федеральные государственные учреждения для оказания специализированной медицинской помощи ... 393
Контрольные вопросы ... 395

Глава 15. Организация работы скорой и неотложной медицинской помощи ... 398
15.1. Общие положения ... 398
15.2. Организация скорой медицинской помощи ... 399
15.3. Организация *неотложной медицинской помощи* ... 402
15.4. Проблемы и перспективы развития скорой и неотложной медицинской помощи ... 404
15.5. Статистика учреждений скорой медицинской помощи ... 406
Контрольные вопросы ... 408

Глава 16. Организация стоматологической помощи ... 409
16.1. Общие положения ... 409
16.2. Стоматологическая поликлиника ... 410
16.3. Особенности организации стоматологической помощи детскому населению ... 415
16.4. Перспективы развития стоматологической службы в условиях рыночной экономики ... 418
16.5. Статистика стоматологических организаций ... 420
Контрольные вопросы ... 426

Глава 17. Особенности организации медицинской помощи жителям сельской местности ... 427
17.1. Общие положения ... 427
17.2. Этапы оказания медицинской помощи сельским жителям ... 428
Контрольные вопросы ... 436

Глава 18. Организация санаторно-курортной помощи ... 437
18.1. Общие положения ... 437
18.2. Отбор и направление на санаторно-курортное лечение взрослых ... 439
18.3. Особенности направления на санаторно-курортное лечение детей ... 442
Контрольные вопросы ... 443

Глава 19. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей на потребительском рынке 444

19.1. Общие принципы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения 444

19.2. Общие принципы защиты прав потребителей на потребительском рынке 446

19.3. Органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор и контроль в сфере защиты прав потребителей на потребительском рынке 447

Контрольные вопросы 451

Глава 20. Экспертиза трудоспособности 453

20.1. Общие положения 453

20.2. Экспертиза временной нетрудоспособности 454

20.3. Порядок выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность 457

20.3.1 Порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах, отравлениях (некоторых других последствиях воздействия внешних причин) 461

20.3.2. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи 464

20.3.3. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам 466

20.3.4. Порядок выдачи листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения, протезирования и при карантине 468

20.4. Экспертиза стойкой нетрудоспособности 470

Контрольные вопросы 473

Глава 21. Медицинское страхование 474

21.1. Общие положения 474

21.2. Обязательное медицинское страхование 476

21.3. Добровольное медицинское страхование 486

Контрольные вопросы 488

Глава 22. Экономика здравоохранения ... 489
22.1. Общие положения ... 489
22.2. Анализ экономической деятельности организаций здравоохранения ... 490
22.3. Медицинская, социальная и экономическая эффективность здравоохранения ... 500
22.4. Роль здравоохранения в предотвращении экономического ущерба ... 507
22.5. Формирование рыночных отношений в здравоохранении ... 509
Контрольные вопросы ... 516

Глава 23. Финансирование здравоохранения ... 518
23.1. Общие положения ... 518
23.2. Источники финансирования здравоохранения ... 519
23.3. Планирование и расходование финансовых средств бюджетными учреждениями здравоохранения ... 522
23.4. Оплата труда в здравоохранении ... 525
23.5. Финансовый контроль в здравоохранении ... 528
Контрольные вопросы ... 529

Глава 24. Качество медицинской помощи и система его обеспечения ... 531
24.1. Общие характеристики и компоненты качества медицинской помощи ... 531
24.2. Система обеспечения качества медицинской помощи ... 536
Контрольные вопросы ... 539

Глава 25. *Информатизация в здравоохранении* ... 540
25.1 Общие положения ... 540
25.2. Информационные ресурсы в здравоохранении ... 543
25.3. Классификация медицинских информационных систем ... 547

25.4. Концепция единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения 555
Контрольные вопросы 560

Глава 26. Этика в профессиональной деятельности врача 561
26.1. Медицинская этика, деонтология: содержание и основные проблемы 561
26.2. Этические нормы взаимоотношений врача и пациента 564
26.3. Основные проблемы биомедицинской этики 569
Контрольные вопросы 573

Глава 27. Здравоохранение в зарубежных странах 575
27.1. Социально-экономические модели здравоохранения 575
27.2. Всемирная организация здравоохранения. Международное сотрудничество России 580
Контрольные вопросы 583

Основные термины 585

Предметный указатель 602

ПРЕДИСЛОВИЕ

Состояние и перспективы развития здравоохранения Российской Федерации начала XXI в. во многом определяются уровнем здоровья населения и социально-экономическими преобразованиями, происходящими в обществе. Это проявляется в таких процессах, как демонополизация системы здравоохранения, децентрализация управления отраслью, возникновение новых экономических отношений, развитие современных форм оказания медицинской помощи и технологий. Одновременно возрастают запросы самого общества в получении доступной и качественной медицинской помощи. Фундаментом, обеспечивающим соответствие системы здравоохранения этим требованиям, должны стать глубокие знания в области общественного здоровья и здравоохранения. Все это повышает значимость дисциплины ***«общественное здоровье и здравоохранение»*** в подготовке будущих врачей-специалистов, организаторов здравоохранения для работы в практическом здравоохранении.

Прошло всего 2 года с момента выхода в свет первого издания учебника «Общественное здоровье и здравоохранение» (В.А. Медик, В.К. Юрьев). С того времени весь тираж учебника разошелся, а авторы получили многочисленные отзывы в поддержку и с критическими замечаниями.

Период небольшой, но за этот отрезок времени произошли серьезные изменения в нормативной правовой базе здравоохранения, обозначились новые принципы и государственные приоритеты в охране здоровья граждан. Вступил в силу новый Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», который предоставил застрахованным гражданам реальные права выбора страховой медицинской организации, лечащего врача, медицинского учреждения, определил основные направления модернизации здравоохранения на ближайшие 2011–2012 гг. В соответствии с этим законом полностью переработана глава «Медицинское страхование».

Предложены новые методы изучения общественного здоровья и анализа деятельности системы здравоохранения, значительно расширены главы «Организация медико-социальной профилактики» и «Физическое развитие». Существенно обновлены статистические данные о здоровье населения и деятельности системы здравоохранения, использованы некоторые предварительные сведения последней переписи населения 2010 г.

Главы, касающиеся организации отдельных видов медицинской помощи переработаны с учетом новых приказов Министерства здравоохранения и социального развития РФ, других нормативных документов. Особое внимание уделено вопросам охраны материнства и детства, современным организационным подходам в работе детских поликлиник, родильных домов, женских консультаций, перинатальных центров. Изложен новый порядок направления граждан РФ в федеральные государственные учреждения для получения специализированной медицинской помощи.

В связи со стремительным развитием информатизации в здравоохранении, внедрением в практическую деятельность каждого медицинского работника персональных компьютеров авторы сочли необходимым включить в учебник новую главу «Информатизация здравоохранения».

В то же время авторы прекрасно понимают, что ни один современный учебник не может учесть всех изменений, происходящих в общественном здоровье, поспеть за всеми результатами реформ, проводимых в здравоохранении. Поэтому авторы в дальнейшей работе над учебником и впредь постараются учитывать изменения, происходящие в здоровье населения, системе здравоохранения, а также будут благодарны за все пожелания и критические замечания читателей.

Авторы

Часть 1
Общественное здоровье

ВВЕДЕНИЕ

В основе профессиональной деятельности любого врача лежат два основных понятия — ***«здоровье» и «болезнь»***. На современном этапе развития общества проблемы здоровья населения следует отнести к глобальным, связанным с национальной безопасностью государства. Острый демографический кризис в России, сопровождающийся негативными тенденциями в состоянии здоровья населения, определяет особое внимание государства к состоянию здоровья граждан. Интересы национальной безопасности России диктуют необходимость сокращения прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости, инвалидности, смертности прежде всего в трудоспособном возрасте. Именно поэтому здоровье населения должно быть признано высшим приоритетом государства.

В настоящее время наиболее распространенной является научная теория, по которой здоровье человека рассматривается с точки зрения единства его социальной и биологической природы. Социальные факторы среды обитания для здоровья человека признаются ведущими, определяющими в его развитии. Один из основоположников этого подхода академик РАМН Ю.П. Лисицын в своих фундаментальных работах показал, что здоровье индивидуума в 50% случаев обусловлено социальными факторами, в том числе условиями и образом жизни.

Примат социального в определении здоровья и неразрывной связи его с биологической составляющей подчеркивали известные ученые — основоположники социальной гигиены З.П. Соловьев, Г.А. Баткис, С.Я. Фрейдлин, О.П. Щепин, В.А. Миняев и др.

На ведущее значение социальных факторов в формировании здоровья населения обращает внимание известный социолог профессор А.М. Осипов, рассматривающий социальную обусловленность общественного здоровья «как комплекс факторов, характеризующих образ и условия жизни субъектов, социальную организацию на уровне общества, локального сообщества и социальной микросреды, влияющий на состояние и динамику общественного здоровья».

На этих позициях базируется определение здоровья, данное в Уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): ***«Здоровье*** — это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».

Определение социальной сущности здоровья — ключ к пониманию такой категории, как «болезнь». Общепринято определение болезни как нарушения, поломки, дефекта физических или психических функций организма. Нередки определения болезни как нарушения связей, взаимодействия организма с внешней средой, нарушения адаптации к среде обитания.

Известный мыслитель и общественный деятель К. Маркс определял болезнь «как стесненную в своей свободе жизнь».

Аналогичной позиции придерживается академик РАМН Ю.П. Лисицын, который считает, что ***«болезнь*** — это стеснение свободы человеческой жизни во всех ее проявлениях: общественных отношениях, социальных контактах, психологической дезадаптации и дезинтеграции личности».

В настоящее время все большее внимание стало уделяться изучению связи качества жизни и здоровья, что позволяет глубже вникнуть в проблему отношения больного к своему здоровью. Появился даже специальный термин ***«качество жизни, связанное со здоровьем»***, под которым подразумевают комплексную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального состояния больного, основанную на его субъективном восприятии.

В практической деятельности врач обычно оценивает здоровье отдельного человека, однако для принятия управленческих решений необходимо анализировать здоровье многочисленных групп людей. При этом здоровье следует рассматривать не просто как арифмети-

ческое сложение данных о здоровье индивидуумов, а как множество показателей, рассчитанных с использованием вероятностных и статистических методов анализа. В этом случае речь идет об изучении общественного здоровья.

На семинаре заведующих кафедрами общественного здоровья и здравоохранения (Москва, 2000) было принято следующее определение: ***общественное здоровье*** — это важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей.

Общественное здоровье как самостоятельная медицинская дисциплина изучает воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения с целью разработки комплекса лечебно-профилактических мероприятий. Правильно собранные и хорошо проанализированные статистические данные об общественном здоровье служат основой для планирования мероприятий по сохранению и укреплению здоровья населения на государственном и муниципальном уровнях, разработки современных форм и методов работы организаций здравоохранения, контроля эффективности их деятельности.

Статистические данные об общественном здоровье принято изучать на трех уровнях:

— *первый уровень* (*групповой*) — здоровье малых социальных или этнических групп;

— *второй уровень* (*региональный*) — здоровье населения отдельных административных территорий;

— *третий уровень* (*популяционный*) — здоровье популяции в целом.

Исследованием общественного здоровья занимается ***медицинская статистика*** — один из разделов биостатистики, изучающий основные закономерности и тенденции здоровья населения, здравоохранения с использованием методов математической статистики.

Для оценки общественного здоровья принято использовать следующие группы показателей (индикаторов):

— показатели медико-демографических процессов;

— показатели заболеваемости;

— показатели инвалидности;

— показатели физического развития.

Кроме того, для комплексной оценки общественного здоровья на основе специально разработанных математических моделей рассчитываются интегральные показатели. Этим группам показателей будет посвящена первая часть настоящего учебника.

Анализ показателей здоровья в динамике, сопоставление их с аналогичными показателями других стран является основой для выработки управленческих решений по оптимизации деятельности системы здравоохранения, сохранению и улучшению здоровья граждан РФ.

Глава 1

Методология изучения общественного здоровья и деятельности системы здравоохранения

1.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Разработка государственной стратегии в улучшении здоровья населения, обоснованность и эффективность решений, принимаемых для управления системой здравоохранения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях, во многом зависят от полноты и достоверности данных, характеризующих состояние здоровья и деятельность системы здравоохранения. Для получения этой информации используют данные как государственной статистики, так и специально проводимых выборочных исследований. Эти сведения необходимы для формирования мониторинга состояния здоровья населения и деятельности системы здравоохранения. ***Мониторинг здоровья и здравоохранения*** — система наблюдения, включающая в себя сбор, систематизацию данных, анализ на их основе текущей ситуации, разработку прогнозов для выбора приоритетов и принятия управленческих решений с целью сохранения и улучшения здоровья населения.

В процессе создания такой информационной системы, а также проведения исследований общественного здоровья, деятельности здравоохранения в целом и отдельных медицинских учреждений в частности выделяют четыре основных этапа:

- *первый этап* — разработка дизайна исследования;
- *второй этап* — сбор информации и формирование баз данных;
- *третий этап* — обработка, анализ и визуализация данных;
- *четвертый этап* — выработка управленческих решений, внедрение их в практику и оценка эффективности.

На всех этих этапах используются современные технологии сбора, обработки и анализа данных. В решении этих задач главенствующая роль отводится медицинской статистике.

1.2. РАЗРАБОТКА ДИЗАЙНА ИССЛЕДОВАНИЯ

На первом этапе тщательно прорабатывается дизайн (от англ. *design* — творческий замысел) будущего исследования.

Прежде всего разрабатывают программу исследования. ***Программа*** включает в себя тему, цель и задачи исследования, сформулированные гипотезы, определение объекта исследования, единицы и объем наблюдений, глоссарий терминов, описание статистических методов формирования выборочной совокупности, сбора, хранения, обработки и анализа данных, методику проведения пилотного исследования, перечень используемого статистического инструментария.

Название ***темы*** обычно формулируется одним предложением, которое должно соответствовать цели исследования.

Цель исследования — это мысленное предвосхищение результата деятельности и путей его достижения с помощью определенных средств. Как правило, цель медико-социального исследования носит не только теоретический (познавательный), но и практический (прикладной) характер.

Для реализации поставленной цели определяют ***задачи исследования***, которые раскрывают и детализируют содержание цели.

Важнейшей составляющей программы являются ***гипотезы*** (ожидаемые результаты). Гипотезы формулируют, используя конкретные статистические показатели. Главное требование, предъявляемое к гипотезам, — возможность проверить их в процессе исследования. Результаты исследования могут подтверждать, корректировать или опровергать выдвинутые гипотезы.

До начала сбора материала определяют объект и единицу наблюдения. Под ***объектом медико-социального исследования*** понимают статистическую совокупность, состоящую из относительно однородных отдельных объектов или явлений — единиц наблюдения.

Единица наблюдения — первичный элемент статистической совокупности, наделенный всеми признаками, подлежащими изучению.

Следующей важной операцией подготовки исследования являются разработка и утверждение рабочего плана. Если программа исследования — это своего рода стратегический замысел, воплощающий идеи исследователя, ***то рабочий план*** (как приложение к программе) представляет собой механизм реализации исследования. Рабочий

план включает: порядок подбора, обучения и организации работы непосредственных исполнителей; разработку нормативно-методических документов; определение необходимого объема и видов ресурсного обеспечения исследования (кадры, финансы, материально-технические, информационные ресурсы и др.); определение сроков и ответственных за отдельные этапы исследования. Как правило, он представляется в форме ***сетевого графика***.

На первом этапе медико-социального исследования определяют, какими методами будет осуществляться отбор единиц наблюдения. В зависимости от объема различают сплошное и выборочное исследования. При сплошном исследовании изучаются все единицы генеральной совокупности, при выборочном — лишь часть генеральной совокупности (выборка).

Генеральной совокупностью называют множество качественно однородных единиц наблюдения, объединенных по одному или группе признаков.

Выборочная совокупность (выборка) — любое подмножество единиц наблюдения генеральной совокупности.

Формирование выборочной совокупности, полноценно отражающей характеристики генеральной совокупности, является важнейшей задачей статистического исследования. Все суждения о генеральной совокупности по выборочным данным справедливы лишь для репрезентативных выборок, т.е. для таких выборок, характеристики которых соответствуют показателям генеральной совокупности.

Реальное обеспечение репрезентативности выборки гарантируется ***способом случайного отбора***, т.е. такого отбора единиц наблюдения в выборку, при котором у всех объектов генеральной совокупности шансы быть отобранными одинаковы. Для обеспечения случайности отбора используют специально разработанные алгоритмы, реализующие указанный принцип, либо таблицы случайных чисел, либо генератор случайных чисел, имеющийся во многих пакетах компьютерных программ. Суть этих способов состоит в указании случайным образом номеров тех объектов, которые необходимо выбрать из всей каким-либо образом упорядоченной генеральной совокупности. Например, генеральную совокупность «население региона» можно упорядочить по возрасту, месту жительства, алфавиту (фамилия, имя, отчество) и др.

Наряду со случайным отбором при организации и проведении медико-социальных исследований также используют следующие способы формирования выборочной совокупности:

– механический (систематический) отбор;
– типологический (стратифицированный) отбор;
– серийный отбор;
– многоступенчатый (скрининговый) отбор;
– когортный метод;
– метод «копи-пара».

Механический (систематический) отбор позволяет формировать выборку с помощью механического подхода к отбору единиц наблюдения упорядоченной генеральной совокупности. При этом необходимо определиться с соотношением объемов выборочной и генеральной совокупностей и тем самым установить пропорцию отбора. Например, с целью изучения структуры госпитализированных больных формируется выборка в 20% от всех выбывших из стационара пациентов. В этом случае среди всех «медицинских карт стационарного больного» (ф. 003/у), упорядоченных по номерам, следует отобрать каждую пятую карту.

Типологический (стратифицированный) отбор предполагает разбивку генеральной совокупности на типологические группы (страты). При проведении медико-социальных исследований в качестве типологических групп принимают возрастно-половые, социальные, профессиональные группы, отдельные населенные пункты, а также городское и сельское население. При этом число единиц наблюдения из каждой группы отбирают в выборку случайным или механическим способом пропорционально численности группы. Например, при изучении причинно-следственных связей факторов риска и онкологической заболеваемости населения предварительно разбивают исследуемую группу на подгруппы по возрасту, полу, профессии, социальному статусу и затем отбирают из каждой подгруппы необходимое число единиц наблюдения.

Серийным отбором выборку формируют не из отдельных единиц наблюдения, а из целых серий или групп (муниципальных образований, учреждений здравоохранения, школ, детских садов и т.п.). Отбор серий осуществляют с помощью собственно-случайной или механической выборки. Внутри каждой серии изучают все единицы наблюдения. Такой способ может быть использован, например,

для оценки эффективности проведенной иммунизации детского населения.

Многоступенчатый (скрининговый) отбор предполагает поэтапное формирование выборки. По количеству этапов различают одноступенчатый, двухступенчатый, трехступенчатый отбор и т.д. Так, например, при изучении репродуктивного здоровья женщин, проживающих на территории муниципального образования, на первом этапе отбирают работающих женщин, которых обследуют с помощью базовых скрининговых тестов. На втором этапе проводят специализированное обследование женщин, имеющих детей, на третьем этапе — углубленное специализированное обследование женщин, имеющих детей с врожденным пороком развития. Заметим, что в данном случае целенаправленного отбора по определенному признаку в выборку попадают все объекты — носители изучаемого признака на территории муниципального образования.

Когортный метод используют для изучения статистической совокупности относительно однородных групп лиц, объединенных наступлением определенного демографического события в один и тот же интервал времени. Например, при изучении вопросов, связанных с проблемой рождаемости, формируют совокупность (когорту), однородную по признаку единой даты рождения (исследование рождаемости по поколениям) или по признаку единого возраста вступления в брак (исследование рождаемости по продолжительности семейной жизни).

Метод «копи-пара» предусматривает подбор для каждой единицы наблюдения исследуемой группы объекта, близкого по одному или нескольким признакам («копи-пара»). Например, известно, что на уровень младенческой смертности влияют такие факторы, как масса тела и пол ребенка. При использовании данного метода для каждого случая смерти ребенка до 1 года из числа живущих детей в возрасте до 1 года отбирают «копи-пару» того же пола, схожую по возрасту и массе тела. Такой способ отбора целесообразно применять для изучения факторов риска развития социально значимых заболеваний, отдельных причин смерти.

На первом этапе исследования также разрабатывают (используется готовый) и тиражируют ***статистический инструментарий*** (карты, анкеты, макеты таблиц, компьютерные программы контроля входящей информации, формирования и обработки информационных баз данных и др.), в который и будет заноситься изучаемая информация.

В изучении общественного здоровья и деятельности системы здравоохранения зачастую используют социологические исследования с применением специальных анкет (опросников). ***Анкеты (опросники)*** для медико-социологического исследования должны носить целевой, ориентированный характер, обеспечивать надежность, достоверность и репрезентативность регистрируемых в них данных. В ходе разработки анкет и программ интервью необходимо соблюдать следующие правила: пригодность анкеты для сбора, обработки и извлечения из нее необходимой информации; возможность пересмотра анкеты (без нарушения системы кодов) с целью устранения неудачных вопросов и внесения соответствующих корректив; объяснение целей и задач проводимого исследования; четкая формулировка вопросов, исключающая необходимость различных дополнительных разъяснений; фиксированный характер большинства вопросов.

Умелый подбор и сочетание различных типов вопросов — открытых, закрытых и полузакрытых — позволяют в значительной степени увеличить точность, полноту и надежность получаемой информации.

Качество опроса и его результаты в значительной степени зависят от того, соблюдены ли основные требования по конструированию анкеты, ее графическому оформлению. Существуют следующие основные правила построения анкеты:

- в анкету включают только наиболее значимые вопросы, ответы на которые помогут получить информацию, необходимую для решения основных задач исследования, которую нельзя получить другим путем, не проводя анкетного опроса;
- формулировка вопросов и все слова в них должны быть понятны респонденту и соответствовать его уровню знаний и образования;
- в анкете не должно содержаться вопросов, вызывающих нежелание ответить на них. Следует стремиться к тому, чтобы все вопросы вызывали положительную реакцию опрашиваемого и желание дать полную и истинную информацию;
- организация и последовательность вопросов должны быть подчинены получению самой необходимой информации для достижения цели и решения задач, поставленных в исследовании.

Специальные анкеты (опросники) широко используют в том числе для оценки качества жизни больных с тем или иным заболеванием, эффективности их лечения. Они позволяют уловить изменения в качестве жизни пациентов, произошедшие за относительно

короткий промежуток времени (обычно за 2–4 нед). Существует много специальных опросников, например AQLQ (Asthma Quality of Life Questionnaire) и AQ-20 (20-Item Asthma Questionnaire) для бронхиальной астмы, QLMI (Quality of Life after Myocardial Infarction Questionnaire) для больных острым инфарктом миокарда и т.д.

Координацию работ по разработке опросников и их адаптации к различным языковым и экономическим формациям ведет международная некоммерческая организация по изучению качества жизни — Институт MAPI (Франция).

Уже на первом этапе статистического исследования необходимо составить макеты таблиц, которые в дальнейшем будут заполняться полученными данными.

В таблицах, как в грамматических предложениях, различают подлежащее, т.е. главное, о чем говорится в таблице, и сказуемое, т.е. то, что характеризует подлежащее. ***Подлежащее*** — это основной признак изучаемого явления — обычно располагается слева по горизонтальным строкам таблицы. ***Сказуемое*** — признаки, характеризующие подлежащее, располагается обычно сверху по вертикальным графам таблицы.

При составлении таблиц соблюдают определенные требования:

- таблица должна иметь четкое, краткое заглавие, отражающее ее суть;
- оформление таблицы заканчивается итогами по графам и строкам;
- в таблице не должно быть пустых клеток (если нет признака, ставят прочерк).

Различают простые, групповые и комбинационные (сложные) виды таблиц.

Простой называют таблицу, в которой представлена итоговая сводка данных лишь по одному признаку (табл. 1.1).

Таблица 1.1. Макет простой таблицы. Распределение детей по группам здоровья, % к итогу

Группа здоровья	Удельный вес
I	
II	
III	
IV	
V	
Итого	

В групповой таблице подлежащее характеризуется несколькими сказуемыми, не связанными между собой (табл. 1.2).

Таблица 1.2. Макет групповой таблицы. Распределение детей по группам здоровья, полу и возрасту, % к итогу

Группа здоровья	Пол		Возраст, годы				Всего
	м.	ж.	0–3	4–6	7–10	11–17	
I							
II							
III							
IV							
V							
Итого							

В комбинационной таблице признаки, характеризующие подлежащее, взаимосвязаны (табл. 1.3).

Таблица 1.3. Макет комбинационной таблицы. Распределение детей по группам здоровья, возрасту и полу, % к итогу

Группа здоровья	Возраст, годы														
	0–3			4–6			7–10			11–17			Всего		
	Пол														
	м.	ж.	всего	м.	ж.	всего	м.	ж.	всего	м.	ж.	всего	м.	ж.	всего
I															
II															
III															
IV															
V															
Итого															

Важное место в подготовительный период занимает ***пилотное исследование***, задачей которого являются апробация статистического инструментария, проверка правильности разработанной методики сбора и обработки данных. Наиболее удачным представляется такое пилотное исследование, которое повторяет в уменьшенном масштабе основ-

ное, т.е. дает возможность проверить все предстоящие этапы работы. В зависимости от результатов предварительного анализа полученных при пилотаже данных производится корректировка статистического инструментария, методики сбора и обработки информации.

1.3. СБОР ИНФОРМАЦИИ И ФОРМИРОВАНИЕ БАЗ ДАННЫХ

Основными источниками информации о состоянии здоровья населения, медицинской и экономической деятельности учреждений здравоохранения являются:

- данные государственного и ведомственного статистического наблюдения;
- данные специально проводимых выборочных исследований;
- электронные персонифицированные базы данных органов управления здравоохранением, территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ОМС), страховых медицинских организаций.

В массиве собранной информации находятся данные, представленные словами, числами и символами, которые фиксируют на физических носителях (бумажных, магнитных, оптических), обрабатывают и передают с использованием средств вычислительной техники и каналов связи. Такой массив данных, структурированный и хранимый на электронных носителях, называют ***базой данных***, которая управляется с помощью специального программного обеспечения — ***системы управления базами данных (СУБД)***. С помощью этой системы можно извлекать и обновлять информацию, взаимодействовать с другими прикладными программами и т.д. Перечень используемого в настоящее время программного обеспечения для выполнения функций СУБД достаточно широк: от простых СУБД (Access, dBase, Paradox, FoxPro) до мощных, высокопроизводительных (Oracle, Informix, Sybase, DB2, Interbase, Progress).

В процессе ввода данных и формирования базы данных оценивают качество собранного статистического материала с помощью специально разработанных программных фильтров. Все это позволяет собрать материал, который является основой получения достоверных статистических показателей и их последующего анализа.

1.4. ОБРАБОТКА, АНАЛИЗ И ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ДАННЫХ

В настоящее время в исследованиях, связанных с изучением здоровья населения, а также анализа деятельности системы здравоохранения широко используются различные математико-статистические методы обработки данных с применением современных компьютеров и программных средств.

Обработка данных — процесс подготовки, группировки данных, расчета и анализа показателей с использованием методов математической статистики. Компьютерная обработка данных предполагает математическое преобразование данных с помощью определенных программных средств. Для этого необходимо иметь представление как о математических методах обработки данных, так и о соответствующих программных средствах.

Исходя из сложившейся практики и собственного опыта проведения комплексных медико-социальных исследований, выделяют следующие последовательные этапы обработки данных (хранящихся в базе данных) с использованием пакетов компьютерных программ (рис. 1.1).

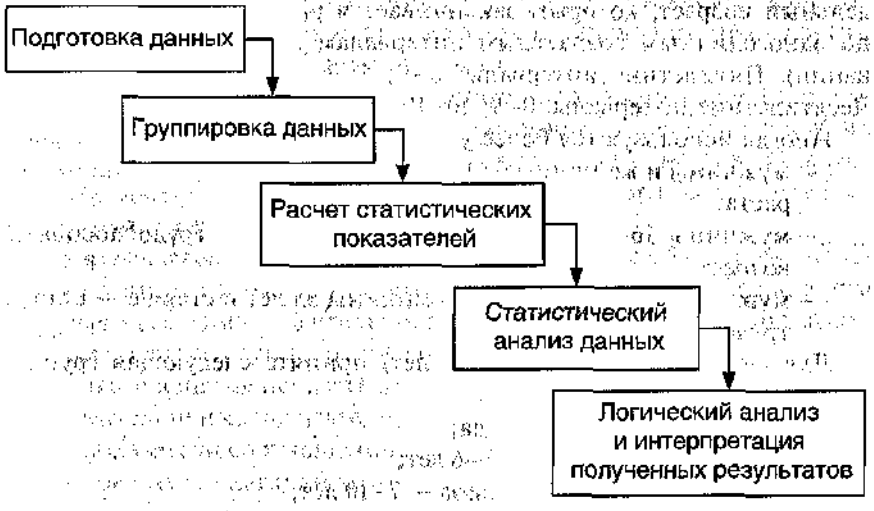


Рис. 1.1. Основные этапы обработки данных

Подготовка данных включает в себя передачу данных в специальную компьютерную программу для предварительной их обработки, визуализации и формирования целостного представления о структуре и качестве исследуемого материала.

Важнейшим шагом на этапе обработки данных является их группировка. Под **группировкой данных** понимают распределение статистической совокупности на однородные группы по одному (простая группировка) или нескольким (комбинированная группировка) признакам. Группировка может быть первичной, когда ряды строят непосредственно из единиц наблюдения, и вторичной, когда производят укрупнение групп на основе ранее сгруппированного материала.

В медико-социальных исследованиях используют самые разнообразные группировки: по социально-демографическим (пол, возраст, брачное состояние, национальный состав); климато-географическим (сезон года, место жительства и др.); социально-экономическим признакам (профессия, образование, доход и др.); характеристикам здоровья (заболевания, причины инвалидности, смертности и др.); типам учреждений (поликлиника, больница и др.).

Для группировки населения по возрасту обычно используют одногодичные, пятилетние, десятилетние возрастные интервалы.

Одногодичные интервалы: 0, 1, 2, ..., *n* лет (где *n* — некий предельный возраст, которым заканчивается распределение населения по одногодичным возрастным интервалам в проводимом исследовании). Пятилетние интервалы: 0–4; 5–9; 10–14; ...; 55–59; ... лет. Десятилетние интервалы: 0–9; 10–19; 20–29; ...; 60–69; ... лет.

Иногда используются более укрупненные возрастные интервалы:

- мужчины и женщины 0–15 лет — моложе трудоспособного возраста;
- мужчины 16–59 лет, женщины 16–54 лет — трудоспособный возраст;
- мужчины 60 лет и старше, женщины 55 лет и старше — старше трудоспособного возраста.

Для детей и подростков (0–17 лет) принята следующая группировка:

- ранний период — 0–2 года;
- дошкольный период — 3–6 лет;
- младший школьный период — 7–10 лет;
- средний школьный период — 11–14 лет;
- подростковый период — 15–17 лет.

При группировке материала важное значение имеет запись возрастного интервала. Так, например, запись: 3–6 лет аналогична записи от 3 до 7 лет, т.е. знак (–) обозначает включительно. В данную группировку будут включены все дети в возрасте от 3 лет до 6 лет 11 мес 29 дней (*включительно*) и следующая группировка должна начинаться с 7 лет.

Расчет статистических показателей. Важным этапом в исследовании статистических совокупностей для анализа здоровья населения и деятельности системы здравоохранения является расчет некоторого множества статистических показателей.

Статистический показатель — одна из многих количественных характеристик совокупности, численное выражение внутренней сущности изучаемого явления.

В зависимости от охвата единиц совокупности показатели подразделяются на ***индивидуальные***, характеризующие отдельный объект, и ***сводные***, характеризующие группу объектов. Также статистические показатели можно классифицировать на абсолютные, относительные, средние, интегральные.

Абсолютные статистические показатели характеризуются определенной размерностью и единицами измерения. Примерами абсолютных показателей являются данные о численности населения, числе работающих врачей, функционирующих больничных или амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) и др. Основным недостатком абсолютных величин является то, что сравнение их друг с другом может привести к ошибочным выводам.

Анализируя статистические данные, необходимо сопоставлять явления во времени и пространстве, исследовать закономерности их изменения и развития, изучить структуру совокупностей. С помощью абсолютных величин эти задачи невыполнимы. В этих случаях используют относительные величины.

Относительные статистические показатели более объективно выражают количественные соотношения между явлениями. Для анализа здоровья населения и деятельности системы здравоохранения выделяют следующие группы относительных показателей:

– экстенсивные показатели;
– интенсивные показатели;
– показатели соотношения;
– показатели наглядности.

Экстенсивные показатели (показатели распределения) отражают внутреннюю структуру явления, распределение его на составные

части, удельный вес каждой части в целом и выражаются в процентах. Эти показатели дают возможность сопоставлять структуры одной и той же совокупности в различные моменты времени, делать выводы о тенденциях и закономерностях структурных изменений в динамике. К экстенсивным показателям относятся структура заболеваемости, инвалидности, смертности, коечного фонда, врачебных специальностей и др.

Экстенсивные показатели рассчитывают по формуле:

$$\textbf{Экстенсивный показатель} = \frac{\text{Часть явления}}{\text{Целое явление}} \times 100.$$

Характерной чертой экстенсивных показателей является их взаимосвязанность, вызывающая известный автоматизм сдвигов, так как их сумма всегда составляет 100%. Так, например, при изучении структуры заболеваемости удельный вес какого-либо отдельного заболевания может возрасти по ряду причин:

- при его подлинном росте;
- при одном и том же уровне данного заболевания, но при снижении уровня других заболеваний за тот же период;
- при снижении уровня данного заболевания на фоне более высоких темпов снижения уровня других заболеваний.

Поэтому на основании экстенсивных показателей нельзя судить о частоте изучаемого явления и динамике его во времени. Для этой цели всегда необходимо знать численность среды, в которой происходят явления, и вычислять интенсивные показатели.

Интенсивные показатели (показатели частоты, распространенности) характеризуют уровень, распространенность какого-либо явления в среде, которое непосредственно связано с этой средой. Эти показатели рассчитывают, как правило, для анализа здоровья населения, где в качестве среды берут численность населения, а в качестве явления — число рождений, заболеваний, смертей и др. и выражают в процентах (%), промилле (‰), децимилле (‱) сантимилле (‱‱). К интенсивным показателям относятся показатели заболеваемости, рождаемости, смертности населения и др. Эти показатели в отдельности можно сравнивать на различных административных территориях, группах населения, наблюдать на данный момент времени или в динамике.

Основанием показателя могут быть числа 100, 1000, 10 000, 100 000 и др. Эти числа выбирают произвольно и используют для удобства

анализа. Так, например, летальность принято рассчитывать на 100, смертность — на 1000, материнскую смертность — на 100 000, хотя использование другого основания не будет ошибкой. Интенсивные показатели рассчитываются по формуле:

$$\textbf{Интенсивный показатель} = \frac{\text{Явление}}{\text{Среда}} \times 100\ (1000,\ 10\,000,\ 100\,000).$$

Интенсивные показатели могут быть общими и специальными. Общие показатели характеризуют явление в целом, например общие коэффициенты рождаемости, смертности, заболеваемости, вычисленные по отношению ко всему населению РФ, города, района и др., показатель больничной летальности, рассчитанный на всех выбывших из стационара больных. Эти показатели позволяют оценить динамику явления или процесса в самом общем виде. Для более углубленного и дифференцированного анализа явлений необходимо пользоваться специальными интенсивными показателями. Особенностью специальных показателей является уточнение группировки. Например, при вычислении специальных коэффициентов рождаемости (плодовитости) за среду берется не все население, а только женщины в возрасте 15–49 лет. Или другой пример: для углубленного анализа младенческой смертности рассчитываются коэффициент ранней неонатальной смертности (смертность детей в первые 7 сут, т.е. в первые 168 ч жизни), коэффициент поздней неонатальной смертности (смертность детей в возрасте 8–28 сут жизни) и др.

Показатели соотношения характеризуют уровень (распространенность) какого-либо явления в среде, непосредственно (биологически) не связанного с этой средой. В этом их отличие от интенсивных показателей. Показатели соотношения рассчитывают, как правило, для анализа деятельности системы здравоохранения, ее ресурсного обеспечения, где в качестве среды берут численность населения, а в качестве явления — число врачей, средних медицинских работников, больничных коек, посещений АПУ и др. и выражают в процентах, промилле, децимилле, сантимилле. К показателям соотношения относятся обеспеченность населения стационарной, амбулаторно-поликлинической помощью, врачами, средними медицинскими работниками и др. Эти показатели, так же как интенсивные показатели, можно сравнивать на различных административных территориях, изучать на данный момент времени или в динамике.

$$\text{Показатель соотношения} = \frac{\text{Явление, биологически не связанное со средой}}{\text{Среда}} \times 100\ (1000,\ 10\,000,\ 100\,000).$$

Показатели наглядности применяют для анализа степени изменения изучаемого явления во времени. Они указывают, на сколько процентов или во сколько раз произошло увеличение или уменьшение сравниваемых показателей за данный период времени. Показатели наглядности получают при отношении ряда сравниваемых величин к исходной величине, принятой за 100 или за 1. Как правило, за такую исходную величину берут начальные или конечные значения временного ряда. По сути эти показатели являются базисными темпами роста, применяемыми для анализа временных рядов.

$$\text{Показатель наглядности} = \frac{\text{Значение величины в данный момент времени}}{\text{Значение величины в начальный момент времени}}.$$

Показатели наглядности являются одной из разновидностей индексов, широко используемых в статистике.

Средние величины. В медико-социальных исследованиях наряду с абсолютными и относительными широко используют средние величины, которые характеризуют весь ряд наблюдений одним числом. Средняя величина нивелирует, ослабляет случайные отклонения индивидуальных наблюдений в ту или иную сторону и характеризует основное, типичное свойство явления.

В практической деятельности врача средние величины используют, например, для характеристики физического здоровья населения (рост, масса тела, окружность груди, данные спирометрии, динамометрии, становая сила и др.). Расчет этих показателей и использование их в виде региональных стандартов имеют большое практическое значение для анализа здоровья населения, в особенности детей, спортсменов, военнослужащих, а также лиц, находящихся на диспансерном учете. Кроме того, средние величины широко используют для анализа различных сторон медицинской деятельности организаций здравоохранения. Например, при анализе больничной помощи используют такие показатели, как средняя длительность

пребывания больного на койке, среднее число дней занятости койки в году, среднее число рентгенологических исследований, лабораторных анализов, физиотерапевтических процедур на одного пролеченного больного и др. В практике амбулаторно-поликлинической помощи применяют такие показатели, как среднее число посещений на одного жителя в год, средняя длительность (тяжесть) случая временной нетрудоспособности и др. В средних величинах обычно выражают показатели нагрузки персонала (среднечасовая нагрузка врача на приеме в АПУ, среднее число коек на одну должность врача или среднего медицинского персонала).

Для расчета средних величин необходимо соблюдать следующие условия:

- средние величины должны быть рассчитаны на основе качественно однородных статистических групп;
- средние величины исчисляют на совокупностях, имеющих достаточно большое число наблюдений.

В медико-социальных исследованиях используют следующие виды средних величин: среднее арифметическое, среднее арифметическое взвешенное, среднее гармоническое взвешенное, среднее геометрическое невзвешенное, среднее геометрическое взвешенное, среднее квадратическое невзвешенное, среднее квадратическое взвешенное.

К средним величинам относят также моду как наиболее типичное значение и медиану как середину распределения случайной величины.

Интегральные показатели (ИП) разрабатываются для комплексной оценки состояния здоровья населения и его прогнозирования. Интегральный показатель (ИП) — результирующий показатель, учитывающий совокупное влияние отдельных как независимых, так и взаимосвязанных факторов.

Для разработки ИП здоровья населения могут быть использованы данные государственной статистики и персонифицированных баз данных: показатели медико-демографических процессов, заболеваемости, инвалидизации, физического развития и др.

ИП разрабатываются на основе построения математических моделей, которые подразделяются на линейные и нелинейные, могут быть однопараметрическими и многопараметрическими[1].

[1] Методика расчета математических моделей ИП разработана сотрудниками Новгородского научного центра Северо-Западного отделения РАМН проф. Б.Ф. Кирьяновым и проф. М.С. Токмачевым.

ИП используют для проведения сравнительного анализа здоровья населения отдельных административных территорий (муниципальных районов, субъектов РФ, федеральных округов), а также построения прогнозов. Кроме того, ИП могут быть использованы для анализа причинно-следственных связей показателей здоровья населения и загрязнения среды обитания, для оценки деятельности системы здравоохранения, а также определения социального и экономического ущерба вследствие заболеваемости, инвалидизации и преждевременной смертности населения.

Стандартизованные коэффициенты. Общие показатели смертности, рождаемости зачастую сравнивают в неоднородных по возрастному и половому составу совокупностях. При этом, не задумываясь, что выявленные различия в значениях показателей определяются не факторами риска, непосредственно их формирующими (социально-экономическими, эколого-гигиеническими, медико-организационными и др.), а возрастно-половой структурой населения. Наиболее часто с этим сталкиваются при сравнительном анализе общих коэффициентов смертности населения, проживающего на разных административных территориях.

Существуют прямой, косвенный и обратный методы вычисления стандартизованных коэффициентов.

На практике наиболее распространен ***прямой метод стандартизации***, который применяют в том случае, если известен возрастной состав населения и есть данные для расчета возрастных коэффициентов смертности (рождаемости). Этот метод состоит из трех этапов.

Первый этап: вычисление возрастных коэффициентов смертности (рождаемости) для каждой возрастной группы.

Второй этап: выбор стандарта возрастного состава населения. В качестве стандарта (базы сравнения) можно считать возрастную структуру населения любой территории, в частности одной из сравниваемых.

Третий этап: расчет стандартизованных коэффициентов.

Косвенный и обратный методы стандартизации применяются при отсутствии информации о возрастном составе умерших (родившихся) или о возрастной структуре населения. В настоящее время эти методы мало востребованы, поскольку в современном обществе имеется достаточно широкий доступ к получению данных для использования прямого метода стандартизации.

Примеры расчета абсолютных, относительных, средних, интегральных и стандартизованных показателей рассматриваются на практических занятиях.

Для **статистического анализа данных** используют различные математико-статистические методы: выборочный метод и оценка параметров распределения, проверка статистических гипотез, корреляционно-регрессионный анализ, дисперсионный анализ, анализ временных рядов, анализ выживаемости и т.д. Примеры использования этих методов для анализа общественного здоровья, деятельности медицинских организаций, системы здравоохранения представлены в книге «Общественное здоровье и здравоохранение: руководство к практическим занятиям»[1].

Статистические методы широко используются в ***доказательной медицине*** (от англ. *evidence-based medicine* — медицина, основанная на доказательствах). Это раздел медицины, основанный на доказательствах, посвящен поиску, сравнению, обобщению и распространению полученных результатов клинической практики для повышения эффективности и безопасности лечения больных. Использование принципов доказательной медицины предполагает формирование у врача клинического мышления на основе четко действующей системы сбора, статистического анализа научной медицинской информации для принятия оптимальных клинических решений.

Для выбора оптимального метода лечения конкретного пациента доказательная медицина использует как практический врачебный опыт, так и результаты доказательных клинических исследований. При этом проводимое исследование должно быть контролируемым, т.е. сравнение конечных результатов должно быть проведено в двух группах пациентов: группе активного лечения (в которой больные получают терапию лекарственным средством, эффективность которого оценивается) и контрольной группе пациентов (получающих плацебо, или лечения, эффективность которого уже доказана, или не получающих лечение вообще). При этом группы пациентов должны быть сопоставимы и однородны по полу, возрасту, нозологическим формам, сопутствующей патологии и репрезентативны. Кроме того, исследование должно быть рандомизированным, т.е. распределение пациентов в экспериментальную и контрольную группы (формирование выборочных совокупностей) должно происходить методом случайного отбора. Случайное отнесение пациента к той или иной группе означает, что каждый индивидуум имеет одинаковый шанс получить любое из возможных диагностических или лечебных пособий.

[1] *Медик В.А., Лисицин В.И., Токмачев М.С.* Общественное здоровье и здравоохранение: руководство к практическим занятиям. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

В настоящее время наиболее признанным методом рандомизации является использование генератора случайных чисел — специальной компьютерной программы, которая генерирует последовательность распределения пациентов по группам.

Для снижения роли субъективных факторов в проведении клинических исследований с использованием принципов доказательной медицины, как правило, применяют следующие методические подходы:

— слепое исследование (пациент не знает, получает он активное лечение или входит в группу контроля);

— двойное слепое исследование (о принадлежности пациента к той или иной группе не знает ни пациент, ни лечащий врач).

В клинических испытаниях в качестве основного критерия оценки должен использоваться ***клинический исход***, который имеет существенное для больного значение и которого он хотел бы избежать (например, смерть, инфаркт миокарда, инсульт, перелом костей, потеря зрения, необходимость применения искусственной вентиляции легких и иные состояния, существенно снижающие качество жизни пациента).

Нередко в качестве критериев оценки эффективности вмешательства используют так называемые ***суррогатные исходы*** — лабораторные или выявляемые при физикальном исследовании показатели (снижение артериального давления при артериальной гипертензии, уменьшение признаков сердечной недостаточности, увеличение минеральной плотности кости при остеопорозе и т.п.). К сожалению, суррогатные исходы далеко не всегда коррелируют с клинически значимыми исходами, и об этом надо помнить при оценке результатов исследования. Практически значимые для доказательной медицины результаты могут быть получены только при ***когортном методе*** — длительном наблюдении за больными обычно в течение нескольких лет. Эти результаты создают фундамент доказательной медицины, которая в отличие от эмпирической позволяет осуществлять диагностику и лечение с наибольшей эффективностью и безопасностью и с наименьшими затратами. Для этого современному врачу-клиницисту как никогда необходимы знания методов математической статистики.

После статистического анализа переходят к **логическому анализу и интерпретации полученных результатов.** Обработка данных без должного логического анализа полученных результатов может привести к неправильным выводам и принятию ошибочных управленческих

решений. Во многом проведению логического анализа помогает визуализация данных путем построения графиков.

Для построения графиков используются различные прикладные пакеты компьютерных программ (MS Excel, STATISTICA, SPSS, MathCAD, Maple и др.). Целью построения статистических графиков является в первую очередь получение информации в наглядной и зрительно легко воспринимаемой форме. В частности, с помощью графиков можно проследить участки возрастания, убывания или стабильности каких-либо показателей. Основными характеристиками статистического графика являются поле, заголовок и легенда графика, масштабная шкала.

Полем графика называют объект, на котором воспроизводится график, будь то лист бумаги, географическая карта или экран компьютера. Каждый график имеет свое название: ***заголовок***, а также пояснение к его содержанию, называемое ***легендой графика.***

Масштабной шкалой называют линию, на которой указан принятый масштаб. Масштабная шкала может быть как прямолинейной (числовая ось), так и радиальной (например, окружность с масштабной единицей измерения в градусах).

Принято различать следующие основные типы графических изображений данных: диаграммы, картограммы, картодиаграммы.

Самым распространенным из них является ***диаграмма*** — изображение статистических данных посредством геометрических фигур либо символов. Диаграммы чаще используют в медико-социальных исследованиях, в то время как картограммы и картодиаграммы — в медико-географических. Диаграммы можно классифицировать различным образом. Так, по назначению принято различать диаграммы сравнения, структурные и динамические диаграммы, по форме отображения — линейные, столбиковые, ленточные, секторные круговые, секторные столбиковые, фигурные, радиальные или диаграммы в полярных координатах, диаграммы рассеяния, слоевые и др.

Линейная диаграмма показывает динамику какого-либо статистического показателя (заболеваемости, смертности, рождаемости и др.). Нанесение разных показателей на один график позволяет наглядно представить их изменение во времени (рис. 1.2).

Столбиковые диаграммы удобны для сравнительного анализа одного и того же показателя в какой-либо фиксированный промежуток времени для различных объектов исследования (например, уровень показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении) (рис. 1.3).

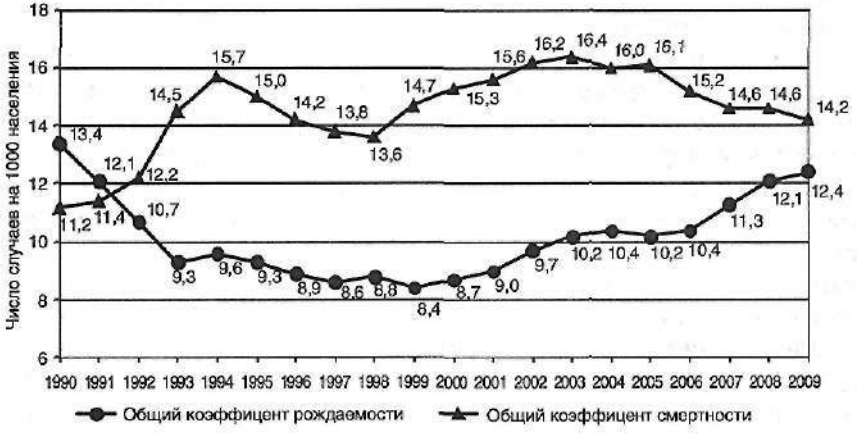


Рис. 1.2. Пример линейной диаграммы. Динамика общих коэффициентов рождаемости и смертности населения Российской Федерации (1990–2009 гг.)

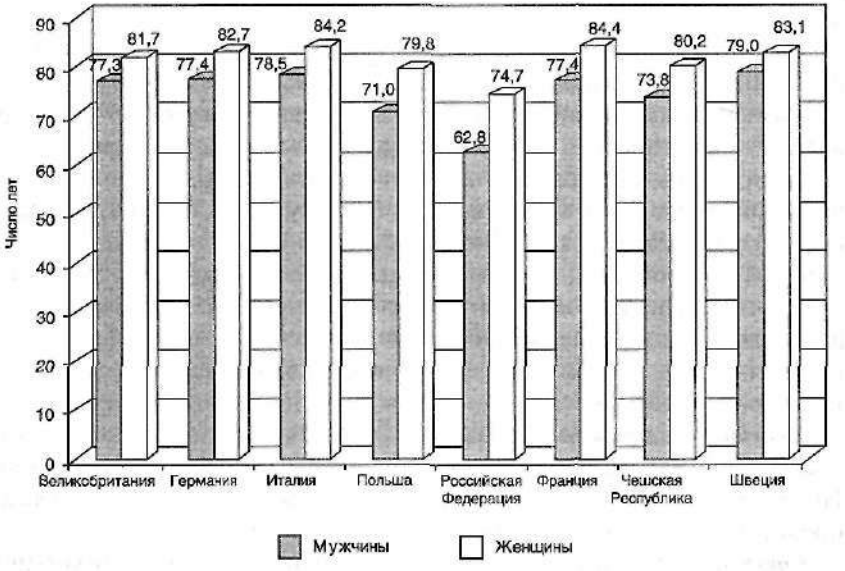


Рис. 1.3. Пример столбиковой диаграммы. Уровень показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении населения некоторых европейских стран (2009 г.)

Ленточную диаграмму целесообразно использовать, например, для анализа результатов социологических исследований оценки населением состояния здравоохранения, окружающей среды, отношения к здоровому образу жизни и т.д. (рис. 1.4).

При изучении структуры статистической совокупности используют ***секторные круговые*** и ***секторные столбиковые диаграммы***. В секторной круговой диаграмме величиной признака в процентах считается площадь сектора, вся статистическая совокупность — площадь круга. Примером использования секторной круговой диаграммы является структура причин младенческой смертности (рис. 1.5), а секторной столбиковой диаграммы — распределение детей-инвалидов по видам нарушений в состоянии здоровья (рис. 1.6).

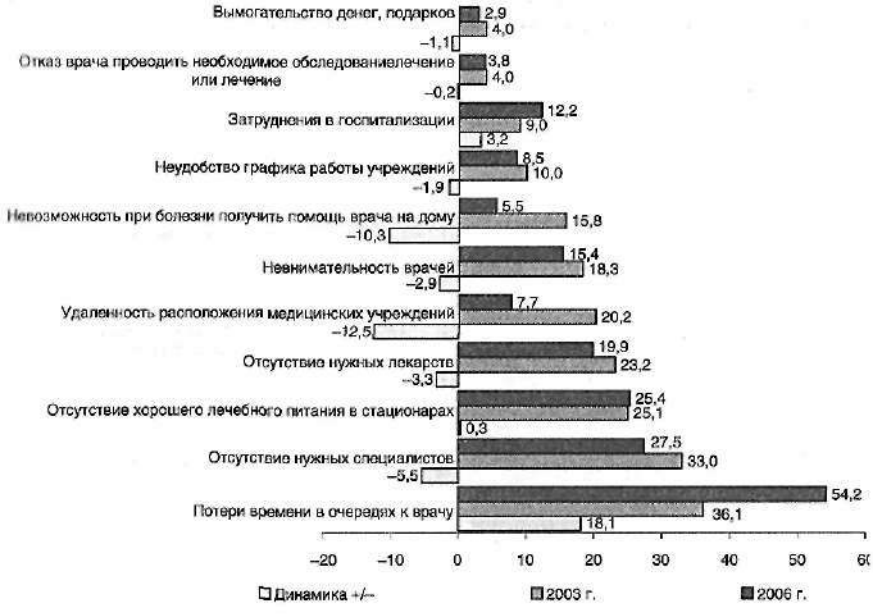


Рис. 1.4. Пример ленточной диаграммы. Оценка населением Новгородской области деятельности системы здравоохранения, %



Рис. 1.5. Пример секторной круговой диаграммы. Структура причин младенческой смертности в Российской Федерации (2009 г.)

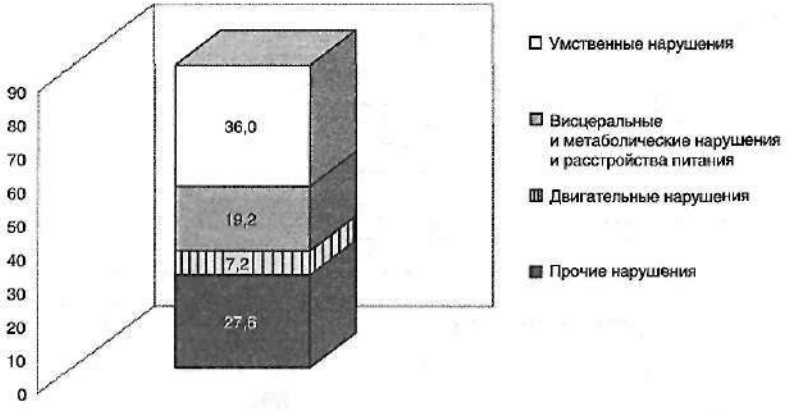


Рис. 1.6. Пример секторной столбиковой диаграммы. Распределение детей-инвалидов Новгородской области по видам нарушений в состоянии здоровья, %

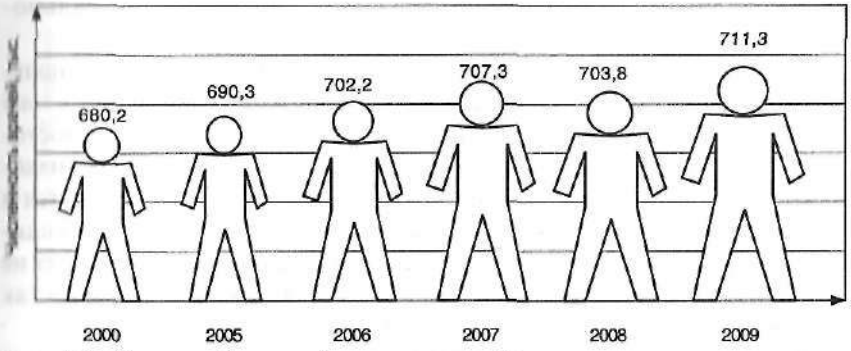


Рис. 1.7. Пример фигурной диаграммы. Динамика численности врачей в Российской Федерации (2000–2009 гг.)

Для визуализации данных об изменении численности медицинского персонала, учреждений здравоохранения, больничных коек и др. используют ***фигурные диаграммы***. В качестве примера на рис. 1.7 представлена динамика численности врачей в Российской Федерации.

Для анализа сезонности заболеваемости, госпитализации, посещаемости АПУ и других статистических показателей используют ***радиальные диаграммы***. В качестве примера на рис. 1.8 представлены

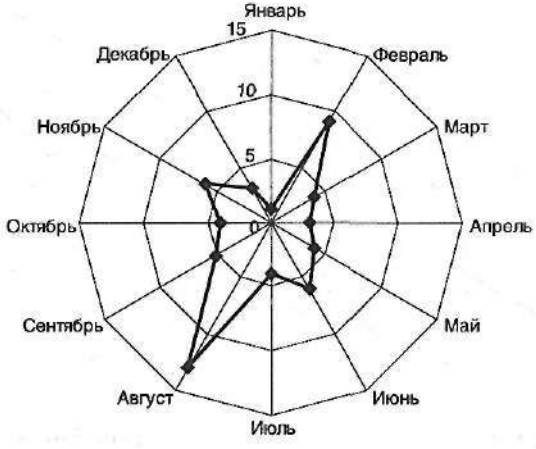


Рис. 1.8. Пример радиальной диаграммы. Помесячное распределение случаев заболеваний сальмонеллезом, абс. (2009 г.)

сезонные колебания показателя заболеваемости населения сальмонеллезом.

Для анализа результатов клинических исследований часто используют ***диаграммы рассеяния*** (рис. 1.9). Все данные, находящиеся вне границы эллипса (значения 1, 2, 6, 10), относятся к категории недостоверных или имеющих иную величину достоверности. Признаки, находящиеся внутри эллипса, но вне границ коридора Гаусса, относятся к математической категории «выбросы» или «хвосты», не вписывающиеся в заданные параметры. В медицине наибольшее значение имеет не сама величина коридора Гаусса, а именно «выбросы» или «хвосты» как нетипичные и требующие пристального клинического внимания.

Кроме того, для визуализации и анализа данных используются ***слоевые диаграммы*** (рис. 1.10).

Для визуализации статистических показателей в границах различных административных территорий используют картограмму и картодиаграмму. ***Картограммой*** называют географическую карту

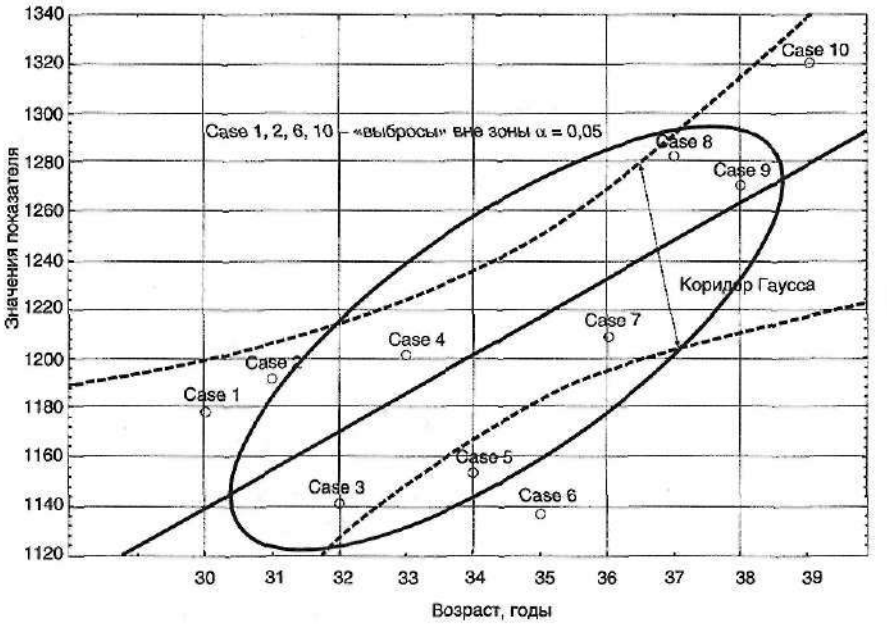


Рис. 1.9. Пример диаграммы рассеяния. Показатель общей заболеваемости по обращаемости населения в возрасте 30–39 лет (на 1000 человек соответствующего возраста) (2009 г.)



Рис. 1.10. Пример слоевой диаграммы. Сравнительный анализ общей заболеваемости населения Новгородской области по результатам специально проведенного исследования и данным государственной статистики

с нанесенной на нее штриховкой разного вида или интенсивности, которая соответствует определенному значению показателя на данной административной территории (рис. 1.11). ***Картодиаграмма*** представляет собой картограмму, на которую помимо штриховки нанесены диаграммы, отражающие динамику изображенного явления.

Заканчивается данный этап статистического исследования формулировкой выводов и предложений для выработки управленческих решений.

1.5. ВЫРАБОТКА УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ, ВНЕДРЕНИЕ ИХ В ПРАКТИКУ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ

В современных условиях одной из важнейших задач совершенствования охраны здоровья населения является формирование новой системы управления здравоохранением, которая обеспечивает прежде всего эффективное использование материально-технических, финансовых, кадровых и других ресурсов, направляемых в отрасль.

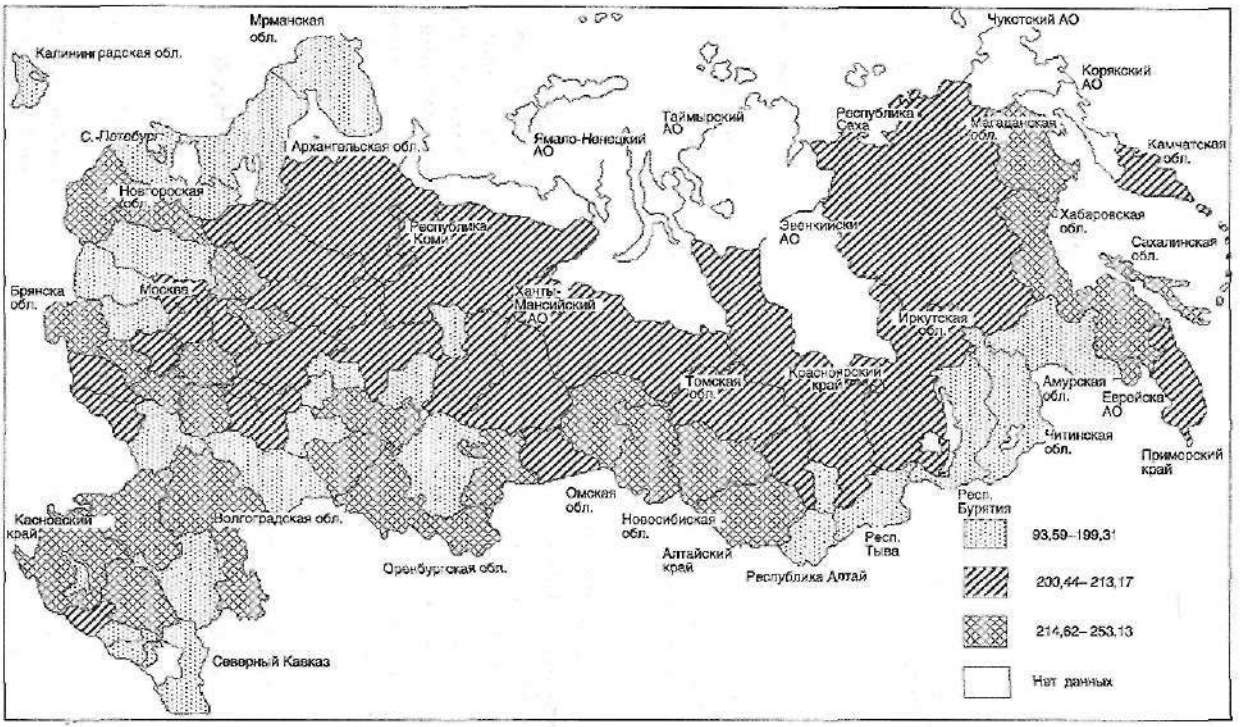


Рис. 1.11. Пример картограммы. Заболеваемость населения отдельных субъектов РФ злокачественными новообразованиями (на 100 000 населения) в 2009 г.

Для этого необходимы эффективно действующие механизмы выработки и принятия научно обоснованных управленческих решений. Без решения этой задачи дальнейшее наращивание ресурсного потенциала системы здравоохранения становится нецелесообразным. В разработке и научном обосновании управленческих решений огромное значение имеют результаты проводимых медико-социальных исследований.

Управленческое решение — директивный акт целенаправленного воздействия на объект управления, основанный на анализе данных и содержащий алгоритм достижения цели. Управленческое решение принимается руководителем (лицом, ответственным за принятие управленческого решения) на основе анализа существующей ситуации путем выбора оптимального из множества альтернативных вариантов решения. Управленческие решения классифицируются по различным признакам:

- времени реализации решения (стратегические, тактические, оперативные);
- степени участия коллектива, отдельных специалистов (индивидуальные, коллегиальные);
- содержанию управленческого процесса (медико-организационные, административно-хозяйственные, санитарно-профилактические);
- стилю и характерологическим особенностям руководителя (интуитивные, импульсивные, инертные, рискованные, осторожные).

Технология принятия управленческого решения представляет собой замкнутый управленческий цикл (рис. 1.12).

Управленческое решение должно отвечать следующим требованиям:

- целевая направленность (полное соответствие поставленным целям и задачам);
- обоснованность (необходимость принятия этого решения, а не другого);
- адресность (по исполнителям);
- непротиворечивость (согласованность с предыдущими решениями);
- легитимность (соответствие правовым актам и нормативным документам);
- эффективность (достижение максимальных результатов с минимальными затратами);



Рис. 1.12. Технология принятия управленческого решения

– конкретность во времени, пространстве и своевременность (принятие именно в тот момент, когда реализация решения может привести к желаемому результату).

Управленческие решения могут быть оформлены письменно, на электронных носителях либо переданы вербальным путем (например, устные распоряжения). В практике здравоохранения наиболее распространенными организационно-правовыми формами управленческих решений являются комплексные или целевые медико-социальные программы, схемы оптимизации сети учреждений здравоохранения, программы совершенствования подготовки и переподготовки кадров медицинских работников и др. Управленческие решения могут приниматься в форме законов, постановлений, приказов, распоряжений, рекомендаций и др.

Внедрение управленческих решений в практику здравоохранения является сложным, многоэтапным процессом. Возможные варианты внедрения должны быть намечены и обсуждены еще на первом этапе исследования.

Оценку эффективности управленческих решений на муниципальном, региональном и федеральном уровнях управления здраво-

охранением производят с помощью широкого перечня статистических показателей, в том числе утвержденных Указом Президента РФ от 28.07.07 № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» (с изменениями от 28.04.08, 13.05.10).

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Дайте определение ВОЗ понятия «здоровье».
2. Что понимается под общественным здоровьем?
3. Перечислите 3 уровня изучения общественного здоровья.
4. По каким основным группам показателей изучается общественное здоровье?
5. Перечислите этапы организации и проведения исследования общественного здоровья.
6. Что включает в себя первый этап исследования?
7. Дайте определения генеральной и выборочной совокупностей.
8. Что такое репрезентативность выборки?
9. Какие способы формирования выборочной совокупности используются в медико-социальных исследованиях?
10. Что является основными источниками информации о состоянии здоровья населения?
11. Из каких операций состоит этап обработки, анализа и визуализации данных?
12. Перечислите группировки населения по возрасту, используемые в медико-социальных исследованиях.
13. Приведите примеры абсолютных и относительных статистических показателей.
14. Какие средние величины используются в медико-социальных исследованиях? Приведите примеры их применения.
15. В каких случаях прибегают к расчету стандартизованных показателей?
16. В чем заключается суть доказательной медицины?
17. Какие типы графических изображений данных вы знаете?
18. Дайте определение управленческого решения.
19. Каким требованиям должны отвечать управленческие решения?
20. Какова технология принятия управленческого решения?
21. Какие организационно-правовые формы управленческих решений используются в здравоохранении?

Глава 2

Медико-социальные аспекты демографии

2.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

В оценке общественного здоровья важное значение имеют показатели, характеризующие медико-демографические процессы. Изучением медико-демографических процессов занимается наука ***демография*** (от греч. *demos* — народ и *grapho* — писать, изображать). Демография имеет специальный раздел «медицинская демография». Применяя статистические, математические, а также собственно демографические методы, демография разрабатывает теорию воспроизводства населения, демографические прогнозы, демографическую политику.

Медицинская демография изучает взаимосвязь воспроизводства населения с медико-социальными факторами и разрабатывает на этой основе меры, направленные на обеспечение наиболее благоприятного развития демографических процессов и улучшение здоровья населения.

Статистическое изучение народонаселения ведут в двух основных направлениях: динамика населения статика населения.

Динамика изучает процессы изменения численности и структуры населения, ***статика*** — численность и структуру населения на определенный (критический) момент времени. Изменение численности и структуры населения может происходить в результате как ***механического движения***, обусловленного миграционными процессами, так и ***естественного движения***, обусловленного рождаемостью и смертностью.

Медико-демографические процессы — воспроизводство населения, смена поколений, характер и темпы роста населения, изменения уровня рождаемости, смертности, брачности, возрастно-половой структуры, миграция, урбанизация — находятся в тесной взаимосвязи с политическими, социально-экономическими процессами, происходящими в обществе. Показатели медико-демографической ситуации, являясь одной из характеристик общественного здоровья, отражают эффективность социально-экономических преобразований в обществе. Именно поэтому медико-социальные аспекты демографии являются не только объектом научного анализа, но

и важнейшим практическим приложением в изучении общественного здоровья и здравоохранения.

2.2. МЕХАНИЧЕСКОЕ ДВИЖЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ

Механическое движение населения происходит в результате характерных для истории человечества миграционных процессов. ***Миграция*** (от лат. *migratio, migro* — перехожу, переселяюсь) — это территориальные перемещения населения с целью постоянной или временной смены места жительства. Причин для переселений множество: учеба, поиск подходящей работы, стремление повысить свое благосостояние, повидать мир, создать семью и многое другое. С этой точки зрения переселение — личное дело каждого, одна из естественных форм существования людей. Если учесть, что ежегодно в нашей стране меняют место жительства миллионы человек, что с миграциями связаны освоение новых регионов страны, рост городов, уменьшение сельского населения, межнациональное сближение, то станет понятным огромное медико-социальное значение миграции.

В зависимости от юридического статуса пересекаемых населением границ административных территорий различают внешнюю и внутреннюю миграцию населения.

Внешней называется миграция, при которой пересекаются государственные границы. К ней относятся:

- ***эмиграция*** — выезд граждан из своей страны в другую на постоянное жительство или длительный срок;
- ***иммиграция*** — въезд граждан в другую страну на постоянное жительство или длительный срок.

Внутренняя миграция представляет собой перемещения в пределах одной страны между административными или экономико-географическими районами, населенными пунктами и др.

По хронологическим признакам выделяют:

- эпизодическую миграцию;
- временную миграцию;
- сезонную миграцию;
- маятниковую миграцию;
- постоянную (безвозвратную) миграцию.

Эпизодическая миграция представляет собой деловые, рекреационные и иные поездки, совершающиеся не только нерегулярно по времени, но и необязательно по одним и тем же направлениям. По своим масштабам этот вид миграции превосходит все остальные.

Временная миграция предполагает временное переселение на какой-то достаточно длительный срок. Обычно это связано с работой вахтовым методом или по контракту, учебой в другом городе, стране и т.д.

Сезонная миграция — перемещение людей в определенные периоды года, например, к месту отдыха.

Маятниковая миграция представляет собой регулярные поездки к месту работы или учебы за пределы постоянного места проживания.

Постоянная (безвозвратная) миграция — окончательная смена постоянного места жительства. Примером такой миграции может служить переезд на постоянное место жительства из села в город, из одного государства в другое. Переселение жителей из села в город является важной составляющей процесса урбанизации.

Урбанизация (от лат. *urbs* — город) представляет собой процесс повышения роли городов в развитии общества. Главным социальным значением урбанизации являются особые городские отношения, охватывающие население, его образ жизни, культуру, размещение производительных сил, расселение. Современная урбанизация характеризуется тремя чертами: быстрыми темпами роста городского населения, концентрацией населения и домашних хозяйств в больших городах, расширением границ городов. Для урбанизации характерным является возрастающее маятниковое движение населения из сел и ближайших мелких городов в крупные города (на работу, для удовлетворения культурно-бытовых и материальных потребностей).

Все виды миграции населения тесно взаимосвязаны. Для населения, участвующего в перемещениях, один вид миграции может переходить в другой. В частности, эпизодическая, маятниковая и сезонная миграция населения порой бывают предшественниками безвозвратной миграции, так как создают условия (в первую очередь информационные) для выбора постоянного места жительства.

Изучение миграционных процессов имеет важное значение как для государства в целом, так и для органов практического здравоохранения. Процесс урбанизации изменяет экологическую обстановку (с ростом урбанизации связано 3/4 общего объема загрязнений), требует пересмотра плановых нормативов медицинской помощи, изменения сети медицинских учреждений, меняет структуру заболеваемости и смертности населения, влияет на эпидемическую обстановку региона. Маятниковая миграция увеличивает число контактов, способствующих распространению инфекционных заболеваний, ведет к росту стрессовых ситуаций,

травматизма. Сезонная миграция вызывает неравномерную сезонную нагрузку учреждений здравоохранения, влияет на состояние здоровья населения. Показатели здоровья мигрантов часто существенно отличаются от аналогичных показателей коренного населения. Благодаря активным миграционным процессам, расширению экономических и политических связей, развитию международного туризма эпидемии могут быстро превращаться в пандемии.

Миграция оказывает большое влияние на структуру населения, так как разные его группы участвуют в ней неодинаково. Исследователи миграции отмечают, что наиболее часто переселяются молодые люди в возрасте до 30 лет, одинокие или семейные, но без детей. Семьи с детьми и особенно пожилые люди переселяются реже. Поэтому миграция деформирует возрастные структуры населения. В местах притока население омолаживается, так как в нем увеличивается доля молодежи, в местах оттока, наоборот, молодежи становится меньше, а пожилых — больше, население стареет, что существенно сказывается на уровне рождаемости и смертности.

Экономическое значение миграции определяется главным образом тем, что в связи с ней перераспределяются трудовые ресурсы между странами, регионами страны, городом и селом, причем иногда в лучшую, а иногда в худшую сторону. Благодаря миграции различия в обеспечении хозяйства рабочей силой по разным территориям могут быть существенно сглажены. Это предопределяет более полное использование трудовых ресурсов, а также создает условия для более рационального размещения производства: при необходимости новые предприятия можно строить в малообжитых и даже не заселенных ранее местах. С другой стороны, выезд из страны интеллигенции, высококвалифицированных рабочих и въезд в страну неквалифицированной рабочей силы может в худшую сторону изменить трудовой потенциал государства.

2.3. ЕСТЕСТВЕННОЕ ДВИЖЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ

Естественное движение населения рассматривается как совокупность процессов рождаемости, смертности и естественного прироста, обеспечивающих возобновление и смену поколений. Основными показателями естественного движения населения являются:

– рождаемость;
– смертность;

— естественный прирост (противоестественная убыль) населения;
— ожидаемая продолжительность жизни при рождении.

2.3.1. Рождаемость

Под ***рождаемостью*** понимают естественный процесс возобновления населения, характеризующийся статистически зарегистрированным числом деторождений в конкретной популяции за определенный период времени.

Согласно российскому законодательству, все дети в течение 1 мес со дня рождения должны быть зарегистрированы в органах загса по месту их рождения или по месту жительства родителей. Основным документом для регистрации ребенка в органах загса является «Медицинское свидетельство о рождении» (ф. 103/у-08). Оно выдается при выписке матери из стационара всеми учреждениями здравоохранения, в которых произошли роды, во всех случаях живорождения. В случае родов на дому «Медицинское свидетельство о рождении» выдает то учреждение, куда родильница доставляется после родов. При многоплодных родах «Медицинское свидетельство о рождении» заполняется на каждого ребенка в отдельности.

В населенных пунктах в медицинских учреждениях, где работают врачи, «Медицинское свидетельство о рождении» заполняется обязательно врачом. В сельской местности в учреждениях здравоохранения, в которых нет врачей, оно может быть выдано акушеркой или фельдшером, принимавшими роды.

В случае мертворождения или смерти ребенка в родильном доме обязательно заполняется «Медицинское свидетельство о рождении», которое предоставляется вместе с «Медицинским свидетельством о перинатальной смерти» (ф. 106-2/у-08) в органы загса.

Запись о выдаче «Медицинского свидетельства о рождении» с указанием его номера и даты выдачи должна быть сделана в «Истории развития новорожденного» (ф. 097/у), в случае мертворождения — в «Истории родов» (ф. 096/у). Для учета рождаемости, расчета ряда демографических показателей крайне важно определить, живым или мертвым родился ребенок, срок беременности, доношенность плода и др.

Для статистического анализа рождаемости применяют общий коэффициент рождаемости и специальные коэффициенты рождаемости.

Наиболее простым и широко используемым является **общий коэффициент рождаемости**, который рассчитывают по формуле:

$$\textbf{Общий коэффициент рождаемости} = \frac{\text{Общее число родившихся за год живыми}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

Для оценки общего коэффициента рождаемости целесообразно использовать схему, приведенную в табл. 2.1.

Таблица 2.1. Схема оценки общего коэффициента рождаемости

Общий коэффициент рождаемости, ‰	Уровень рождаемости
До 10	Очень низкий
10–15	Низкий
16–20	Ниже среднего
21–25	Средний
26–30	Выше среднего
31–40	Высокий
41 и выше	Очень высокий

Говоря о рождаемости в человеческом обществе, следует помнить, что она детерминирована не только биологическими (как в животном мире), но и прежде всего социально-экономическими условиями жизни, этническими традициями, религиозными установками и другими факторами. Общий коэффициент рождаемости зависит от целого ряда демографических характеристик и в первую очередь от возрастно-половой структуры населения, поэтому он дает лишь самое первое, приближенное представление об уровне рождаемости.

Чтобы элиминировать влияние демографических характеристик, рассчитывают показатели, уточняющие показатель рождаемости, в частности **специальный коэффициент рождаемости (плодовитости)**. При исчислении этого коэффициента, в отличие от коэффициента рождаемости, в качестве знаменателя берут не общую численность населения, а численность женщин в возрасте 15–49 лет. Этот возрастной интервал называется генеративным, фертильным или плодовитым периодом женщины. Следует иметь в виду, что при вычислении специального коэффициента рождаемости (плодовитости) в числителе указывают всех родившихся детей у матерей в возрасте как до 15 лет, так и 50 лет и старше.

Специальный коэффициент рождаемости (плодовитости) рассчитывают по формуле:

$$\text{Специальный коэффициент рождаемости (плодовитости)} = \frac{\text{Общее число родившихся за год живыми}}{\text{Среднегодовая численность женщин репродуктивного возраста (15–49 лет)}} \times 1000.$$

Специальный коэффициент рождаемости (плодовитости) в свою очередь уточняется **возрастными коэффициентами рождаемости (плодовитости)**, для чего весь генеративный период женщины условно подразделяют на отдельные возрастные интервалы (15–19, 20–24, 25–29, 30–34, 35–39, 40–44, 45–49 лет) и для каждого интервала рассчитывают свой показатель, причем в числителе указывают число живорожденных детей у женщин данного конкретного возраста. Например, возрастной коэффициент рождаемости (плодовитости) женщин в возрасте 20–24 лет рассчитывают по формуле:

$$\text{Возрастной коэффициент рождаемости (плодовитости)} = \frac{\text{Общее число родившихся за год живыми у женщин в возрасте 20–24 лет}}{\text{Среднегодовая численность женщин в возрасте 20–24 лет}} \times 1000.$$

Возрастные коэффициенты рождаемости (плодовитости) позволяют анализировать уровень и динамику интенсивности рождаемости независимо от возрастной структуры женщин репродуктивного возраста. В этом заключается их преимущество. В то же время их большое число (с учетом числа возрастных интервалов) существенно затрудняет анализ. Для устранения этого недостатка рассчитывают **суммарный коэффициент рождаемости**, или **коэффициент фертильности.**

Суммарный коэффициент рождаемости (фертильности) характеризует среднее число рождений у одной женщины на протяжении всего репродуктивного периода при сохранении существующих уровней рождаемости в каждом возрасте. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Суммарный коэффициент рождаемости} = \frac{\text{Сумма возрастных коэффициентов рождаемости (для возрастов 15–49 лет)}}{1000}$$

Суммарный коэффициент рождаемости выше 4,0 считают высоким, ниже 2,15 — низким. Для обеспечения простого воспроизводства населения (без увеличения его численности) этот показатель должен быть не ниже 2,2.

В демографической статистике важное значение имеют понятия «живорождение», «мертворождение», «перинатальный период», а также «масса тела при рождении».

В соответствии с рекомендациями ВОЗ ***живорождением*** считается 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, такие как 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, таких как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры. ***Массой тела при рождении*** считается результат первого взвешивания плода или новорожденного, зарегистрированный после рождения. Эта масса должна быть установлена в течение первого часа жизни до того, как в постнатальном периоде произойдет значительная потеря массы. Измерение длины новорожденного (плода) должно обязательно производиться при вытянутом его положении на горизонтальном ростомере.

В Российской Федерации в органах загса подлежат регистрации:

- родившиеся живыми с массой тела 1000 г и более (или, если масса при рождении неизвестна, с длиной тела 35 см и более, или сроком беременности 28 нед и более), включая новорожденных с массой тела 100 г при многоплодных родах;
- все новорожденные, родившиеся с массой тела от 500 до 999 г (включительно), если они прожили более 168 ч после рождения.

Однако эти параметры не соответствуют критериям ВОЗ, а рассчитанные на их основе показатели несопоставимы с международными статистическими данными. Поэтому Федеральная служба государственной статистики России планирует перейти на международные критерии регистрации новорожденных, при которых все родившиеся

с массой тела 500 г и более (если масса при рождении неизвестна, с длиной тела — 25 см и более или сроком беременности 22 нед и более) будут регистрироваться как живорожденные.

Важное значение для практического здравоохранения имеет определение степени доношенности родившегося ребенка. Недоношенными считаются дети, родившиеся при сроке беременности менее 37 нед и имеющие признаки недоношенности. Доношенными считаются дети, родившиеся при сроке беременности 37–40 нед. Переношенными считаются дети, родившиеся при сроке беременности 41–43 нед и имеющие признаки перезрелости.

Кроме того, выделяется понятие пролонгированной, или физиологически удлиненной беременности, которая продолжается более 42 нед и заканчивается рождением доношенного, функционально зрелого ребенка без признаков перезрелости.

В связи с особенностями акушерской тактики и выхаживания детей, родившихся при разных сроках гестации, целесообразно выделение следующих интервалов:

– преждевременные роды в 22–27 нед (масса плода от 500 до 1000 г);
– преждевременные роды в 28–33 нед (масса плода от 1000 до 1900 г);
– преждевременные роды в 34–37 нед (масса плода от 1900 до 2500 г).

2.3.2. Смертность

Для оценки медико-демографической ситуации той или иной территории необходимо учитывать показатели не только рождаемости, но и смертности.

Под ***смертностью*** понимают процесс вымирания населения, характеризующийся статистически зарегистрированным числом смертей в конкретной популяции за определенный период времени.

В соответствии с законодательством РФ все случаи смерти подлежат регистрации в органах загса по месту жительства умершего или по месту наступления смерти. Для регистрации случаев смерти врачом или фельдшером заполняется «Медицинское свидетельство о смерти» (ф. 106/у-08), без которого выдача трупа запрещается. «Медицинское свидетельство о смерти» выдают не позднее 3 сут с момента наступления смерти или обнаружения трупа, если нет подозрений на насильственную причину смерти.

Первую приближенную оценку смертности дают на основе **общего коэффициента смертности**, который рассчитывают по формуле:

$$\text{Общий коэффициент смертности} = \frac{\text{Общее число умерших за год}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

Для оценки общего коэффициента смертности используют схему, приведенную в табл. 2.2.

Таблица 2.2. Схема оценки общего коэффициента смертности

Общий коэффициент смертности, ‰	Уровень смертности
До 7	Очень низкий
7–10	Низкий
11–15	Средний
16–20	Высокий
21 и выше	Очень высокий

Вместе с тем общий коэффициент смертности не дает реальной картины, отражающей состояние здоровья населения, так как его величина в значительной степени зависит от целого ряда демографических характеристик и в частности от особенностей возрастно-половой структуры населения. Так, в ряде экономически развитых стран в связи с ростом удельного веса лиц пожилого возраста увеличивается и общий коэффициент смертности и, наоборот, в развивающихся странах за счет большого удельного веса населения молодого возраста можно наблюдать снижение общего коэффициента смертности.

Значительно более точными являются показатели смертности, рассчитанные для отдельных возрастных групп населения, для чего все население подразделяют на отдельные возрастные интервалы, для которых рассчитывают свой показатель. В числителе берут число лиц, умерших в данном конкретном возрасте, а в знаменателе — численность населения данного возраста. Например, коэффициент смертности населения в трудоспособном возрасте (мужчины 16–59 лет, женщины 16–54 лет) рассчитывают по формуле:

$$\text{Коэффициент смертности населения в трудоспособном возрасте} = \frac{\text{Число умерших в трудоспособном возрасте за год}}{\text{Среднегодовая численность населения трудоспособного возраста}} \times 1000.$$

Аналогичным способом рассчитывают коэффициенты смертности для других возрастно-половых групп населения.

Важное значение в разработке и реализации комплекса мер по снижению смертности населения имеет анализ **показателей смертности от отдельных причин.** При расчете смертности от данной причины в качестве явления берут численность умерших от данной причины, а в качестве среды — среднегодовую численность населения. Например, смертность от инфаркта миокарда рассчитывают по формуле:

$$\textbf{Смертность от инфаркта миокарда} = \frac{\text{Число умерших от инфаркта миокарда в течение года}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

Помимо показателей смертности от отдельных причин в анализе здоровья населения административных территорий используют показатели летальности от отдельных причин, которые следует отличать от первых. Так, если при расчете коэффициентов смертности в качестве среды берут среднегодовую численность населения, то при расчете летальности такой средой являются заболевшие. При расчете летальности в качестве основания показателя принято брать 100. Например, в отличие от смертности при инфаркте миокарда показатель летальности от инфаркта миокарда рассчитывают по формуле:

$$\textbf{Летальность от инфаркта миокарда} = \frac{\text{Число умерших от инфаркта миокарда в течение года}}{\text{Число заболевших инфарктом миокарда в течение года}} \times 100.$$

Кроме того, существует целая группа специальных показателей для анализа смертности в больничных учреждениях — показателей летальности в стационаре. К ним относятся:

- показатель больничной летальности;
- показатель послеоперационной летальности;
- показатель досуточной летальности;
- показатель одногодичной летальности.

Методика расчета и анализа показателей летальности в стационаре представлена в соответствующих главах учебника. Показатели летальности позволяют комплексно оценить уровень организации

лечебно-диагностической помощи, использования современных медицинских технологий, преемственность в работе амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений и являются важнейшими показателями качества медицинской помощи.

Для углубленного анализа смертности населения рассчитывают ***показатель структуры смертности по причинам***. Этот показатель является экстенсивным и вычисляется путем составления пропорции, где все умершие принимаются за 100%, а умершие от отдельного заболевания — за X%. Рассчитав удельный вес умерших от отдельных заболеваний, получают структуру причин смерти:

– все умершие в течение года — 100%;
– умершие от I класса болезней — X_I%;
– умершие от II класса — X_{II}%;
– .....;
– умершие от n класса болезней — X_n%.

Структура смертности населения РФ по причинам представлена на рис. 2.1.

На первом месте стоит смертность населения в связи с болезнями системы кровообращения (56,5%), на втором — по причине злокачественных новообразований (14,6%), на третьем — в связи с внешними причинами (11,2%). Эти заболевания составляют более 80% всех причин смертности населения РФ.

Так же рассчитываются показатели структуры смертности по полу и возрасту.

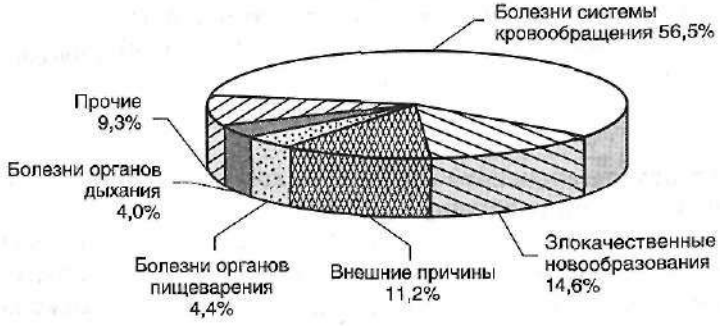


Рис. 2.1. Структура смертности населения Российской Федерации по причинам (2009 г.)

2.3.3. Материнская, детская и перинатальная смертность

Наряду с общим коэффициентом смертности большое значение имеют учет и анализ материнской смертности. Из-за невысокого уровня она не оказывает заметного влияния на демографическую ситуацию в целом, однако является одной из основных характеристик в оценке качества работы службы родовспоможения.

Материнская смертность — показатель, характеризующий число женщин, умерших в период беременности независимо от продолжительности и локализации, или в течение 42 сут после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или внезапно возникшей причины, соотнесенное с числом живорожденных.

Случаи материнской смертности подразделяют на две группы:

1) случаи смерти, непосредственно связанные с акушерскими причинами (смерть в результате осложненного течения беременности, родов и послеродового периода, а также диагностических вмешательств и неправильного лечения);
2) случаи смерти, косвенно связанные с акушерскими причинами (смерть в результате имевшегося ранее или развившегося в период беременности заболевания вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенного физиологическим воздействием беременности).

Показатель материнской смертности рассчитывают по формуле:

$$\text{Материнская смертность} = \frac{\text{Число умерших беременных (с начала беременности), рожениц, а также родильниц (в течение 42 сут после прекращения беременности)}}{\text{Число детей, родившихся живыми}} \times 100\,000.$$

Этот показатель в 2009 г. в Российской Федерации составил 22,0 на 100 тыс. детей, родившихся живыми.

Данный показатель позволяет оценить все потери беременных (от абортов, внематочной беременности, акушерской экстрагенитальной патологии в течение всего периода гестации), а также рожениц и родильниц в течение 42 сут после окончания беременности.

Детская смертность является важнейшей группой показателей, во многом определяющих демографическую ситуацию в стране.

Показатели детской смертности характеризуют не только состояние здоровья, но и уровень социально-экономического благополучия, степень цивилизованности общества в целом. Правильный и своевременный анализ детской смертности позволяет разработать ряд конкретных мер по снижению заболеваемости и смертности детей, оценить эффективность проводимых мероприятий, охарактеризовать работу по охране материнства и детства в целом.

Детская смертность имеет сложную структуру, включающую ряд специальных показателей, которые имеют свои особенности расчета. Каждый из этих показателей характеризует смертность в определенный период жизни детей.

В статистике детской смертности выделяют ряд показателей:

1) показатели (коэффициенты) младенческой смертности:
   - младенческая смертность (смертность на 1-м году жизни);
   - ранняя неонатальная смертность (смертность детей в первые 7 сут, т.е. 168 ч жизни);
   - поздняя неонатальная смертность (смертность детей в возрасте 8–28 сут жизни);
   - неонатальная смертность (смертность детей в первые 28 сут жизни);
   - постнеонатальная смертность (смертность детей в возрасте с 29-го дня жизни до 1 года);
2) коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет;
3) коэффициент детской смертности в возрасте от 0 до 17 лет включительно.

Для расчета **коэффициента младенческой смертности** существует ряд различных способов. Самым простым из них считают расчет по формуле:

$$\textbf{Коэффициент младенческой смертности} = \frac{\text{Число детей, умерших на 1-м году жизни в течение года}}{\text{Число детей, родившихся живыми в данном календарном году}} \times 1000.$$

Этот показатель в 2009 г. в Российской Федерации составил 8,1‰.

Вместе с тем среди детей, умерших в течение года в возрасте до 1 года, есть родившиеся как в прошлом календарном году, так и в текущем, и соотносить умерших только с родившимися в этом

году некорректно. Применение данного способа возможно лишь в том случае, когда число родившихся в отчетном и прошлом году одинаково, что в реальной жизни практически не встречается.

ВОЗ для расчета коэффициента младенческой смертности рекомендована формула Ратса, в которой используется допущение, что среди детей, умерших в возрасте до 1 года в данном календарном году, приблизительно 1/3 родились в предыдущем году:

$$\text{Коэффициент младенческой смертности (формула Ратса)} = \frac{\text{Число детей, умерших на 1-м году жизни в течение года}}{\text{2/3 от числа детей, родившихся живыми в данном календарном году} + \text{1/3 от числа детей, родившихся живыми в предыдущем календарном году}} \times 1000.$$

Применение данной формулы корректно в том случае, если среди умерших детей соотношение родившихся в данном и предыдущем году остается неизменным, однако эта пропорция на практике может меняться (например, 1/5 и 4/5, 1/4 и 3/4 и т.д.). В таких случаях более приемлем способ пропорционального деления. Он складывается из двух этапов.

Первый этап: число детей, умерших в течение года на 1-м году жизни, принимают за 100%, из них:

– родившиеся в данном календарном году принимаются за x_1%;

– родившиеся в предыдущем календарном году принимаются за x_2%.

Второй этап: в знаменателе берут не конкретный, заранее определенный коэффициент (1/5, 1/3 и т.д.), а процент от числа родившихся, который был определен на первом этапе. В данном случае формула младенческой смертности будет выглядеть следующим образом:

$$\text{Коэффициент младенческой смертности} = \frac{\text{Число детей, умерших в течение года на 1-м году жизни}}{x_1\% \text{ от числа детей, родившихся живыми в данном календарном году} + x_2\% \text{ от числа детей, родившихся живыми в предыдущем календарном году}} \times 1000.$$

Коэффициент ранней неонатальной смертности рассчитывают по формуле:

$$\text{Коэффициент ранней неонатальной смертности} = \frac{\text{Число детей, умерших в первые 7 дней (168 ч) в течение года}}{\text{Число детей, родившихся живыми в данном календарном году}} \times 1000.$$

Коэффициент поздней неонатальной смертности рассчитывают по формуле:

$$\text{Коэффициент поздней неонатальной смертности} = \frac{\text{Число детей, умерших в возрасте 8–28 дней в течение года}}{\text{Число детей, родившихся живыми в данном календарном году}} \times 1000.$$

Коэффициент неонатальной смертности рассчитывают по формуле:

$$\text{Коэффициент неонатальной смертности} = \frac{\text{Число детей, умерших в первые 28 дней в течение года}}{\text{Число детей, родившихся живыми в данном календарном году}} \times 1000.$$

Коэффициента постнеонатальной смертности рассчитывают по формуле:

$$\text{Коэффициент постнеонатальной смертности} = \frac{\text{Число детей, умерших в возрасте от 29 дней до 1 года в течение года}}{\text{Число детей, родившихся живыми в данном календарном году}} \times 1000.$$

В педиатрической практике коэффициенты поздней неонатальной и постнеонатальной смертности рассчитывают по формулам:

$$\text{Коэффициент поздней неонатальной смертности} = \frac{\text{Число детей, умерших в возрасте 8–28 дней в течение года}}{\text{Число детей, родившихся живыми} - \text{Число детей, умерших в первые 7 дней жизни в данном календарном году}} \times 1000.$$

$$\text{Коэффициент постнеонатальной смертности} = \frac{\text{Число детей, умерших в возрасте от 29 дней до 1 года в течение года}}{\text{Число детей, родившихся живыми} - \text{Число детей, умерших в первые 28 дней жизни в данном календарном году}} \times 1000.$$

Помимо коэффициента младенческой смертности в международной практике принято рассчитывать **коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет**. Этот показатель выбран Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) в качестве индикатора благополучия детского населения в различных государствах. Его рассчитывают по формуле:

$$\text{Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет} = \frac{\text{Число детей, умерших в возрасте до 5 лет в течение календарного года}}{\text{Число детей, родившихся живыми в данном календарном году}} \times 1000.$$

Этот показатель в 2009 г. в Российской Федерации составил 10,1‰.

Для оценки состояния здоровья детского населения важное значение имеет **коэффициент детской смертности**, который рассчитывают по формуле:

$$\text{Коэффициент детской смертности} = \frac{\text{Число умерших детей в возрасте 0–17 лет включительно в течение года}}{\text{Среднегодовая численность детского населения}} \times 1000.$$

Этот показатель в 2009 г. в Российской Федерации составил 0,98‰.

Перинатальная смертность. С 1963 г. в статистику здоровья населения и практику здравоохранения введен термин ***«перинатальный период»***. Всемирная ассамблея здравоохранения определила перинатальный период как период, который начинается с 22-й полной недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода (в это время в норме масса его тела составляет 500 г) и заканчивается спустя 7 полных дней (168 ч) жизни после рождения.

Перинатальный период включает в себя 3 периода: антенатальный (с 22-й недели беременности до родов), интранатальный (период родов) и постнатальный (первые 168 ч жизни). Постнатальный период соответствует раннему неонатальному периоду. Каждому периоду соответствует свой показатель смертности. Следует подчеркнуть, что перинатальная смертность не является составной частью младенческой смертности; в последнюю входит лишь одна составляющая перинатальной смертности — постнатальная (ранняя неонатальная) смертность.

Коэффициент перинатальной смертности рассчитывают по формуле:

$$\text{Коэффициент перинатальной смертности} = \frac{\text{Число детей, родившихся мертвыми} + \text{Число детей, умерших в первые 168 часов жизни в течение календарного года}}{\text{Число детей, родившихся живыми и мертвыми в течение календарного года}} \times 1000.$$

Этот показатель в 2009 г. в Российской Федерации составил 7,8‰.

Постнатальную смертность рассчитывают по той же формуле, что и раннюю неонатальную смертность. Антенатальная и интранатальная смертность в сумме дают **мертворождаемость**, которую рассчитывают по формуле:

$$\text{Коэффициент мертворождаемости} = \frac{\text{Число детей, родившихся мертвыми в течение календарного года}}{\text{Число детей, родившихся живыми и мертвыми в течение календарного года}} \times 1000.$$

Этот показатель в 2009 г. в Российской Федерации составил 4,7‰.

Для регистрации смерти ребенка (плода) в перинатальном периоде заполняется «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» (ф. 106-2/у-08). Выделяют две группы причин перинатальной смертности:

- причины, при которых к гибели ребенка (плода) привели заболевания или состояния матери или последа, патология беременности, родов;
- причины, связанные с заболеванием и/или состоянием самого ребенка (плода).

Раздельное изучение смертности в перинатальном периоде и на 1-м году жизни не позволяет получить полную картину потерь всех жизнеспособных детей. В этой связи ВОЗ было введено понятие ***«фетоинфантильные потери»*** **(*ФИП*)**. Показатель ФИП включает мертворождаемость и смертность детей на 1-м году жизни.

Коэффициент ФИП рассчитывают по формуле:

$$\text{Коэффициент ФИП} = \frac{\text{Число детей, родившихся мертвыми} + \text{Число детей, умерших на 1-м году жизни в течение календарного года}}{\text{Число детей, родившихся живыми и мертвыми в течение календарного года}} \times 1000.$$

Этот показатель в 2009 г. в Российской Федерации составил 12,8‰.

2.3.4. Естественный прирост (противоестественная убыль) населения

Естественный прирост служит наиболее общей характеристикой естественного движения населения. Он может выражаться абсолютным числом как разность родившихся и умерших за определенный период времени (чаще за 1 год). Кроме того, рассчитывают **общий коэффициент естественного прироста** по формуле:

$$\text{Общий коэффициент естественного прироста} = \text{Общий коэффициент рождаемости} - \text{Общий коэффициент смертности}.$$

Следует отметить, что одни и те же значения естественного прироста населения могут быть получены при различных показателях рождаемости и смертности. В связи с этим естественный прирост

населения необходимо оценивать только в соотношении с показателями рождаемости и смертности.

Высокий естественный прирост может рассматриваться как благоприятное демографическое явление только при низкой смертности. Значительный прирост при высокой смертности характеризует неблагоприятное положение с воспроизводством населения, несмотря на относительно высокий показатель рождаемости. Низкий прирост при больших показателях смертности также указывает на неблагоприятную демографическую ситуацию.

Отрицательный естественный прирост во всех случаях свидетельствует о явном неблагополучии в обществе. Такая демографическая обстановка обычно характерна для периода войн, социально-экономических кризисов, других потрясений. Отрицательный естественный прирост принято называть ***противоестественной убылью населения***, которая ведет к сокращению численности постоянного населения страны и другим неблагоприятным демографическим явлениям. Важнейшая задача общества — создать необходимые социально-экономические условия для воспроизводства населения, превышения уровня рождаемости над смертностью.

2.3.5. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении

Одним из показателей, используемых для оценки общественного здоровья, является показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении, который служит более объективной характеристикой, чем показатели общей смертности и естественного прироста населения.

Под ***ожидаемой продолжительностью жизни при рождении*** понимают гипотетическое число лет, которое предстоит прожить данному поколению родившихся или числу живущих определенного возраста при условии, что на всем протяжении жизни смертность в каждой возрастной группе будет такой же, какой она была в том году, для которого производилось исчисление. Этот показатель характеризует жизнеспособность населения в целом, он не зависит от особенностей возрастной структуры населения и пригоден для анализа в динамике и сравнения данных по разным странам. Показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении не следует путать со средним возрастом умерших или средним возрастом населения.

Показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении рассчитывают на основе возрастных коэффициентов смертности путем построения таблиц смертности (или дожития), которые

показывают порядок последовательного вымирания гипотетической совокупности лиц, одновременно родившихся. Провести эти расчеты на основе наблюдений за реальным поколением людей практически невозможно, для этого потребовалось бы много десятилетий, и итогом была бы средняя продолжительность жизни уже вымершего поколения, отражающая влияние ушедших в прошлое социально-экономических и иных факторов. Поэтому ожидаемую продолжительность жизни при рождении исчисляют применительно к определенному моменту на основе реальных соотношений числа живущих и умерших в отдельных возрастных группах.

2.4. СТАТИКА НАСЕЛЕНИЯ

Статику населения изучают по следующим основным признакам: полу, возрасту, социальным, профессиональным группам, брачному состоянию, национальности, образованию, гражданству, месту жительства, плотности населения на определенный момент времени. Эти данные получают из регулярно проводимых переписей населения и специальных выборочных исследований.

Перепись населения представляет собой всеобщий (сплошной) учет населения, в процессе которого осуществляют сбор данных, характеризующих на определенный момент времени каждого жителя страны или административной территории.

Всего в России проводилось 9 переписей населения: первая в 1926 г., последняя в 2010 г.

Наряду со сплошным учетом населения осуществляют выборочные социально-демографические исследования, которые позволяют изучить изменения численности и структуры населения в межпереписной период.

Кроме того, в годы между переписями производят текущую оценку численности населения. Ее проводят на основании итогов последней переписи населения, к которым ежегодно добавляют число родившихся и число прибывших на данную территорию и вычитают число умерших и число выбывших с нее. Данные об общей численности и сведения, характеризующие возрастно-половой состав, приводятся по постоянному населению.

К ***постоянному населению*** относятся лица, постоянно проживающие на данной территории, включая временно отсутствующих. Кроме того, выделяют ***юридическое (приписное) население***, включающее

лиц, которые прописаны или связаны с данной территорией действующими правилами регистрации независимо от фактического проживания. Для вычисления большинства показателей естественного движения населения обычно используют данные о среднегодовой численности населения, которую рассчитывают как среднее арифметическое из численности населения на начало и конец соответствующего года по результатам текущих оценок.

Естественным в жизненном цикле популяции является процесс старения населения. Различают два типа старения:

1) *старение снизу*, которое является результатом снижения рождаемости на фоне не меняющегося уровня смертности в старших возрастных группах;
2) *старение сверху*, которое является результатом увеличения ожидаемой продолжительности жизни при рождении, уменьшения смертности в старших возрастных группах на фоне низкой рождаемости.

На основании расчета удельного веса лиц в возрасте 0–14, 15–49, 50 лет и старше можно определить возрастной тип населения. Различают прогрессивный, стационарный и регрессивный типы развития населения (рис. 2.2).

Прогрессивным считают тип развития населения, в котором доля детей в возрасте 0–14 лет превышает долю населения в возрасте 50 лет и старше.

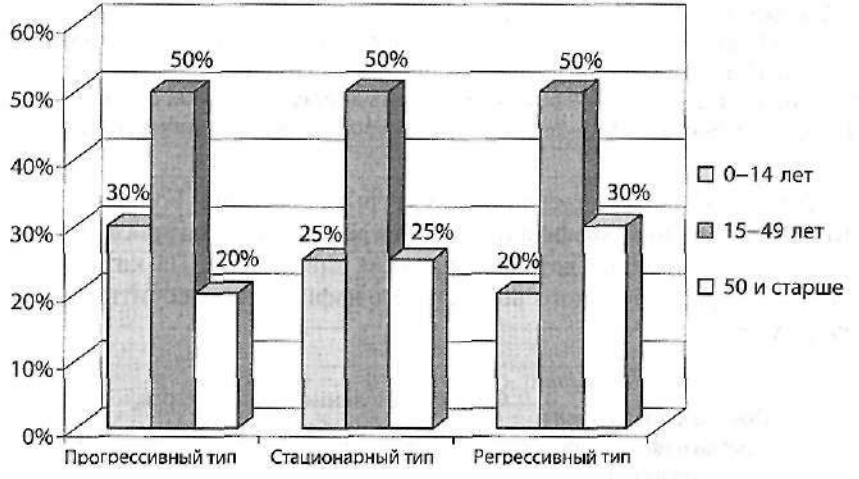


Рис. 2.2. Возрастные типы развития населения

Регрессивным принято считать тип развития населения, в котором доля лиц в возрасте 50 лет и старше превышает долю детей в возрасте 0–14 лет.

Стационарным называется тип развития населения, при котором доля детей в возрасте 0–14 лет равна доле лиц в возрасте 50 лет и старше.

Прогрессивный тип народонаселения обеспечивает дальнейшее увеличение численности населения; регрессивный тип угрожает нации депопуляцией.

Однако возраст 50 лет для большинства стран является возрастом трудоспособного населения, и брать его за основу в определении типа возрастного состава вряд ли целесообразно. В связи с этим зачастую уровень «демографической старости» населения определяют по удельному весу лиц в возрасте 60 лет и старше, для чего используют специальные демографические шкалы. Наиболее распространенной является шкала Боже–Гарнье–Россета (табл. 2.3).

Таблица 2.3. Шкала демографического старения Боже–Гарнье–Россета

Удельный вес лиц в возрасте 60 лет и старше, %	Уровень демографической старости
Ниже 8	Демографическая молодость
От 8 до10	Первое преддверие старости
От 10 до 12	Собственно преддверие старости
12 и выше: – от 12 до 14 – от 14 до 16 – от 16 до 18 – 18 и выше	Демографическая старость: – начальный уровень демографической старости – средний уровень демографической старости – высокий уровень демографической старости – очень высокий уровень демографической старости

Для анализа возрастной структуры населения большое значение имеет **общий коэффициент демографической нагрузки**, который показывает, сколько детей и стариков приходится на каждые 1000 человек трудоспособного возраста. Коэффициент рассчитывается по формуле:

$$\text{Общий коэффициент демографической нагрузки} = \frac{\text{Средняя численность населения нетрудоспособного возраста}}{\text{Средняя численность населения трудоспособного возраста}} \times 1000.$$

В Российской Федерации в 2010 г. этот показатель составил 606 человек нетрудоспособного возраста (детей и стариков) на 1000 трудоспособного населения.

2.5. ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РОССИИ В КОНЦЕ XX – НАЧАЛЕ XXI СТОЛЕТИЯ

Современная демографическая ситуация в Российской Федерации в значительной степени обусловлена политическими, социально-экономическими процессами, происходящими в обществе во второй половине XX – начале XXI в. В силу этого к началу XXI в. в России сложилась неблагоприятная демографическая ситуация, характеризующаяся рядом негативных тенденций.

Рождаемость. Динамика рождаемости начиная с 1861 г. представлена в табл. 2.4, из которой следует, что в период до 1999 г. общий коэффициент рождаемости неуклонно снижался, достигнув своего минимального значения 8,3‰, после чего стал отмечаться его небольшой рост. По состоянию на 2009 г. общий коэффициент рождаемости в Российской Федерации составил 12,4‰.

Таблица 2.4. Динамика основных показателей естественного движения населения в России

Год	Общий коэффициент рождаемости	Общий коэффициент смертности	Общий коэффициент естественного прироста (противоестественная убыль населения)
1861	49,7	35,1	+14,6
1900	49,3	31,1	+18,2
1913	43,1	27,4	+15,7
1940	33,0	20,6	+12,4
1950	26,9	10,1	+16,8
1960	23,2	7,4	+15,8
1965	15,7	7,6	+8,1
1970	14,6	8,7	+5,9
1975	15,7	9,8	+5,9
1980	15,9	11,0	+4,9
1990	13,4	11,2	+2,2

Окончание табл. 2.4.

Год	Общий коэффициент рождаемости	Общий коэффициент смертности	Общий коэффициент естественного прироста (противоестественная убыль населения)
1991	12,1	11,4	+0,7
1992	10,7	12,2	–1,5
1993	9,2	14,3	–5,1
1994	9,4	15,5	–6,1
1995	9,2	14,9	–5,7
1996	8,9	14,1	–5,3
1997	8,6	13,8	–5,2
1998	8,8	13,6	–4,8
1999	8,3	14,7	–6,3
2000	8,7	15,3	–6,6
2001	9,1	15,6	–6,6
2002	9,7	16,2	–6,5
2003	10,2	16,4	–6,2
2004	10,4	16,0	–5,6
2005	10,2	16,1	–5,9
2006	10,4	15,2	–4,8
2007	11,3	14,6	–3,3
2008	12,1	14,6	–2,5
2009	12,4	14,2	–1,8
2010 (6 мес)	12,4	14,4	–2,0

Процесс снижения рождаемости характерен для большинства экономически развитых стран. За период с 1990 г. рождаемость повысилась только в двух из 40 экономически развитых стран мира — Ирландии и Испании. Россия по уровню рождаемости находится на 7-м месте и имеет показатель, сопоставимый со средним по этим странам значением. Казалось бы, о чем беспокоиться? Ответ на этот вопрос дает сравнение коэффициента рождаемости по регионам. Дело в том, что уровни рождаемости в отдельных субъектах РФ значительно разнятся. Есть регионы с высоким уровнем рождаемости (Чеченская Республика — 29,3‰, Республика Тува — 25,2‰, Республика Алтай — 21,3‰, Республика Дагестан — 18,3‰, Республика Ингушетия —

18,3‰ и др.), а есть регионы с крайне низким уровнем этого показателя (Ленинградская область — 8,8‰, Тульская область — 9,0‰, Тамбовская область — 9,2‰ и др.). Сравнение по регионам показывает, что наиболее низкие показатели рождаемости характерны для регионов с преимущественно коренным русским населением, что не может не вызывать тревогу.

Как указывалось ранее, более точную оценку рождаемости дает суммарный коэффициент рождаемости. Для простого воспроизводства населения он должен быть не менее 2,2, однако сегодня он составляет в России лишь 1,54, т.е. не обеспечивает даже простого замещения поколений. Такой уровень суммарного коэффициента рождаемости определяет длительную перспективу снижения числа родившихся в стране.

До Великой Отечественной войны в России отмечалась высокая плодовитость у женщин как в возрасте до 30, так и после 30 лет, — так называемый ***сельский тип*** плодовитости. Более половины всех детей рождались у женщин в возрасте старше 30 лет. В настоящее время наиболее высокий уровень плодовитости отмечается у женщин в возрасте 20–24 года, затем этот показатель снижается. Такой вид плодовитости называется ***городским типом***. При нем отмечается увеличение доли первенцев среди родившихся детей, что говорит об ориентации семей на малодетность. Сегодня коэффициент фертильности, как и показатель рождаемости, в основном формируется за счет рождения первых (55%) и вторых (35%) детей. Таким образом, в настоящее время проблема с рождением первого и второго ребенка в российских семьях не особенно актуальна, а остро стоит проблема рождения третьего и последующих детей.

Факторы, влияющие на рождаемость, весьма разнообразны и за последние годы достаточно хорошо изучены демографами и социологами в нашей стране и за рубежом. Доказано, что условия жизни семьи и самой женщины играют важную, но далеко не единственную роль.

Без сомнения, невозможность устроить ребенка в детское дошкольное учреждение, отсутствие работы, неуверенность в завтрашнем дне являются факторами, которые на какое-то время или насовсем откладывают решение женщины рожать. Но как же влияет материальное положение на рождаемость? Сейчас многими политиками и общественными деятелями высказываются разные предложения о том, как повысить уровень рождаемости в стране. Большинство этих

мер ограничивается исключительно различными льготами и пособиями семьям за рождение детей. Однако еще в XVII в. известным английским экономистом Адамом Смитом было подмечено, что чем беднее социальная группа, тем она плодовитее. Иначе говоря, по мере роста уровня жизни населения рождаемость снижается, а не растет. Повышая уровень жизни, государство расширяет возможности семей в выборе социально-экономических приоритетов. Молодые семьи планам рождения ребенка нередко предпочитают приобретение квартиры, автомобиля, путешествия и другие блага. Вся мировая история роста благосостояния — это история снижения рождаемости. Известно, что малодетность присуща богатым странам и обеспеченным слоям населения: самые низкие показатели рождаемости отмечаются в наиболее экономически развитых странах (Германия, Япония, Австрия, Швейцария и др.). И наоборот, в развивающихся странах Африки и Азии отмечаются одни из самых высоких показателей рождаемости (Бангладеш, Таджикистан, Пакистан, Алжир, Уганда, Чад, Гвинея-Бисау и др.).

Таким образом, меры материального характера, которые предпринимает правительство стран, являются важной помощью семьям, но не определяют рост рождаемости.

Негативное влияние на рождаемость оказывают низкие показатели репродуктивного здоровья населения фертильного возраста. Состояние здоровья ребенка во многом определяется состоянием здоровья его родителей. Трудно ожидать, что у больных родителей родится здоровый ребенок. В то же время, здоровье мужчин и женщин фертильного возраста закладывается с первых дней жизни. В детстве происходит формирование психосоматического здоровья, берут начало многие органические, функциональные заболевания половых органов, закладывается фундамент полового и физического развития. По нашим данным, уже в возрасте 7–10 лет около 7% девочек имеют отклонения со стороны репродуктивной системы, а к возрасту совершеннолетия их удельный вес превышает 18%. Целевые осмотры юношей Санкт-Петербурга показали, что к 18-летнему возрасту более 17% юношей имеют нарушения со стороны репродуктивной системы. В последние годы обращаемость по поводу бесплодия составляет около 400 на 100 тыс. женщин репродуктивного возраста, а число бесплодных браков достигает 20%. Международные эксперты приводят еще более высокую цифру — 25%, причем свыше 1/3 бесплодных браков обусловлено мужским бесплодием. Таким образом,

решение проблемы бесплодия могло бы значительно повысить уровень рождаемости.

На уровень рождаемости существенное влияние оказывает возрастная структура населения и, в частности, абсолютное число жителей, способных к деторождению. В России во второй половине 60-х годов прошлого столетия имело место значительное сокращение числа родившихся за счет снижения абсолютного числа лиц наиболее активного репродуктивного возраста, так называемое ***демографическое эхо войны***. Это сокращение было обусловлено резким снижением рождаемости в годы Великой Отечественной войны и проявилось через 20–25 лет в так называемой первой волне демографического эха. Через последующие 20–25 лет (начало 90-х годов) пришла вторая волна — сокращение численности населения активного репродуктивного возраста за счет внуков тех, кто не родился в годы войны. В 2015–2020 гг. следует ожидать третью волну этого демографического процесса.

Часто приходится слышать утверждение о том, что низкий уровень рождаемости обусловлен снижением уровня брачности. Но как сегодня рассматривать понятие «брачность», когда в настоящее время, особенно среди молодежи, достаточно распространен так называемый гражданский брак? Понятие «гражданский брак» возникло давно. Первоначально, когда обязательными были и регистрация брака в государственных учреждениях, и венчание в церкви, под гражданским браком понимали брак, оформленный в соответствующих органах государственной власти без участия церкви. В настоящее время подход к понятию «гражданский брак» изменился — сегодня чаще всего под ним подразумевают фактические супружеские отношения без официальной регистрации брака. В настоящее время детей, родившихся в гражданском браке, относят к числу внебрачных детей. Проведенные нами исследования показали, что здоровье детей, рожденных в гражданском браке, не хуже, а порой и лучше здоровья детей, рожденных в зарегистрированном браке. По данным статистики, сегодня 29–30% новорожденных России рождаются вне зарегистрированного брака, поэтому в настоящее время внебрачная рождаемость становится нормой, и вряд ли стоит с этим бороться. Поэтому брачность не является определяющим фактором в уровне рождаемости.

Часто низкий уровень рождаемости связывают с большим числом абортов. Верно ли это утверждение? Принято считать, что биологи-

ческий максимум для женщины — 11–15 рождений. Однако, являясь биосоциальным субъектом, человек, как правило, регулирует деторождение. В международной практике, а теперь и у нас в стране регулирование деторождений принято называть планированием семьи. ***Планирование семьи*** — принятие осознанного решения о числе детей, сроках их рождения, возможность регулировать деторождение в соответствии с конкретной ситуацией в семье и, как следствие, рождение только желанных детей от готовых к этому событию родителей. Свободу репродуктивного поведения следует рассматривать как одну из сторон свободы личности.

Безусловно, аборты являются наименее цивилизованным способом регулирования деторождений, но их запрет никоим образом не приведет к увеличению рождаемости: в 90-е годы снижение рождаемости шло на фоне сокращения числа абортов, в последние годы число абортов продолжает сокращаться, а рождаемость стала расти. Таким образом, между частотой абортов и уровнем рождаемости нет прямой зависимости.

Как правило, обсуждая меры, направленные на повышение рождаемости, забывают главное — спросить саму женщину, а хочет ли она рожать много детей? Для того чтобы выяснить репродуктивные установки женщины, используют специальные показатели — **среднее желаемое** и **планируемое число детей**. Специальные исследования показывают, что современные женщины в возрасте 20–24 года хотели бы иметь в среднем 1,7–1,9 ребенка, а фактически планируют еще меньше — 1,5–1,8. Причем эти низкие репродуктивные установки формируются у женщин еще в детстве — опросы девушек-подростков показывают, что они хотели бы иметь в среднем 1,8–2,0 ребенка, а фактически планируют 1,7–1,9. Низкие репродуктивные установки молодежи позволяют сделать неблагоприятный прогноз в отношении рождаемости в стране по меньшей мере на ближайшие годы. Семейно-брачные стратегии современной молодежи направлены на создание ***малодетной нуклеарной семьи***. У большей части девушек репродуктивные потребности характеризуются идеально-романтическими, иллюзорными представлениями о браке и семье с наличием в них ярко выраженного эгоистического компонента.

Таким образом, российские женщины, как и женщины большинства экономически развитых стран, сегодня ориентированы на малодетность (разница между желаемым и планируемым числом детей незначительна — 0,2–0,3), причем планируемое число детей

практически совпадает с суммарным коэффициентом рождаемости, что говорит о том, что большинство российских семей имеют столько детей, сколько хотят. Причины ориентации на малодетность многообразны: часто семьи не желают заводить детей, так как родительский долг обязывает ко многим жертвам, принести которые супруги не готовы (деньги, внимание, время). Кроме того, в современном обществе с достаточно развитой системой социальной защиты (пенсионного обеспечения) дети стали терять свою «полезность» для родителей в старости — роль кормильцев семьи. Следовательно, даже полное удовлетворение материальных запросов молодого поколения, решение проблемы бесплодия, повышение уровня фертильности в среднем до 1,7–1,9 ребенка на женщину не обеспечат хотя бы простого воспроизводства населения и не позволят в итоге выйти из демографического кризиса.

Известно, что высокая рождаемость характерна для религиозных семей независимо от конфессии. В то же время из всех религиозных конфессий наибольшее влияние на рождаемость оказывает ислам, по законам которого зародыш с момента зачатия считается человеком и его уничтожение приравнивается к убийству. Буддизм также не одобряет меры контроля над рождаемостью, поэтому у народов, исповедующих буддизм, традиционна многодетность. К увеличению потомства призывает своих верующих и христианство, считая главной целью брака рождение детей.

Отдаленные перспективы рождаемости не вызывают оптимизма — рождаемость будет снижаться. Во-первых, для этого есть объективные причины — снижение рождаемости в середине 90-х годов неминуемо приведет к снижению в 2015–2020 гг. абсолютного числа жителей, способных к деторождению. Есть и субъективные причины — сегодня делается акцент на меры, направленные в основном на улучшение условий жизни семей, «награду» женщине за рожденного ребенка, однако эти меры не смогут в полной мере обеспечить в перспективе роста рождаемости. Поэтому повышению рождаемости должна способствовать активная государственная демографическая политика и, в первую очередь, комплекс мер по формированию семейных ценностей, поднятие в обществе престижа многодетных семей.

Смертность. С начала 70-х годов XX в. в России отмечался рост показателя смертности, который к 2003 г. достиг беспрецедентно высокого уровня — 16,4‰, а затем несколько снизился и в 2009 г. составил 14,2‰ (см. табл. 2.4). Много это или мало? Сегодня пока-

затель смертности в наиболее развитых станах мира находится на уровне 10‰. В настоящее время Россия имеет один из самых высоких показателей смертности и занимает 38-е место среди 40 стран Европы. Этот показатель соответствует уровню смертности населения африканских стран южнее Сахары (табл. 2.5). Причем если проанализировать показатель смертности по различным субъектам РФ, то станет ясно, что самые высокие показатели смертности отмечаются на исконно русских территориях (Псковская обл. — 21,7‰, Новгородская обл. — 20,9‰, Тверская обл. — 20,7‰), а самые низкие — на Северном Кавказе (Республика Ингушетия — 3,1‰, Чеченская Республика — 4,5‰, Республика Дагестан — 5,9‰).

Таблица 2.5. Смертность по странам мира в 2008 г.

Материк, территория, страна	Коэффициент смертности (на 1000)
Весь мир	8,0
Развитые страны	10,0
Развивающиеся страны	8,0
Развивающиеся страны без Китая	9,0
Наименее развитые страны	13,0
Африка	14,0
Африка южнее Сахары	15,0
Северная Африка	7,0
Россия	14,6

Однако надо помнить, что общий коэффициент смертности не даст реальную картину, отражающую состояние здоровья населения, так как зависит от целого ряда других демографических характеристик. Более объективную оценку состояния здоровья общества можно получить, используя возрастные коэффициенты смертности и показатели смертности от отдельных причин.

В России в структуре смертности населения, как и в экономически развитых странах, преобладают две причины смерти — болезни системы кровообращения и злокачественные новообразования. Однако беспокойство вызывает то обстоятельство, что в России внешние причины смерти (травмы, отравления, убийства, самоубийства и др.) составляют более 11%, что в 2–4 раза превышает долю этих причин в структуре смертности населения экономически развитых

стран. И особенно тревожно, что именно эти причины смертности являются основными в трудоспособном возрасте. Таким образом, снижение смертности от внешних причин является важной социальной проблемой и значительным резервом снижения общего уровня смертности населения (особенно трудоспособного возраста) и требует решения на государственном уровне. При этом следует подчеркнуть, что роль здравоохранения в комплексе мер по снижению предотвратимой смертности среди населения трудоспособного возраста достаточно велика и составляет 40–45%.

Хорошо известно, что смертность мужчин значительно выше смертности женщин, что отчетливо проявляется в трудоспособном возрасте, где смертность мужчин превышает смертность женщин в 4 раза. Это определяет печально известный в России феномен «сверхсмертности мужчин». Объясняется прежде всего более низкой у мужчин, чем у женщин, медико-социальной активностью, вследствие неадекватной, завышенной самооценки здоровья, а также подверженностью в большей степени факторам риска (курение, алкоголизм).

Материнская, детская и перинатальная смертность. Показатель материнской смертности в последние годы имеет четко выраженную тенденцию к снижению и за период 1995–2009 гг. сократился с 53,3 до 22,0 на 100 000 детей, родившихся живыми (рис. 2.3).

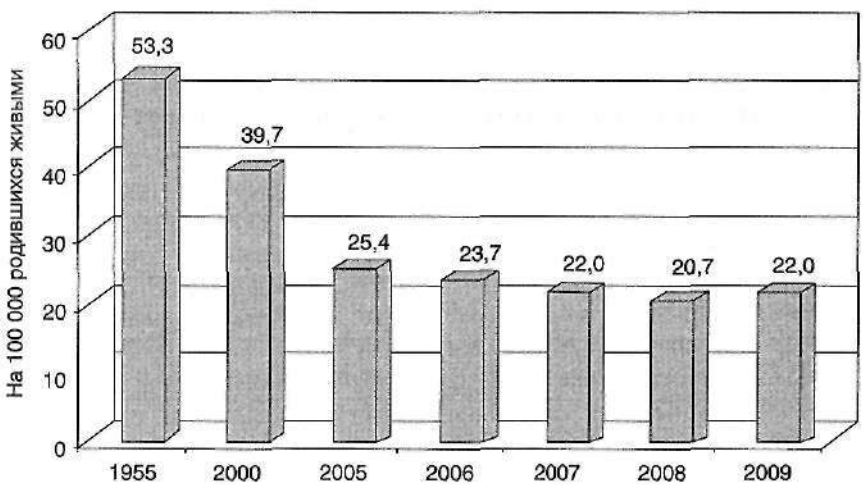


Рис. 2.3. Динамика материнской смертности в Российской Федерации (1995–2009 гг.)

Основными причинами материнской смертности являются непрямые причины акушерской смерти, акушерская эмболия, аборты вне лечебного учреждения и неустановленного характера кровотечения в связи с отслойкой и предлежанием плаценты, токсикозы беременных. На долю этих осложнений в 2009 г. приходилось 78,3% всех случаев смерти (непрямые причины — 42,8%, эмболия — 11,3%, аборты — 9,0%, кровотечения — 7,7%, токсикозы — 7,5%).

Показатель младенческой смертности относится к тем немногим демографическим показателям, которые в 90-е годы XX в. имели положительную динамику. По сравнению с 1991 г. этот показатель снизился более чем в 2 раза и в 2009 г. составил 8,1‰ (рис. 2.4).

Однако показатель младенческой смертности в России значительно выше такового в ряде экономически развитых стран (рис. 2.5). Так, по сравнению с Японией, Финляндией, Швецией, Норвегией показатель младенческой смертности в Российской Федерации в среднем выше в 3 раза.

В структуре причин младенческой смертности в 2009 г. в Российской Федерации преобладали отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах, родовая травма и т.п.), на долю которых приходилось 45% всех случаев смерти, врожденные аномалии составляют 25%, внешние причины смерти — 7%.

В возрастной структуре младенческой смертности на долю неонатальной смертности приходится около 60% (в том числе на долю ранней неонатальной около 40%, поздней неонатальной — 20%), на постнеонатальную смертность — около 40%. Отмеченное снижение

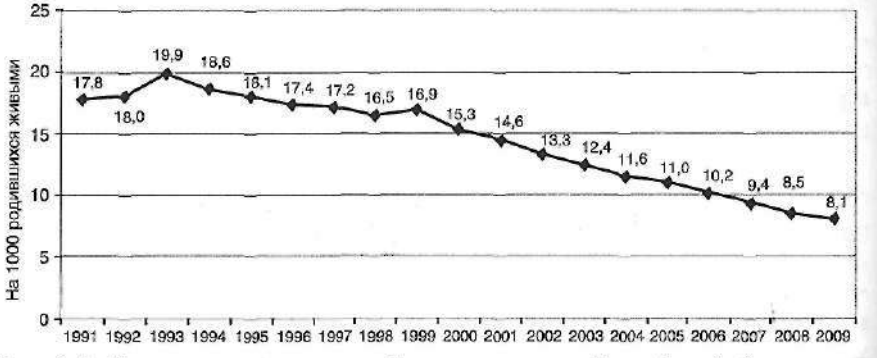


Рис. 2.4. Динамика младенческой смертности в Российской Федерации (1991–2009 гг.)

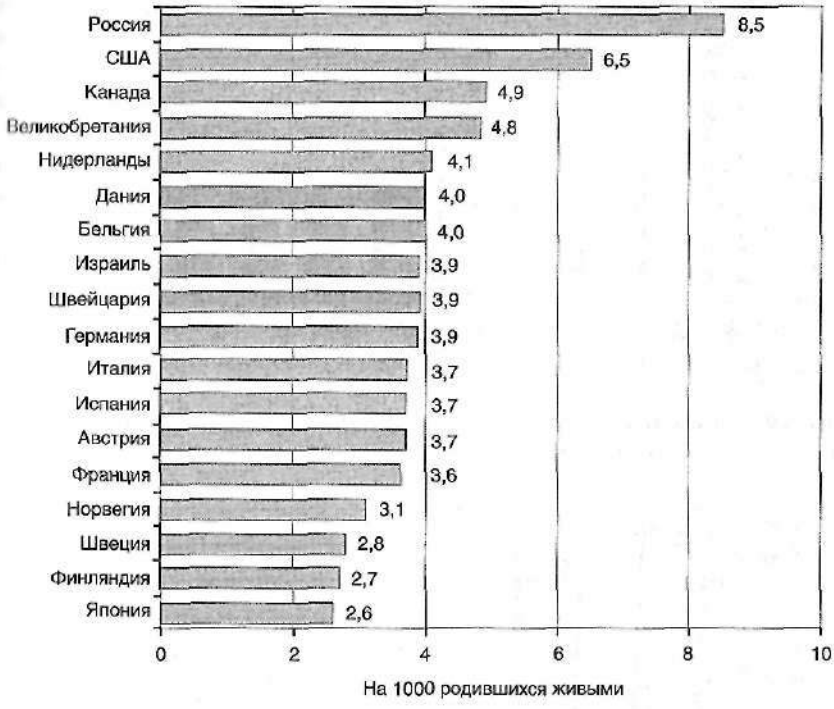


Рис. 2.5. Показатель младенческой смертности в экономически развитых странах (2008 г.)

младенческой смертности в 1990–2009 гг. в России произошло преимущественно за счет уменьшения неонатальной смертности.

Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет по 192 странам — членам ВОЗ варьирует от 3 на 1000 родившихся живыми (в Исландии и Сингапуре) до 283 (в Сьерра-Леоне). Среднее значение этого показателя по странам — членам ВОЗ составляет 32‰. В Российской Федерации отмечается четкая тенденция снижения уровня смертности детей в возрасте до 5 лет (рис. 2.6), который в 2009 г. составил 10,1‰, что значительно ниже среднемирового.

Анализ динамики коэффициента перинатальной смертности (рис. 2.7) показывает, что в течение последних десятилетий в России отмечается четкая тенденция снижения уровня перинатальной смертности. Только за период 1990–2009 гг. коэффициент перинатальной смертности снизился более чем в 2 раза и составил в 2009 г. 7,8‰.

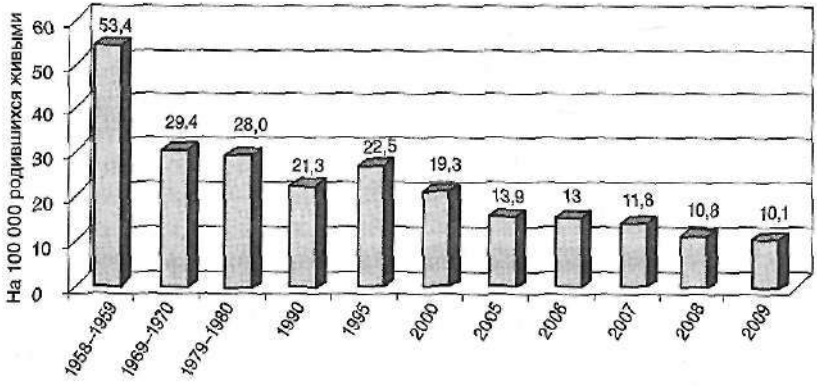


Рис. 2.6. Динамика коэффициента смертности детей в возрасте до 5 лет в Российской Федерации (1960–2009 гг.)

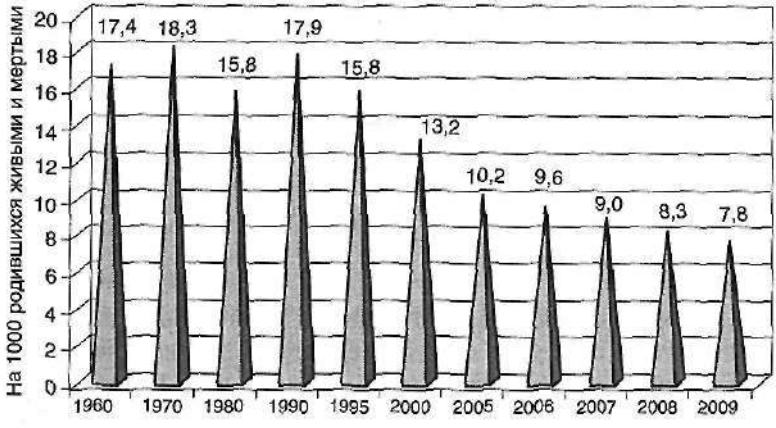


Рис. 2.7. Динамика коэффициента перинатальной смертности в Российской Федерации (1960–2009 гг.)

Среди составляющих перинатальной смертности более 60% приходится на мертворождаемость и 40% — на постнатальную смертность.

В структуре причин перинатальной смертности наибольший удельный вес имеют дыхательные расстройства у новорожденного — дистресс (20%), геморрагические нарушения у плода и новорожденного (12%) и врожденные пневмонии (10%). Среди причин смерти детей 1-й недели жизни преобладают дыхательные расстройства

новорожденного (21%), врожденные аномалии (20%) и эндокринные нарушения (10%). В структуре мертворождаемости на первом месте стабильно находится внутриутробная гипоксия (85%), на втором — врожденные аномалии (5%).

Среди материнских причин перинатальной смертности наибольший удельный вес имеют патология плаценты и пуповины (35%), неустановленные причины (26%) и состояния матери, не связанные с беременностью (18%). Вызывает тревогу тот факт, что второе место в структуре материнских причин занимают неустановленные причины, что означает недостаточное выявление обстоятельств гибели ребенка и прежде всего неполную регистрацию интранатальной патологии.

Коэффициент фетоинфантильных потерь в России за период с 1995 по 2009 г. снизился с 25,5 до 12,8‰ (почти в 2 раза). При этом в связи с более быстрым снижением младенческой смертности по сравнению с мертворождаемостью доля последней в динамике увеличивалась, и если в 1995 г. она составляла 29,0%, то в 2009 г. ее удельный вес в структуре ФИП достиг 36,7%.

Естественный прирост населения. Неблагоприятные тенденции рождаемости и смертности привели к тому, что в начале 90-х годов в России впервые за всю историю страны естественный прирост населения стал отрицательным (см. табл. 2.4), обусловив тем самым противоестественную убыль населения. К началу XXI столетия этот показатель снизился до –6,6‰, а затем стал постепенно расти, сохраняя свое отрицательное значение –1,8‰ (2009 г.). Отрицательный естественный прирост отмечается в 21 субъекте РФ, которые расположены в основном в Центральном и Северо-Западном округах. В то же время такие регионы, как Чеченская Республика, Республики Ингушетия, Тыва и Дагестан, имеют весьма высокие значения естественного прироста — от +12,4 до +24,8‰. Приведенные данные свидетельствуют о глубокой дифференциации показателей здоровья населения на уровне отдельных субъектов РФ и сложившейся тревожной ситуации — вымирании основного этноса страны — русских.

Россия не единственная страна, где наблюдается отрицательный естественный прирост населения. Так, в 2008 г. отрицательный прирост был зарегистрирован в ряде стран: Латвии, Литве, Сербии, Черногории, Болгарии, Украине и др. В то же время на фоне положительного прироста населения в среднем по всем странам мира противоестественная убыль населения России вызывает особое беспокойство (табл. 2.6).

Таблица 2.6. Естественный прирост населения по странам мира в 2008 г.

Материк, территория, страна	Естественный прирост (на 1000)
Весь мир	+1,2
Развитые страны	+0,2
Развивающиеся страны	+1,5
Развивающиеся страны без Китая	+1,8
Наименее развитые страны	+2,4
Африка	+2,4
Африка южнее Сахары	+2,5
Северная Африка	+1,9
Россия	–2,5

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении. Высокие показатели смертности негативно сказываются на показателях ожидаемой продолжительности жизни при рождении. В 2009 г. в России ожидаемая продолжительность жизни при рождении составляла 68,7 года. При этом тревожит не только крайне низкий уровень этого показателя, но и огромная разница между ожидаемой продолжительностью жизнью мужчин и женщин, которая составляет около 12 лет (табл. 2.7).

Таблица 2.7. Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении в России, годы

Год	Все население	Мужчины	Женщины	Разница (ж. – м.)
1896	30,5	29,4	31,7	2,3
1926	42,9	40,2	45,6	5,4
1958	67,9	63,0	71,5	8,5
1970	68,9	63,2	73,6	10,4
1980	67,6	61,5	73,1	11,6
1990	69,2	63,7	74,3	10,6
1995	64,5	58,1	71,6	13,5
2000	65,3	59,0	72,3	13,3
2006	66,6	60,4	73,2	12,8
2007	67,5	61,4	73,9	12,5
2008	67,9	61,8	74,2	12,4
2009	68,7	62,8	74,7	11,9

По этому показателю Россия занимает последнее, 40-е, место среди 40 экономически развитых стран мира (табл. 2.8).

Таблица 2.8. Ранговое место России по уровню ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) при рождении среди 40 экономически развитых стран мира (2007 г.)

Мужчины			Женщины			Разница (ж. – м.)		
страна	ОПЖ	место	страна	ОПЖ	место	страна	разница	место
Швейцария	79,4	1	Япония	86,0	1	Новая Зеландия	4,0	1
Япония	79,2	2	Франция	84,6	2	Великобритания	4,2	2–3
Швеция	78,9	3	Швейцария	84,4	3	Македония	4,2	2–3
Италия	78,6	4	Италия	84,3	4	Швеция	4,3	4
Австралия	78,6	5	Испания	83,8	5	Нидерланды	4,5	5
Норвегия	78,3	6	Финляндия	83,2	6	Канада	4,6	6
Нидерланды	78,2	7	Швеция	83,2	7	Ирландия	4,7	7–8
Новая Зеландия	78,2	8	Австрия	83,2	8	Норвегия	4,7	7–8
Литва	64,9	37	Македония	75,8	37	Эстония	11,6	37
Белоруссия	64,6	38	Россия	73,9	38	Белоруссия	11,7	38
Украина	62,3	39	Украина	73,8	39	Литва	12,4	39
Россия	61,4	40	Молдова	72,7	40	Россия	12,5	40

Статика населения. Отрицательный естественный прирост ведет к сокращению численности населения. В России с 1995 по 2009 г. численность населения страны сократилась на 6 млн 472 тыс. человек, т.е. в среднем сокращение составляло по 462 286 человек в год. По состоянию на 01.01.2010 численность населения России была равна 141,9 млн человек. В то же время из 40 экономически развитых стран мира за период 1995–2009 гг. снижение численности населения произошло только в 12, причем все они либо бывшие республики СССР, либо страны бывшего социалистического лагеря.

Сегодня в России проживает чуть более 2% населения мира, причем плотность населения очень низкая — 8 человек на 1 км^2. В такой ситуации понятие «демографическая политика» для России выходит

далеко за пределы просто статистического учета народонаселения. Сокращение численности населения, снижение его плотности до уровня более чем в 6 раз меньше среднемирового создают реальную опасность ослабления политического, экономического и военного влияния страны в мире. ***Задача сбережения и увеличения численности народа — вопрос государственной безопасности.***

В соответствии с прогнозами, разработанными специалистами-демографами, при сохраняющихся тенденциях в уровне рождаемости и смертности и без принятия комплекса мер по улучшению здоровья населения численность граждан РФ будет неуклонно сокращаться. По прогнозу ООН население России к 2050 г. может сократиться до 108 млн человек.

Неблагоприятная демографическая ситуация ведет и к ряду других негативных тенденций, в частности к изменению возрастной структуры населения страны. Это проявляется в увеличении доли лиц пожилого возраста и сокращении удельного веса детей. За период 1897–2010 гг. прослеживается динамика увеличения доли лиц в возрасте 60 лет и старше, которая в 2010 г. составила 17,7% (табл. 2.9), что по шкале демографического старения Боже–Гарнье–Россета соответствует высокому уровню демографической старости. На этом фоне особую тревогу вызывает снижение доли детей в общей численности населения, которая с начала 90-х годов сократилась на 7% и составила всего 16% в общей численности населения.

Таблица 2.9. Показатели демографического старения в России

Показатель, %	Год								
	1897	1970	1979	1989	1995	1999	2000	2004	По состоянию на 01.01.2010
Доля всего населения в возрасте 60 лет и старше	7,3	12,0	13,7	15,3	16,6	18,1	18,5	17,8	17,7
Доля мужчин в возрасте 60 лет и старше	7,0	7,7	8,6	10,1	11,8	13,3	13,7	13,1	13,0
Доля женщин в возрасте 60 лет и старше	7,6	14,6	18,1	19,8	20,9	22,2	22,7	21,9	21,8

Экономически развитые страны столкнулись с проблемой старения населения раньше, и к настоящему времени процесс демографического старения населения охватил весь мир. Так, если в 1950 г. 8% населения мира было в возрасте старше 60 лет, то к 2000 г. эта цифра достигла 10%, а согласно прогнозу ООН, в 2050 г. она составит 21%.

Главной причиной старения населения РФ является снижение рождаемости. В России смертность замедляет старение, так как многие не доживают до старости или живут в преклонном возрасте меньше, чем в других странах. В странах, добившихся значительных успехов в увеличении ожидаемой продолжительности жизни при рождении, растет доля самых старых (80 лет и старше). В России население стареет снизу, в экономически развитых странах Запада и Японии — сверху.

Коэффициент демографической нагрузки к началу 2010 г. в России составил 606 человек на 1000 лиц трудоспособного возраста, в том числе нагрузка детьми — 259, людьми пенсионного возраста — 347.

Старение населения ставит перед страной ряд серьезных социально-экономических проблем: дополнительные расходы на пенсионное обеспечение, необходимость увеличения пенсионного возраста, нехватка рабочей силы, дополнительные расходы на медико-социальную помощь пожилым и старым и др.

Миграция. Распад СССР, кризис в политической и экономической жизни общества, обострение межнациональных отношений, либерализация въезда в Россию и выезда за границу привели к росту миграционных процессов. Массовый отток из России квалифицированных кадров, особенно молодежи, привел к снижению научного, творческого, культурного потенциала общества, обострил проблему внешней технологической зависимости страны.

Миграционная ситуация в России в конце 80-х – начале 90-х годов стала носить остро проблематичный характер. За период с 1987 по 1995 г. из России выехали около 4 млн человек. В основном выезжали люди с высшим образованием и квалифицированные рабочие. За тот же период в Россию въехали около 6,5 млн иммигрантов, в основном неквалифицированные рабочие из стран Юго-Восточной Азии, Ближнего Востока и Африки, что привело к ухудшению структуры трудового потенциала нашей страны. Несмотря на то что к концу прошлого столетия интенсивность миграционных процессов сократилась, до сих пор ежегодно в Россию на заработки приезжают более 2 млн трудовых мигрантов. Россия находится на 2-м месте после США по числу законных и нелегальных иммигрантов, проживающих на тер-

ритории страны. В настоящее время, по официальным данным, у нас в стране проживает 13 млн иммигрантов, или 9% общей численности населения, кроме того (по данным Федеральной миграционной службы), в России находится около 14 млн нелегальных иммигрантов.

Хорошо это или плохо? Миграционные процессы характерны для всего человечества. В настоящее время в мире около 150 млн человек живут за пределами исторической родины. Общее количество иностранцев в странах ЕС составляет около 23,5 млн человек. Более 80% демографического прироста в странах ЕС достигается за счет миграционного притока, который за год составляет около 2 млн человек.

В сложившейся демографической ситуации в России без притока мигрантов не обойтись. Сегодня иммиграция покрывает более 50% противоестественной убыли населения страны, в то же время для поддержания численности населения на одном уровне необходимо привлекать не менее 500 тыс. иммигрантов. В связи с этим стране необходима эффективная миграционная политика, которая обеспечила бы привлечение в экономику и социальную сферу мигрантов, прежде всего из числа соотечественников.

В заключение представленного выше анализа следует констатировать, что в конце XX – начале XXI вв. в Российской Федерации сложилась неблагоприятная демографическая ситуация. Для преодоления негативных тенденций и стабилизации в дальнейшем демографической ситуации Указом Президента РФ от 09.10.07 № 1351 была утверждена **Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года**, целью которой является создание условий для роста численности, увеличения ожидаемой продолжительности жизни при рождении, повышения качества жизни населения РФ.

Для достижения этой цели перед системой здравоохранения Концепцией поставлены следующие основные задачи:

- сокращение уровня смертности, прежде всего в трудоспособном возрасте, от заболеваний сердечно-сосудистой системы, онкологических заболеваний, ВИЧ/СПИД, туберкулеза, травматизма в результате дорожно-транспортных происшествий, несчастных случаев на производстве, профессиональных заболеваний, самоубийств;
- сокращение уровня материнской и младенческой смертности;
- укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков;
- снижение уровня заболеваемости социально значимыми и представляющими опасность для окружающих заболеваниями;

– повышение уровня рождаемости за счет рождения в семьях второго ребенка и последующих детей.

Кроме того, предусматривается решение комплекса задач, связанных с социально-экономическим развитием регионов, включая обеспечение стабильного роста благосостояния населения, снижение уровня бедности, создание эффективной инфраструктуры (здравоохранение, образование, социальная защита), рынка доступного жилья, гибкого рынка труда, улучшение санитарно-эпидемиологической обстановки, решение задачи по привлечению мигрантов в соответствии с потребностями демографического и социально-экономического развития регионов.

Для выполнения этих задач необходимо дальнейшее совершенствование законодательства РФ в сфере семейного, налогового и жилищного права, здравоохранения, образования, социального обеспечения, трудовых отношений, миграционной политики. Предусматривается включение этих задач в федеральные и региональные программы социально-экономического развития с привлечением финансовых, материальных, информационных и других ресурсов.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что изучает медицинская демография?
2. Какие виды внешней и внутренней миграции вы знаете?
3. В чем заключается значение урбанизации в развитии современного общества?
4. Перечислите основные показатели естественного движения населения. Приведите формулы расчета показателей рождаемости и смертности населения.
5. Каковы особенности статистического учета живорожденности в России и за рубежом?
6. Дайте определение материнской смертности, ее структуру и формулу расчета.
7. Какие показатели характеризуют детскую смертность?
8. Что такое перинатальный период? Приведите формулу расчета перинатальной смертности.
9. Раскройте понятие «фетоинфантильные потери».
10. Что следует понимать под ожидаемой продолжительностью жизни при рождении?
11. По каким признакам изучается статика населения?
12. Что характеризует демографическую ситуацию в России конца XX – начала XXI вв.?

Глава 3

Заболеваемость

3.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Заболеваемость является важнейшей составляющей комплексной оценки здоровья населения. Учет заболеваемости ведется практически всеми медицинскими учреждениями. Анализ заболеваемости необходим для выработки управленческих решений как на федеральном, так на региональном и муниципальном уровнях управления системой здравоохранения. Только на ее основе возможны правильное планирование и прогнозирование развития сети учреждений здравоохранения, оценка потребности в различных видах ресурсов. Показатели заболеваемости служат одним из критериев оценки качества работы медицинских учреждений, системы здравоохранения в целом. Как объект научного познания и практической деятельности учреждений здравоохранения заболеваемость представляет собой сложную систему взаимосвязанных понятий.

Основными источниками получения информации о заболеваемости населения являются:

- регистрация случаев заболевания при обращении населения за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения;
- регистрация случаев госпитализации;
- регистрация заболеваний, выявленных при проведении медицинских осмотров;
- регистрация случаев заболеваний и причин смерти по данным патолого-анатомических и судебно-медицинских исследований.

В зависимости от источников получения информации и методике учета выделяют:

- заболеваемость по данным обращаемости в организации здравоохранения;
- заболеваемость по данным медицинских осмотров;
- заболеваемость по данным о причинах смерти;
- исчерпанную (истинную) заболеваемость.

Кроме того, учитывая высокую социальную и экономическую значимость некоторых видов заболеваемости, отдельно рассматривают заболеваемость важнейшими социально значимыми болезнями, инфекционную заболеваемость, заболеваемость с временной утратой трудоспособности и др.

3.2. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Чаще всего впервые по поводу заболевания больные обращаются в АПУ. Амбулаторно-поликлиническая помощь является самым массовым видом медицинской помощи. В АПУ ведется учет первичной и общей заболеваемости.

Под ***первичной заболеваемостью*** понимают совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году зарегистрированных при обращении населения за медицинской помощью случаев заболеваний.

Показатель первичной заболеваемости рассчитывают по формуле:

$$\text{Первичная заболеваемость} = \frac{\text{Число заболеваний, выявленных впервые в жизни в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

Уровень первичной заболеваемости взрослого населения колеблется в пределах 500–600‰. Уровень первичной заболеваемости детей значительно превышает аналогичные показатели у взрослых и находится в пределах 1800–1900‰.

Общая заболеваемость (равнозначно можно использовать термины распространенность, болезненность) представляет собой совокупность первичных в данном году случаев обращений населения за медицинской помощью по поводу заболеваний, выявленных как в данном, так и в предыдущие годы.

Показатель общей заболеваемости рассчитывают по формуле:

$$\text{Общая заболеваемость} = \frac{\text{Число всех заболеваний, выявленных в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

Общая заболеваемость взрослого населения составляет в среднем 1300–1400‰. Показатель общей заболеваемости детского населения также значительно превышает уровень заболеваемости взрослого населения и находится в пределах 2300–2400‰. Последнее десятилетие сохраняется тенденция роста первичной и общей заболеваемости как взрослого, так и детского населения.

Показатели заболеваемости могут рассчитываться аналогичным образом по отдельным возрастно-половым группам, классам заболеваний, нозологическим формам. При этом в качестве явления берется не общее число всех заболеваний, а лишь число случаев по данному классу болезней, нозологической форме, возрастной или половой группе, а в качестве среды — либо среднегодовая численность населения (при расчете заболеваемости по классам болезней и нозологическим формам), либо среднегодовая численность населения в данной возрастно-половой группе.

Например, **показатель первичной заболеваемости населения болезнями системы кровообращения** рассчитывают по формуле:

$$\text{Первичная заболеваемость населения болезнями системы кровообращения} = \frac{\text{Число заболеваний системы кровообращения, выявленных впервые в жизни в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

Показатель первичной заболеваемости мужчин трудоспособного возраста болезнями системы кровообращения рассчитывают по формуле:

$$\text{Первичная заболеваемость мужчин трудоспособного возраста болезнями системы кровообращения} = \frac{\text{Число заболеваний системы кровообращения, выявленных впервые в жизни в данном году у мужчин трудоспособного возраста}}{\text{Среднегодовая численность мужчин трудоспособного возраста}} \times 1000.$$

Учет заболеваемости по данным обращаемости населения за медицинской помощью в организации здравоохранения ведут на основании разработки «Талона амбулаторного пациента» (ф. 025-6(7)/у-89; 025-10/у-97; 025-11/у-02; 025-12/у) или «Единого талона амбулаторно-

го пациента» (ф. 025-8/у-95). Талоны заполняют на все заболевания и травмы (кроме острых инфекционных заболеваний), во всех поликлиниках, амбулаториях, в городах и сельской местности.

В зависимости от системы организации работы в поликлинике талоны заполняют по окончании приема врачами или медицинскими сестрами по указанию врачей или централизованно статистиком учреждения по данным, переданных ему с приема «Медицинских карт амбулаторного больного», «Историй развития ребенка» и т.д. В настоящее время в организациях здравоохранения внедряется новая методика учета заболеваемости по законченному случаю обслуживания с автоматизированной обработкой первичной медицинской документации. В ее основе лежит «Талон амбулаторного пациента».

При учете заболеваний необходимо следовать следующим правилам. При регистрации ***первичной заболеваемости*** за единицу наблюдения принимают случай заболевания, зарегистрированный впервые в жизни у пациента в данном году. Диагнозы острых заболеваний регистрируют каждый раз при их новом возникновении в течение года, хронические заболевания учитывают только один раз в году, обострения хронических заболеваний не учитывают. Таким образом, для расчета ***показателя первичной заболеваемости*** берут все заболевания, возникшие у больного впервые в жизни и отмеченные в формах первичной учетной медицинской документации («Талон амбулаторного пациента» или «Единый талон амбулаторного пациента») знаком «+».

Для расчета ***показателя общей заболеваемости*** учитывают все случаи заболеваний, зарегистрированные со знаком «+» и знаком «–».

Со знаком «+» регистрируют все заболевания, отнесенные к первичной заболеваемости. Со знаком «–» регистрируют первые в данном году обращения по поводу хронического заболевания, выявленного в предыдущие годы.

Важное значение для оценки состояния здоровья населения играют не только уровни показателей заболеваемости, но и их структура по отдельным классам заболеваний, нозологическим формам и возрастно-половым группам. Структура заболеваемости, являясь экстенсивным показателем, рассчитывается путем составления обычной пропорции, где все заболевания принимаются за 100%, а число заболеваний отдельного класса (нозологической формы) — за x%. Рассчитав удельный вес отдельных классов (нозологических форм) заболеваний, получают структуру заболеваемости.

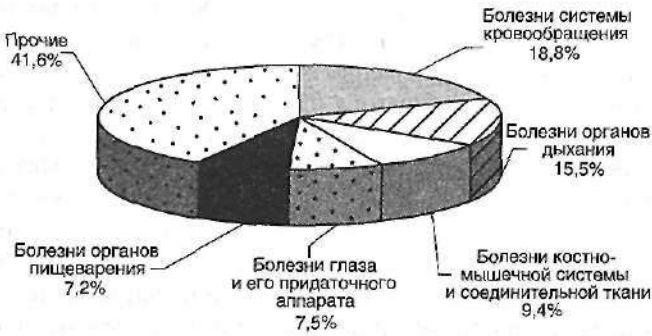


Рис. 3.1. Структура общей заболеваемости взрослого населения Российской Федерации (2009 г.)

Первое место в структуре первичной заболеваемости взрослого населения занимают болезни органов дыхания (28,7%), второе — травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (15,0%), третье — болезни мочеполовой системы (8,9%). Ранговая структура первичной заболеваемости детей отличается от таковой у взрослых. В структуре первичной заболеваемости детского населения болезни органов дыхания имеют значительно больший удельный вес (62,6%), второе место в этой возрастной группе принадлежит травмам и отравлениям (5,5%), на третьем месте находятся болезни кожи и подкожной клетчатки (4,7%).

На первом месте в структуре общей заболеваемости взрослого населения находятся болезни системы кровообращения (18,8%), на втором — болезни органов дыхания (15,5%), на третьем — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (9,4%) (рис. 3.1).

В структуре общей заболеваемости детского населения на первом месте находятся болезни органов дыхания (53,3%), на втором — болезни органов пищеварения (6,1%), на третьем — болезни глаза и его придаточного аппарата (4,7%) (рис. 3.2).

Данные об обращаемости населения в АПУ в настоящее время остаются единственным источником для расчета показателей первичной и общей заболеваемости. В то же время в диагностике наиболее сложных случаев заболеваний важная роль принадлежит стационарам. Изучение диагнозов, установленных в больничных

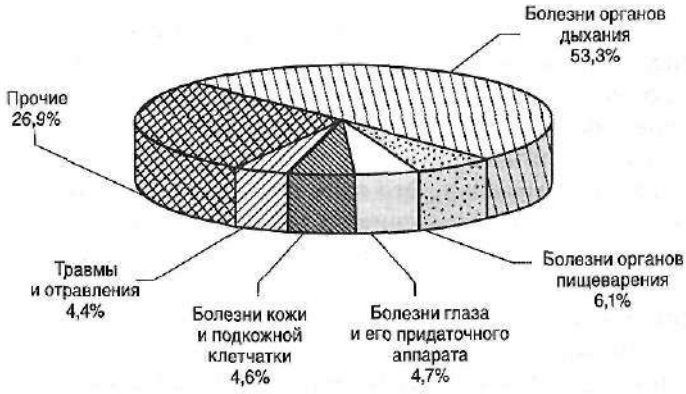


Рис. 3.2. Структура общей заболеваемости детского населения Российской Федерации (2009 г.)

учреждениях, дает углубленную информацию о частоте отдельных наиболее тяжелых заболеваний, совпадении или расхождении клинических и патолого-анатомических диагнозов, преемственности в лечении больных в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях. Преимущество госпитальных диагнозов состоит в том, что они позволяют подтверждать, уточнять или исключать диагнозы, установленные на догоспитальном этапе. Кроме того, больничные учреждения являются ценным источником данных о тех заболеваниях, которые не были поводом для обращения населения в АПУ.

Таким образом, именно эти диагнозы необходимо учитывать как дополнительные к тем, которые установлены в АПУ, и включать в расчет показателей первичной и общей заболеваемости населения. Но это в сложившейся системе государственной статистики возможно только при формировании персонифицированных баз данных (ПБД). Последние годы такие базы стали формироваться в территориальных фондах обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организациях, анализ которых позволяет исключить дублирование госпитальных и амбулаторно-поликлинических диагнозов и получать таким образом более полные и корректные данные о заболеваемости населения. Новый импульс этой работе должен придать Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», ст. 43 и 44 которого предусматривают организацию персонифицированного учета сведений о застрахованных

лицах и оказанной им медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования.

Однако, несмотря на всю важность этих данных, заболеваемость по обращаемости населения в организации здравоохранения не может дать исчерпывающую картину, позволяющую объективно оценить здоровье граждан. Это связано с рядом причин:

- субъективным отношением больного к своему заболеванию (25–30% населения с теми или иными отклонениями в состоянии здоровья в течение года не обращаются за медицинской помощью);
- разным уровнем организации медицинской помощи на отдельных административных территориях (обеспеченность врачами, специализация медицинской помощи, квалификация врачей, величина радиуса врачебного обслуживания и доступность помощи, различный уровень профилактической работы);
- разным уровнем качества статистического учета врачебных диагнозов (один и тот же диагноз может быть поставлен разными врачами, например язвенная болезнь — терапевтом и хирургом, и учтен несколько раз, зарегистрирован различными учреждениями — поликлиникой, диспансером, медико-санитарной частью промышленного предприятия и др.).

Кроме того, на обращаемость влияют санитарная культура населения, состояние участковой медицинской службы, квалификация врачей, «мода» на диагнозы и многие другие факторы.

Поэтому для того чтобы дополнить данные заболеваемости по обращаемости, используют сведения, полученные в результате медицинских осмотров.

3.3. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

Медицинские осмотры дают наиболее полную информацию обо всех имеющихся на момент осмотра хронических и острых заболеваниях с клиническими проявлениями, а также о субклинических формах, протекающих без нарушений функций систем и органов. Медицинские осмотры, способствуя ранней и своевременной диагностике наиболее распространенных социально значимых хронических заболеваний, приводящих к инвалидизации и пре-

ждевременной смерти, являются эффективным методом развития профилактического направления в здравоохранении.

В зависимости от поставленных задач и используемых организационных технологий медицинские осмотры подразделяют на предварительные, периодические и целевые.

Предварительные медицинские осмотры проводят при поступлении на работу или учебу с целью определения соответствия состояния здоровья требованиям профессии или обучения, а также выявления заболеваний, которые могут прогрессировать в условиях работы с профессиональными вредностями или в процессе учебы.

Целью ***периодических медицинских осмотров*** являются динамическое наблюдение за состоянием здоровья работающих в условиях воздействия профессиональных вредностей, своевременное установление начальных признаков профессиональных заболеваний, выявление общих заболеваний, препятствующих продолжению работы с вредными, опасными веществами и производственными факторами. Выделяют три вида предварительных и периодических медицинских осмотров в зависимости от контингента лиц, в отношении которых их проводят:

- медицинские осмотры работников предприятий, организаций и учреждений, имеющих контакт с профессиональными вредностями;
- медицинские осмотры лиц, профессия которых может способствовать распространению заболеваний среди населения (работники пищевых, детских и некоторых коммунальных учреждений);
- медицинские осмотры детей всех возрастов, подростков, учащихся средних специальных учебных заведений, студентов.

Целевые медицинские осмотры проводят, как правило, для выявления ранних форм социально значимых заболеваний (злокачественные новообразования, туберкулез, сахарный диабет и др.) и охватывают различные группы организованного и неорганизованного населения.

Проведение предварительных и периодических медицинских осмотров на производстве регламентируется соответствующими приказами Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

В практике здравоохранения существуют и другие виды медицинских осмотров — разовые комплексные медицинские обследования различных групп населения, например водителей личного транспорта, владельцев огнестрельного оружия и др.

Лучшим способом организации массового медицинского осмотра с точки зрения его качества является проведение его бригадой специалистов с использованием диагностических средств. Однако такие осмотры связаны с необходимостью привлечения значительных кадровых, финансовых, материальных ресурсов. Вследствие этого стремление охватить профилактическими осмотрами как можно бо́льшую часть населения с привлечением ограниченного объема ресурсов обусловило разработку и внедрение современных организационных форм обследования с использованием многообразных тестов. Эти организационные формы носят общее название «скрининг» (от англ. *screening* — просеивание, отсев, отбор).

Скрининг — массовое обследование населения и выявление лиц с заболеваниями или с начальными признаками заболеваний. Основная цель скрининга — проведение первичного отбора лиц, требующих углубленного обследования, консультаций узких специалистов, оптимизации выбора методов и сроков дообследования, формирование групп повышенного риска заболеть определенной патологией. Этот метод обследования экономичнее обычных медицинских осмотров.

Различают две основные формы скрининга: однопрофильный и многопрофильный скрининг. ***Однопрофильный (целевой) скрининг*** — система медико-организационных мероприятий для целевого выявления отдельных заболеваний или состояний. ***Многопрофильный (многоцелевой) скрининг*** — система медико-организационных мероприятий для выявления целого ряда заболеваний или состояний. В настоящее время в практическом здравоохранении все большее распространение получают организационные формы многопрофильного (многоцелевого) скрининга.

Для анализа информации о заболеваемости, полученной при проведении медицинских осмотров, рассчитывают **показатель патологической пораженности** по формуле:

$$\textbf{Патологическая пораженность} = \frac{\text{Число заболеваний, выявленных на медицинских осмотрах}}{\text{Число осмотренных лиц}} \times 1000.$$

Результаты медицинских осмотров фиксируются в «Карте подлежащего периодическому осмотру» (ф. 046/у) — для лиц, проходящих обязательные периодические осмотры, в «Медицинской карте амбу-

торного больного», в «Истории развития ребенка», «Медицинской карте ребенка...» (ф. 026/у-2000) — для лиц, обращающихся за амбулаторно-поликлинической помощью и проходящих диспансеризацию.

Использование ПБД позволяет выделить отдельно те заболевания, которые были выявлены при медицинских осмотрах, но по поводу которых не было обращений в амбулаторно-поликлинические и больничные учреждения. Эти дополнительно выявленные на медицинских осмотрах заболевания учитывают для расчета **показателя истинной заболеваемости населения.**

При правильно организованных и проведенных медицинских осмотрах дополнительно выявляется около 1500–2000 случаев заболеваний на 1000 осмотренного населения, по поводу которых в течение года не было обращений за медицинской помощью в организации здравоохранения.

3.4. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПО ДАННЫМ О ПРИЧИНАХ СМЕРТИ

Для получения полной картины о заболеваемости случаи заболеваний, зарегистрированные при обращении населения в организации здравоохранения, выявленные при медицинских осмотрах, необходимо дополнять данными о заболеваниях, которые привели к гибели человека, но не явились причиной обращений в лечебно-профилактические учреждения при жизни пациента. В этом случае речь идет о заболеваемости по данным о причинах смерти. Таким образом, ***заболеваемость по данным о причинах смерти*** — это все случаи заболеваний, установленные при судебно-медицинском или патолого-анатомическом исследовании, по поводу которых не было зарегистрировано при жизни пациента обращений в организации здравоохранения.

Сведения о заболеваемости по данным о причинах смерти получают путем разработки «Медицинских свидетельств о смерти» (ф. 106/у-98) и «Медицинских свидетельств о перинатальной смертности» (ф. 106-2/у-98), сличая эти данные с ПБД территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций, для исключения дублирования этих причин смерти с диагнозами, которые были установлены при обращениях пациента в организации здравоохранения. К сожалению, в практическом здравоохранении эти данные используют крайне редко.

Специальные исследования показывают, что разработка данных о заболеваниях, явившихся причиной смерти, но по поводу которых не было зарегистрировано при жизни пациентов обращений в лечебно-профилактические учреждения, позволяет дополнительно выявить 1,2–1,3 случая заболеваний на 1000 населения, среди которых около 80% составляют сердечно-сосудистые заболевания.

3.5. ИСЧЕРПАННАЯ (ИСТИННАЯ) ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

Заболевания, выявленные при обращении населения в организации здравоохранения, полученные дополнительно в результате медицинских осмотров и при анализе данных о причинах смерти, характеризуют отдельные стороны многопланового показателя заболеваемости и, взятые в отдельности, не дают возможности его комплексной оценки. Поэтому наиболее полной характеристикой заболеваемости населения является **показатель исчерпанной (истинной) заболеваемости**, который рассчитывают по формуле:

$$\text{Исчерпанная (истинная) заболеваемость} = \frac{\text{Число всех заболеваний, выявленных в данном году по обращаемости} + \text{Число заболеваний, выявленных дополнительно на медицинских осмотрах*} + \text{Число заболеваний, вызвавших смерть больного*}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

* Учитывают заболевания, по поводу которых не было зарегистрировано обращений в АПУ.

На рис. 3.3 показатель исчерпанной заболеваемости представлен в виде айсберга, где надводная часть — число заболеваний, по поводу которых население обращается в лечебно-профилактические учреждения, а подводная — число заболеваний, которые выявляются при проведении медицинских осмотров и разработке данных о причинах смерти.

В структуре показателя исчерпанной заболеваемости доля лиц трудоспособного возраста составляет 49%, моложе трудоспособного — 23%, старше трудоспособного — 28%. Первое место в структуре исчер-



Рис. 3.3. Исчерпанная (истинная) заболеваемость населения Новгородской области по результатам выборочного исследования

ванной заболеваемости занимают болезни системы кровообращения (19%), второе — болезни органов дыхания (18%), третье — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (15%).

Таким образом, ***исчерпанная (истинная) заболеваемость*** представляет собой общую заболеваемость по обращаемости, дополненную случаями заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах, и данными по причинам смерти. Этот показатель является достаточно полной характеристикой заболеваемости населения, однако не предусмотрен государственной статистикой и рассчитывается только при проведении специальных выборочных исследований и при наличии сформированных в регионах ПБД здоровья населения[1].

3.6. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВАЖНЕЙШИМИ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ БОЛЕЗНЯМИ

Отдельные социально значимые заболевания, к которым относятся злокачественные новообразования, туберкулез, ВИЧ-инфекция

[1] Впервые исчерпанная (истинная) заболеваемость населения была изучена в Новгородской области в 1985–1988 гг. (Медик В.А., Базиян В.Г.).

и СПИД, инфекции, преимущественно передающиеся половым путем (ИППП), алкоголизм, наркомания, психические расстройства и некоторые другие, подлежат специальному учету. Организация их специального учета связана с тем, что они, как правило, требуют раннего выявления, всестороннего обследования больных, взятия их на диспансерный учет, постоянного наблюдения и специального лечения, а в ряде случаев и выявления контактов.

При обнаружении социально значимых заболеваний заполняют:

- извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса урогенитального, аногенитальных бородавок, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки (ф. 089/у-кв);
- извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом туберкулеза, с рецидивом туберкулеза (ф. 089/у-туб);
- извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (ф. 090/у);
- извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании (ф. 091/у).

Формы 089/у-кв и 089/у-туб заполняются врачами всех медицинских организаций независимо от ведомственной принадлежности и условий выявления заболеваний (при обращении, при профилактическом осмотре, обследовании в стационаре и др.) на всех больных, у которых впервые в жизни выявлено данное заболевание. В случае выявления двух инфекций у одного и того же больного, например гонореи и сифилиса, извещение заполняется на каждое заболевание отдельно. Нельзя вписывать два диагноза одной инфекции, например сифилис скрытый и сифилис висцеральный. Надо уточнить, какой диагноз является доминирующим, и указать только его. При наличии у больного двух локализаций туберкулеза (туберкулез легких и туберкулез коленного сустава) указывают обе локализации. На первое место ставят более тяжелое поражение. При изменении диагноза внутри нозологической формы заполняют новое извещение и ему присваивают тот же номер, что и предыдущему извещению.

Заполненные извещения в 3-дневный срок после постановки диагноза направляют в территориальные диспансеры (кожно-венерологический или противотуберкулезный), а также в территориальный орган Роспотребнадзора.

Для анализа заболеваемости социально значимыми болезнями по каждому заболеванию рассчитывают показатели первичной и общей

заболеваемости. Расчет производят приведенными ранее способами, однако в качестве основания показателя обычно берут не 1000, а 100 000. Кроме того, по некоторым заболеваниям (туберкулез, злокачественные новообразования, ИППП и др.) рассчитывают показатель контингентов больных по формуле:

$$\text{Контингенты больных данным заболеванием} = \frac{\text{Число больных данным заболеванием, состоящих на учете по поводу данного заболевания на конец отчетного года}}{\text{Численность населения на конец отчетного года}} \times 100\,000.$$

Остановимся на анализе отдельных социально значимых болезней.

Болезни системы кровообращения. Основную опасность для здоровья населения и проблему для здравоохранения представляют болезни системы кровообращения, которые в настоящее время являются ведущими причинами инвалидизации и смертности взрослого населения.

Ежегодно в России регистрируется 18–19 млн больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. От этих заболеваний ежегодно умирают 1,2–1,5 млн человек, из них 200 тыс. человек трудоспособного возраста. На долю болезней системы кровообращения приходится более 56% всех случаев смерти, 47% случаев инвалидности, 9% временной утраты трудоспособности.

Врачи Американской ассоциации сердца называют артериальную гипертензию «молчаливым и таинственным убийцей». Опасность этого заболевания состоит в том, что у многих оно протекает бессимптомно и больные чувствуют себя здоровыми. Существует такое понятие, как «закон половинок»: из всех лиц с артериальной гипертензией 1/2 не знают о своем заболевании, а из тех, кто знает, только 1/2 лечатся, а из тех кто лечится, 1/2 лечится эффективно.

Болезни системы кровообращения наносят значительный экономический ущерб государству за счет заболеваемости, инвалидизации и смертности. По данным экспертных оценок, экономический ущерб только от артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца и цереброваскулярных болезней ежегодно составляет около 35 млрд рублей.

Злокачественные новообразования. По данным международной статистики, в мире ежегодно регистрируется около 7 млн случаев заболеваний злокачественными новообразованиями и более 5 млн

смертей от этих заболеваний. Злокачественные новообразования занимают 2-е место в структуре причин инвалидизации и смертности населения.

В России ежегодно заболевают раком более 500 тыс. человек, из них около 3000 детей. Среди больных с впервые зарегистрированными злокачественными новообразованиями около 60% заболеваний выявляются в III–IV стадиях.

Последние 20 лет число умерших от злокачественных новообразований постоянно растет. Смертность от злокачественных новообразований увеличивается не только в старших возрастных группах, но и среди детей. Уровень и структура смертности от злокачественных новообразований находятся в тесной зависимости от пола и возраста.

В структуре первичной заболеваемости мужчин первое место занимают злокачественные новообразования трахеи, бронхов, легких (20%), второе — рак предстательной железы (11%), третье и четвертое — рак кожи, желудка (по 10%). В структуре первичной заболеваемости женщин первое место принадлежит раку молочной железы (20%), второе — новообразованиям кожи (14%), третье — раку матки (7%).

Экономические потери от злокачественных новообразований составляют свыше 100 млрд рублей в год.

Туберкулез. Среди социальных болезней туберкулез занимает особое место. В настоящее время около трети населения нашей планеты инфицировано *Mycobacterium tuberculosis*.

В России в 2009 г. на учете фтизиатрической службы находилось около 263 тыс. больных туберкулезом. С начала 90-х годов первичная заболеваемость и смертность населения от туберкулеза возросли в среднем в 2,3 раза, и в 2009 г. первичная заболеваемость составила 82,6 на 100 тыс., смертность — 16,8 на 100 тыс. населения. Среди умерших 75% составили лица трудоспособного возраста.

Среди всех форм активного туберкулеза преобладает туберкулез органов дыхания (96,8%), а среди внелегочных форм — туберкулез костей и суставов (1,1%). У 30% больных туберкулез выявляется в запущенной форме. Мужчины болеют туберкулезом в 3–5 раз чаще женщин.

Особенно неблагополучно обстоит дело с туберкулезом в пенитенциарных учреждениях, где показатель заболеваемости составил 2274,0 на 100 тыс. подследственных и осужденных, что превышает средний по стране показатель в 25 раз.

Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (ИППП), включают в себя большую группу болезней (сифилис, гонорея, трихомоноз, хламидиоз, герпес урогенитальный и др.). Как и большинство социопатий, эти заболевания «расцветают» в период социальной и экономической нестабильности общества. Крайне тревожным является тот факт, что на фоне роста заболеваемости венерическими болезнями взрослых наблюдается рост заболеваемости детей и подростков.

В структуре ИППП в 2009 г. первое ранговое место принадлежало трихомонозу (37,9%), второе — хламидиозу (21%), третье — сифилису (14%), четвертое — гонококковой инфекции (12,6).

С начала и до середины 90-х годов отмечался резкий всплеск заболеваемости ИППП, в первую очередь сифилисом. За период с 1993 по 2009 г. заболеваемость сифилисом детей возросла в 11 раз, в 20 раз возросла заболеваемость врожденным сифилисом. В последние годы ситуация с венерическими заболеваниями несколько стабилизировалась.

Несмотря на кажущуюся легкость ИППП, в будущем они могут привести к тяжелым последствиям, таким, как бесплодие, внутриутробное инфицирование плода, стойкие нарушения репродуктивного здоровья. Таким образом, ИППП у несовершеннолетних — это риск социальной инвалидизации во взрослом возрасте.

ВИЧ-инфекция и СПИД. По оценке специалистов ООН, в начале XXI в. в мире проживало около 35 млн ВИЧ-инфицированных, в том числе более 1,2 млн детей. Каждый день в мире регистрируется в среднем 8000 новых случаев ВИЧ-инфекции, преимущественно среди лиц молодого возраста. Наиболее катастрофический характер распространение ВИЧ-инфекции приняло в странах Африки.

По состоянию на конец 2009 г. в России зарегистрировано около 332,9 тыс. ВИЧ-инфицированных, из них более 82 тыс. женщин, 2765 детей. Однако специалисты считают, что истинное число ВИЧ-инфицированных во много раз больше регистрируемого. Наиболее пораженными ВИЧ-инфекцией группами населения являются потребители наркотиков, работники коммерческого секса и заключенные. Среди наркоманов распространенность ВИЧ-инфекции в различных субъектах РФ составляет от 30 до 65%.

В России ВИЧ-инфекция чаще поражает молодое население: 75% зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции выявляется у лиц в возрасте 15–30 лет. За последние 5 лет доля женщин среди

ВИЧ-инфицированных возросла в 2 раза. В 2009 г. у ВИЧ-инфицированных матерей родилось 9797 детей, 71 из которых умерли. Инкубационный период ВИЧ по сравнению с другими инфекционными заболеваниями продолжителен и у разных индивидуумов в значительной степени варьирует. Около половины ВИЧ-инфицированных заболевают в течение 10 лет после заражения. С момента развития у человека признаков заболевания СПИДом средняя продолжительность его жизни составляет 2–4 года.

Психические расстройства и расстройства поведения. По данным экспертов ВОЗ, психические расстройства широко распространены во всем мире: ими страдают 10–15% населения экономически развитых стран Западной Европы и Северной Америки, 2,5–5% населения развивающихся стран.

В 2009 г. в России было зарегистрировано 4 215 000 человек с психическими расстройствами и расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ). Ежегодно под диспансерное наблюдение берутся около 80 тыс. человек.

В более чем 30% случаев психические расстройства являются причиной освобождения юношей от призыва на военную службу.

Психические расстройства играют серьезную роль в инвалидизации населения, особенно детей. Так, если среди заболеваний, обусловивших инвалидность, у взрослых психические расстройства составляют 4%, то у детей их доля среди всех причин инвалидности возрастает до 19%.

Развитию психических заболеваний, безусловно, способствуют биологические, психологические и социальные факторы. Данные специальных исследований показывают, что шизофрения и болезнь Альцгеймера связаны с генетическими нарушениями, депрессия — с изменениями химического состава мозга, умственная отсталость — с недостатком йода. Стрессовые ситуации, плохие социальные условия и воспитание, жестокость в быту и в обществе ведут к повышению риска психических заболеваний. Крайняя бедность, войны, вынужденное переселение могут привести к возникновению или утяжелению психической патологии.

Депрессивные расстройства и шизофрения являются причиной 60% всех случаев самоубийств. Только в 2009 г. в России было зарегистрировано 37 570 самоубийств.

Нарушение состояния психического здоровья детей и подростков приводит к ухудшению качества их жизни, угрожает развитием

в будущем тяжелой психической и психосоматической патологии, ведет к асоциальному поведению молодежи (росту наркомании, алкоголизма, проституции, преступности и т.д.).

Важное значение среди психических расстройств и расстройств поведения имеют алкоголизм, наркомания и токсикомания.

Алкоголизм. По данным ВОЗ, в настоящее время в мире живут более 150 млн лиц, страдающих алкогольной зависимостью, и около 400 млн людей злоупотребляют алкоголем.

В России в 2009 г. под диспансерным наблюдением по поводу психотических расстройств, связанных с употреблением алкоголя (алкогольных психозов) и синдрома зависимости от алкоголя находилось 2163,1 тыс. человек (1524,4 на 100 тыс. населения). Число больных, впервые обратившихся за лечением по поводу алкоголизма, составило 112,5 на 100 тыс. населения.

На фоне распространенности пьянства и алкоголизма среди населения в целом наблюдается рост алкоголизации женщин, детей и подростков. Так, число детей, впервые в жизни поставленных на диспансерный учет в связи со злоупотреблением алкоголя, за период 1990–2009 гг. возросло в 1,7 раза, а подростков — в 1,5 раза.

По оценкам специалистов, в стране злоупотребляют алкоголем около 10–15% трудоспособного населения, что является основной причиной смертности от несчастных случаев и травм.

Алкоголизм является причиной серьезных проблем, связанных со здоровьем, включая несчастные случаи и увечья, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания печени, алкогольные психозы и др. Проблемы, связанные со злоупотреблением алкоголя, затрагивают не только самих пьющих, но и их семьи, окружающих, общество.

Специальные исследования показывают, что экономический ущерб от алкоголизма в различных странах варьируется от 0,5 до 3,0% валового национального продукта.

Наркомания и токсикомания. Сегодня наркомания в России занимает третье место в рейтинге социальных проблем, стоящих перед обществом, после преступности и низкого уровня доходов граждан. В 2009 г. под диспансерным наблюдением в связи с наркоманией состояло 340,2 тыс. человек, или 239,7 на 100 тыс. населения. Растет доля больных наркоманией подростков и женщин. За период с 1999 по 2009 г. число женщин, больных наркоманией, возросло на 35% и составило более 75 000. Однако данные специальных исследований

свидетельствуют, что эти цифры значительно выше: сегодня в России насчитывается около 2 млн наркоманов, из них половина — дети и подростки.

Наркомания поражает в основном молодежную среду. Средний возраст первой пробы наркотиков постоянно снижается. Сегодня уже встречаются 7–8-летние наркоманы.

Наркомания является трудноизлечимым заболеванием, которое приводит к преждевременной гибели больного. Средняя продолжительность жизни наркоманов не более 21 года, а после начала регулярного употребления наркотиков они живут около 4 лет. Ежегодно в России умирает около 100 тыс. наркоманов, причем половина из них — от передозировки наркотиков в возрасте 17–18 лет.

В отличие от алкоголизма наркомания приводит к более тяжелым последствиям для самого больного, его семьи и общества. Находящиеся под наркотическим воздействием больные не контролируют свои действия, что зачастую приводит к суициду, совершению противоправных поступков. Болезненная тяга к наркотикам способствует криминализации общества. Использование общих игл, шприцев при введении наркотиков влечет за собой распространение ВИЧ-инфекции, гепатита. Больные наркоманией редко сами обращаются за медицинской помощью, что приводит к низкой выявляемости этой патологии.

Организация профилактики и лечения социально значимых заболеваний изложены в соответствующих главах учебника.

3.7. ИНФЕКЦИОННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

С целью проведения текущих и перспективных медико-организационных мероприятий по борьбе с инфекционными заболеваниями в Российской Федерации действует строгая система контроля за инфекционной заболеваемостью. Инфекционные заболевания подлежат специальному учету на всей территории России независимо от места заражения и гражданства заболевшего.

О каждом случае обнаруженного инфекционного заболевания должны быть оповещены территориальные центры гигиены и эпидемиологии. Список обязательных для извещения инфекционных заболеваний определяется Министерством здравоохранения и социального развития (МЗиСР) РФ.

Основным документом для изучения эпидемической заболеваемости является «Экстренное извещение об инфекционном заболева-

нии, пищевом, остром, профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (ф. 058/у). Сведения о заболевшем также регистрируются в «Журнале учета инфекционных заболеваний» (ф. 060/у).

Медицинский работник, установивший диагноз или заподозривший инфекционное заболевание, обязан составить экстренное извещение в течение 12 ч и направить его в территориальный центр гигиены и эпидемиологии (по месту регистрации заболевания независимо от места жительства больного). Медицинские работники фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) составляют экстренное извещение в двух экземплярах: первый экземпляр отсылают в территориальный центр гигиены и эпидемиологии, второй — в лечебное учреждение, в ведении которого находится данный ФАП (сельскую участковую, районную или городскую больницу, амбулаторию, поликлинику и т.д.).

Медицинские работники станций скорой медицинской помощи, выявившие или заподозрившие инфекционное заболевание, в случаях, требующих экстренной госпитализации, сообщают в территориальные центры гигиены и эпидемиологии по телефону о выявленном больном и его госпитализации, а в остальных случаях сообщают в поликлинику (амбулаторию), в районе обслуживания которой проживает больной, о необходимости направления врача к больному на дом. Экстренные извещения в этих случаях составляются врачом стационара, в который больной был госпитализирован, или врачом поликлиники, который посетил больного на дому.

За полноту, достоверность и своевременность учета инфекционных заболеваний, а также оперативное и полное сообщение о них в территориальные центры гигиены и эпидемиологии ответственность несет главный врач лечебно-профилактического учреждения.

Помимо оперативных документов на основании извещений и журналов территориальными центрами гигиены и эпидемиологии ежемесячно составляется отчет «О движении инфекционных заболеваний» (ф. 85-инф), который является единственным источником информации для вышестоящих организаций об инфекционной заболеваемости. Кроме ф. 058/у для детального анализа инфекционной заболеваемости используется «Карта эпидемиологического обследования очага инфекционных заболеваний» (ф. 357/у).

Показатели инфекционной заболеваемости рассчитывают способами, приведенными в п. 3.2.

Прямые и косвенные экономические потери от инфекционных заболеваний составляют более 30 млрд рублей. Поэтому борьба с инфекциями управляемыми средствами специфической профилактики является одной из важнейших проблем в Российской Федерации. Успех этой работы, которая проводится в рамках Национального календаря профилактических прививок, во многом зависит от согласованных действий руководителей органов управления здравоохранением, организаций здравоохранения и службы Роспотребнадзора в субъектах РФ.

В результате проводимых профилактических мероприятий в рамках национального проекта «Здоровье» достигнут и поддерживается высокий уровень охвата профилактическими прививками против полиомиелита, гепатита В, краснухи, гриппа, дифтерии, коклюша, столбняка, кори, эпидемического паротита, туберкулеза. Охват детей вакцинацией в декретированные сроки против инфекций, включенных в Национальный календарь, составляет 97–98%.

3.8. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) занимает особое место в статистике заболеваемости в силу большой социально-экономической значимости. При анализе ЗВУТ следует помнить, что не все заболевания влекут за собой потерю трудоспособности. На показатель заболеваемости с временной утратой трудоспособности значительное влияние оказывают законодательство об оплате случаев нетрудоспособности и состояние экспертизы трудоспособности. Кроме того, на уровень ЗВУТ влияют условия труда, организация трудовых процессов, условия быта, организация и качество медицинского обслуживания, качество врачебной экспертизы и состав работающих. Заболеваемость может быть результатом хронического переутомления, нарушения организации труда, вредного воздействия комплекса производственных факторов и условий, психологической несовместимости в коллективе, недостаточно четкой организации оказания лечебно-профилактической помощи и др.

Изучать ЗВУТ нужно ежемесячно — только тогда можно выявить причины болезней. При анализе ЗВУТ сравнивают показатели заболеваемости отдельных структурных подразделений предприятия между собой со средними показателями по предприятию, с показателями других предприятий той же отрасли промышленности, учитывают сезонность заболеваемости и т.д. Основной задачей анализа ЗВУТ является разработка мероприятий по снижению заболеваемости работающих в каждом конкретном подразделении и на предприятии в целом.

Установление факта временной нетрудоспособности имеет важное юридическое значение, так как оно гарантирует гражданину освобождение от работы и получение пособия, в связи с чем ЗВУТ подлежит специальному учету и анализу. Единицей наблюдения при изучении ЗВУТ является не заболевание, а ***случай потери трудоспособности***, в связи с чем помимо заболеваний учитывают и другие случаи нетрудоспособности: в связи с беременностью и родами, карантином, уходом за больным и др.

Документами, удостоверяющими временную нетрудоспособность и подтверждающими временное освобождение от работы (учебы), являются «Листок нетрудоспособности» и в отдельных случаях справки установленной формы — «Справка о временной нетрудоспособности студента, учащегося техникума, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение» (ф. 095/у).

Для анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности рассчитывают следующие показатели:

$$\textbf{Число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих} = \frac{\text{Число случаев временной утраты трудоспособности}}{\text{Среднегодовая численность работающих}} \times 100.$$

$$\textbf{Число дней временной нетрудоспособности на 100 работающих} = \frac{\text{Число дней временной утраты трудоспособности}}{\text{Среднегодовая численность работающих}} \times 100.$$

$$\text{Средняя длительность случая временной нетрудоспособности} = \frac{\text{Число дней временной утраты трудоспособности}}{\text{Число случаев временной утраты трудоспособности}} \times 100.$$

Основным статистическим документом, регистрирующим ЗВУТ, являются «Сведения о причинах временной нетрудоспособности» (ф. 16-ВН). Этот документ позволяет проанализировать уровень и структуру отдельных заболеваний в случаях и днях нетрудоспособности. В целях унификации формирования государственного статистического отчета лечебно-профилактического учреждения используют «Талон на законченный случай временной нетрудоспособности» (ф. 025-9/у-96).

В Российской Федерации в 2008 г. число случаев временной нетрудоспособности по всем причинам на 100 работающих составило 61,4, число дней временной нетрудоспособности — 807,6 на 100 работающих, а средняя длительность одного случая временной нетрудоспособности — 13,6 дня.

Для оценки показателей ЗВУТ целесообразно использовать шкалу Е.Л. Ноткина (табл. 3.1).

Таблица 3.1. Шкала оценки показателей ЗВУТ

Уровень	На 100 работающих		Число болевших рабочих, %
	случаи	дни	
Очень высокий	150 и более	1500 и более	80 и более
Высокий	120–149	1200–1499	70–79
Выше среднего	100–119	1000–1199	60–69
Средний	80–99	800–999	50–59
Ниже среднего	60–79	600–799	40–49
Низкий	50–59	500–599	35–39
Очень низкий	Менее 50	Менее 500	Менее 35

В структуре дней временной нетрудоспособности (за исключением отпусков по беременности и родам) на первом месте находятся болезни органов дыхания (20,0%), на втором — травмы и отравления (15,6%), на третьем — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (13,3%).

Порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности и выдачи листков нетрудоспособности изложен в главе 20.

3.9. МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ И ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ

Основным нормативным документом, который используется во всех странах мира для изучения заболеваемости и причин смертности является Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). ***МКБ*** — система группировки болезней и патологических состояний, отражающая современный этап развития медицинской науки. МКБ пересматривается и утверждается ВОЗ примерно каждые 10 лет. В настоящее время действует Международная классификация 10-го пересмотра (МКБ-10) (табл. 3.2).

Таблица 3.2. Классы болезней (МКБ-10)

Класс	Наименование класса
I	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни
II	Новообразования
III	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм
IV	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ
V	Психические расстройства и расстройства поведения
VI	Болезни нервной системы
VII	Болезни глаза и его придаточного аппарата
VIII	Болезни уха и сосцевидного отростка
IX	Болезни системы кровообращения
X	Болезни органов дыхания
XI	Болезни органов пищеварения
XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки
XIII	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
XIV	Болезни мочеполовой системы

Окончание табл. 3.2

Класс	Наименование класса
XV	Беременность, роды и послеродовой период
XVI	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде
XVII	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения
XVIII	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках
XIX	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин
XX	Внешние причины заболеваемости и смертности
XXI	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения

МКБ-10 состоит из 3 томов. 1-й том содержит полный перечень трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик, а также специальные перечни для статистической разработки данных смертности и заболеваемости. В 1-м томе содержатся также определения основных терминов МКБ-10, преимущественно для детской и материнской смертности.

2-й том включает в себя описание МКБ-10, ее цели, области применения, инструкции, правила пользования, правила кодирования причин смерти и заболеваний, а также основные требования к статистическому предоставлению информации.

3-й том состоит из алфавитного перечня заболеваний и характера повреждений (травм), перечня внешних причин повреждений и таблиц лекарств и химикатов (около 5,5 тыс. наименований).

При использовании МКБ следует помнить, что она не предназначена и непригодна для индексации отдельных клинических случаев.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Перечислите основные источники информации о заболеваемости населения.

2. Как рассчитывают показатели первичной и общей заболеваемости?

3. Чем отличается структура первичной (общей) заболеваемости взрослого и детского населения?

4. Какие виды медицинских осмотров вы знаете? В чем преимущество скрининговых обследований населения?

5. Для чего изучают заболеваемость, дополнительно выявленную на медицинских осмотрах, и заболеваемость по данным о причинах смерти?

6. Как рассчитывают показатель патологической пораженности населения?

7. Раскройте понятие исчерпанной заболеваемости населения. Приведите формулу расчета.

8. Как регистрируют важнейшие социально значимые заболевания?

9. Как организована система регистрации и контроля инфекционной заболеваемости?

10. По каким показателям анализируют заболеваемость с временной утратой трудоспособности?

11. Для чего предназначена Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем?

Глава 4
Инвалидность

4.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Инвалидность представляет собой важный медико-социальный индикатор общественного здоровья и характеризует уровень социально-экономического развития общества, экологическое состояние территории, качество проводимых профилактических мероприятий. Проблема инвалидности связана с различными аспектами социальной политики государства и зависит от экономического, культурного уровня развития страны, менталитета общества.

Инвалидность рассматривают как особую биосоциальную категорию, основными компонентами которой являются болезнь, потеря трудоспособности, социальная дезадаптация. При этом признается, что инвалидность как следствие увечья состоит в ограничении или утрате функций отдельных органов и систем организма, приводя тем самым к снижению способности индивидуума к производительной деятельности.

Инвалидом (от лат. *invalidus* — слабый, немощный) принято считать человека, который имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

В 2009 г. в стране было зарегистрировано более 13 млн инвалидов, в том числе более 500 тыс. детей-инвалидов. Ежегодно впервые инвалидами признаются около 1 млн человек.

В зависимости от обстоятельств наступления инвалидности выделяют следующие причины инвалидности.

- *Инвалидность вследствие общего заболевания* является наиболее частой причиной инвалидности, за исключением случаев, непосредственно связанных с профессиональными заболеваниями, трудовым увечьем, военной травмой и др.
- *Инвалидность в связи с трудовым увечьем* устанавливается гражданам, инвалидность которых наступила вследствие повреждения здоровья, связанного с несчастным случаем на производстве.

- *Инвалидность вследствие профессионального заболевания* устанавливается гражданам, инвалидность которых наступила вследствие острых и хронических профессиональных заболеваний.
- *Инвалидность с детства*: лицу в возрасте до 18 лет, признанному инвалидом, устанавливается статус «ребенок-инвалид»; при достижении возраста 18 лет и старше этим лицам устанавливается статус «инвалидность с детства».
- *Инвалидность у бывших военнослужащих* устанавливается при заболеваниях и травмах, связанных с выполнением военных обязанностей.
- *Инвалидность вследствие радиационных катастроф* устанавливается гражданам, инвалидность которых наступила вследствие ликвидации аварий на Чернобыльской АЭС, Производственном объединении «Маяк» и др.

Признание человека инвалидом осуществляется исходя из комплексной оценки состояния его здоровья на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных и только при проведении медико-социальной экспертизы. Порядок направления граждан и проведения медико-социальной экспертизы изложен в главе 20.

4.2. КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ

В зависимости от степени ограничения жизнедеятельности, обусловленного стойким расстройством функций организма, возникшего в результате заболеваний, последствий травм или дефектов, человеку, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а ребенку в возрасте до 18 лет — категория «ребенок-инвалид».

К основным видам нарушений функций организма человека относят:

— 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 невербальной речи, нарушения голосообразования и др.);

– 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);
– 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).

Приказом МЗиСР РФ от 23.12.09 № 1013н утверждены основные категории и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан учреждениями медико-социальной экспертизы (МСЭ).

К основным категориям жизнедеятельности человека относятся:
– способность к самообслуживанию;
– способность к самостоятельному передвижению;
– способность к ориентации;
– способность к общению;
– способность контролировать свое поведение;
– способность к обучению;
– способность к трудовой деятельности.

Критерием для определения ***I группы инвалидности*** является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к резко выраженному ограничению одной из категории жизнедеятельности либо их сочетанию.

Показания для установления I группы инвалидности:
– неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и полная зависимость от других лиц;
– неспособность к самостоятельному передвижению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц;
– неспособность к ориентации (дезориентация) и нуждаемость в постоянной помощи и/или надзоре других лиц;

– неспособность к общению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц;
– неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, нуждаемость в постоянной помощи (надзоре) других лиц;
– неспособность к обучению;
– неспособность к любой трудовой деятельности или невозможность (противопоказанность) любой трудовой деятельности.

Критерием для установления ***II группы инвалидности*** является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетанию.

Показания для установления II группы инвалидности:

– способность к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц и использованием при необходимости вспомогательных технических средств;
– способность к самостоятельному передвижению с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;
– способность ориентации с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;
– способность к общению при регулярной частичной помощи других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;
– постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц;
– способность к обучению только в специальных (коррекционных) общеобразовательных учреждениях для обучающихся, воспитанников, детей с ограниченными возможностями здоровья или на дому по специальным программам с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;
– способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях труда с использованием вспомогательных технических средств и/или с помощью других лиц.

Критерием для определения ***III группы инвалидности*** является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойкими незначительно или умеренно выраженными расстройствами функций организма, обусловленными заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к нерезко или умеренно выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности или их сочетанию.

Показания для установления III группы инвалидности:

- способность к самообслуживанию при более длительной затрате времени, дробности его выполнения, сокращении объема с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;
- способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;
- способность к ориентации только в привычной ситуации самостоятельно и/или с помощью вспомогательных технических средств;
- способность к общению со снижением темпа и объема получения и передачи информации; использование при необходимости вспомогательных технических средств помощи; при изолированном поражении органа слуха — способность к общению с использованием невербальных способов и услуг по сурдопереводу;
- периодически возникающее ограничение способности контролировать свое поведение в сложных жизненных ситуациях и/или постоянное затруднение выполнения ролевых функций, затрагивающих отдельные сферы жизни, с возможностью частичной самокоррекции;
- 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, с применением при необходимости вспомогательных технических средств и технологий;
- способность к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и/или уменьшении объема работы, неспособность

продолжать работу по основной профессии при сохранении возможности в обычных условиях труда выполнять трудовую деятельность более низкой квалификации.

Человеку, признанному инвалидом, выдают справку, подтверждающую факт установления инвалидности, с указанием группы инвалидности и степени ограничения способности к трудовой деятельности либо с указанием группы инвалидности без ограничения способности к трудовой деятельности.

В целях динамического наблюдения за состоянием здоровья и прогноза развития компенсаторных и адаптационных возможностей инвалидов проводят их систематическое переосвидетельствование. Инвалиды II и III групп проходят переосвидетельствование ежегодно, инвалиды I группы — 1 раз в 2 года. Несмотря на то что на сегодняшний день порядка 30% инвалидов имеют бессрочные свидетельства об инвалидности, столь частое прохождение переосвидетельствований бывает необоснованным и вызывает нарекания со стороны больных, в связи с чем в 2008 г. расширены показания для бессрочного признания человека инвалидом. В соответствии с новыми правилами гражданам устанавливается группа инвалидности без указания срока переосвидетельствования, а гражданам, не достигшим 18 лет, — категория «ребенок-инвалид» в следующих случаях:

- не позднее 2 лет после первичного признания инвалидом (установления категории «ребенок-инвалид») гражданина, имеющего заболевания, дефекты, необратимые морфологические изменения, нарушения функций органов и систем организма, перечисленные в специальном перечне, утвержденном постановлением Правительства РФ;
- не позднее 4 лет после первичного признания гражданина инвалидом (установления категории «ребенок-инвалид»), когда выявляется невозможность устранения или уменьшения в ходе осуществления реабилитационных мероприятий степени ограничения жизнедеятельности гражданина, вызванного стойкими необратимыми морфологическими изменениями, дефектами и нарушениями функций органов и систем организма.

Установление группы инвалидности без указания срока переосвидетельствования (категории «ребенок-инвалид» до достижения возраста 18 лет) может быть осуществлено при первичном признании гражданина инвалидом (установлении категории «ребенок-инвалид») при отсутствии положительных результатов реабилитационных

мероприятий, проведенных больному до его направления на медико-социальную экспертизу. При этом необходимо, чтобы в направлении содержались данные об отсутствии положительных результатов таких реабилитационных мероприятий.

Для гражданина, признанного инвалидом, специалистами бюро, проводившими медико-социальную экспертизу, разрабатывается ***индивидуальная программа реабилитации (ИПР)***, которая представляет собой перечень реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление способностей инвалида к бытовой, общественной и профессиональной деятельности в соответствии со структурой его потребностей, кругом интересов, уровнем притязаний, 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.

Реабилитация инвалидов — 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.

Выделяют следующие основные виды реабилитации инвалидов.

Медицинская реабилитация — вид реабилитации, направленный на восстановление нарушенных функций или на проведение различных лечебных и корректирующих мероприятий, приспосабливающих инвалида к жизни и общественно полезной деятельности.

Психологическая реабилитация — вид реабилитации, направленный на выработку активной жизненной позиции и положительной трудовой установки у инвалида в основном за счет средств психотерапии.

Профессиональная реабилитация — комплекс мероприятий по профессиональной ориентации, профессиональной подготовке и переподготовке, подбор соответствующей профессии, обеспечение условий труда, отвечающих состоянию здоровья индивидуума и приспособление рабочего места к имеющемуся у него дефекту и др.

Социальная реабилитация — процесс восстановления способностей индивидуума 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 обще-

ственной 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.

Для достижения высоких показателей полной медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов все эти виды реабилитации необходимо использовать комплексно.

4.3. СТАТИСТИКА ИНВАЛИДНОСТИ

Для регистрации случаев инвалидности в бюро МЭС ведется форма 7-собес. Эта форма содержит данные о численности, составе лиц старше 18 лет, впервые признанных инвалидами, результаты переосвидетельствования инвалидов за текущий год, а также показатели медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов. Аналогичные данные о детях-инвалидах в возрасте до 18 лет содержатся в форме 7-д (собес).

На основе разработки статистических документов рассчитывают следующие основные показатели инвалидности населения:

- показатель первичной инвалидности;
- показатель структуры первичной инвалидности (по причинам);
- показатель структуры первичной инвалидности (по группам инвалидности);
- показатель полной медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов;
- суммарный показатель частичной медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов.

Показатель первичной инвалидности характеризует распространенность среди населения случаев инвалидности, установленных впервые в данном году. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\textbf{Первичная инвалидность}^{*} = \frac{\text{Общее число лиц, впервые признанных инвалидами в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 10\,000.$$

* Показатель может рассчитываться на трудоспособное, работающее население, по отдельным возрастно-половым группам, классам заболеваний, нозологическим формам.

В 2009 г. в Российской Федерации этот показатель составил 80,6 на 10 тыс. населения.

Показатель структуры первичной инвалидности (по причинам) характеризует распределение показателя первичной инвалидности по отдельным нозологическим формам и рассчитывается по формуле:

$$\textbf{Структура первичной инвалидности по причинам} = \frac{\text{Число лиц, впервые признанных инвалидами по данному заболеванию в календарном году}}{\text{Общее число лиц, впервые признанных инвалидами бюро МСЭ, за год}} \times 100.$$

В структуре первичной инвалидности взрослого населения первое место занимают болезни системы кровообращения (41,3%), второе — злокачественные новообразования (19,5%), третье — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (8,8%) (рис. 4.1). Эти причины составляют около 70% в структуре всех причин первичной инвалидности населения.

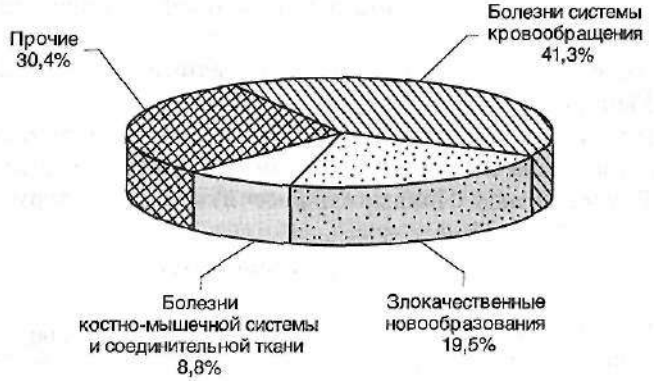


Рис. 4.1. Структура причин первичной инвалидности взрослого населения Российской Федерации (2009 г.)

Показатель структуры первичной инвалидности (по группам инвалидности) характеризует распределение показателя первичной инвалидности по группам и рассчитывается по формуле:

$$\text{Структура первичной инвалидности (по группам инвалидности)} = \frac{\text{Число лиц, впервые признанных инвалидами I (II, III) группы}}{\text{Общее число лиц, впервые признанных бюро МСЭ инвалидами, за год}} \times 100.$$

В структуре первичной инвалидности населения Российской Федерации в 2009 г. на долю инвалидов I группы приходилось 11,7%, II группы — 49,8%, III группы — 38,5%.

Показатель полной медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов характеризует эффективность медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение стойкой утраты трудоспособности. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Полная медицинская и профессиональная реабилитация инвалидов} = \frac{\text{Общее число инвалидов, признанных трудоспособными}}{\text{Общее число инвалидов, повторно освидетельствованных в бюро МСЭ}} \times 100.$$

Этот показатель в Российской Федерации равен 3–5%.

Суммарный показатель частичной медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов характеризует эффективность медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на частичную компенсацию стойкой утраты трудоспособности. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Суммарный показатель частичной медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов} = \frac{\text{Общее число лиц, признанных инвалидами III группы (из числа инвалидов I и II групп)} + \text{Общее число лиц, признанных инвалидами II группы (из числа инвалидов I группы)}}{\text{Общее число инвалидов I и II групп, повторно освидетельствованных в бюро МСЭ}} \times 100.$$

Этот показатель в Российской Федерации составляет около 5%.

Для снижения уровня инвалидности, повышения эффективности проводимых реабилитационных мероприятий и в итоге сохранения здоровья работающих граждан требуется системный межведомственный подход. Он должен включать прежде всего совершенствование системы преемственности долечивания и реабилитации между стационарными и амбулаторно-поликлиническими учреждениями, а также улучшение работы патронажной службы. Необходимо расширение за счет средств обязательного социального страхования для работающих граждан программ долечивания в условиях санаторно-курортных организаций непосредственно после стационарного лечения. Перспективным направлением является организация санаторно-курортного лечения и оздоровления работников путем привлечения средств добровольного медицинского страхования. Все это в итоге приведет к снижению экономических потерь государства за счет сохранения трудового потенциала страны и уменьшения финансовых затрат на выплаты пенсий по инвалидности, пособий по временной нетрудоспособности.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Кого принято считать инвалидами?
2. Какие выделяют основные причины инвалидности?
3. Перечислите основные виды нарушений функций организма человека.
4. Дайте перечень основных категорий жизнедеятельности человека.
5. Перечислите критерии для установления I, II, III групп инвалидности.
6. Что такое реабилитация инвалидов? Какие виды реабилитации инвалидов вы знаете?
7. По каким показателям проводится анализ инвалидности населения? Приведите формулы расчета.
8. Каковы перспективные направления снижения инвалидности населения?

Глава 5

Физическое развитие

5.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Состояние физического развития имеет важное значение для оценки здоровья населения. Изучение физического развития, несмотря на видимую простоту, представляет собой весьма сложный процесс, поскольку требует решения нескольких взаимосвязанных задач: во-первых, оценки состояния физического развития индивидуума на момент обследования и в динамике, во-вторых, оценки физического развития группы населения на данный момент времени и в динамике.

В практическом здравоохранении преобладает задача определения физического развития индивидуума на момент обследования. В данном случае правомерно говорить о физическом здоровье.

Физическое здоровье — это комплексный показатель жизнедеятельности индивидуума, характеризующийся таким уровнем адаптационных возможностей организма, при которых обеспечивается сохранение основных параметров его гомеостаза в условиях воздействия факторов окружающей среды.

Однако без сводной характеристики физического развития отдельных групп населения нельзя разработать его стандарты, дать обоснованную индивидуальную оценку физического развития входящих в эти группы людей. В то же время без данных об отдельных индивидуумах нельзя получить сводные типичные величины, характеризующие отдельную группу населения. Оценка состояния физического развития человека на момент осмотра имеет важное клиническое значение, однако динамика процессов роста и развития не менее, а порой и более важна для врача. При изучении общественного здоровья обычно используют оценку физического развития определенной группы населения как на момент обследования, так и в динамике.

Существует много определений понятия «физическое развитие», каждое из которых имеет свое практическое значение и определяется

теми задачами, которые ставят перед собой авторы. Приведем некоторые их них. ***Физическое развитие*** — это:

- процесс изменения, а также совокупность морфологических и функциональных свойств организма;
- совокупность функциональных и морфологических характеристик организма человека, которые определяют запас его жизненных сил и являются следствием формирования гено- и фенотипа конкретной популяции под воздействием факторов природной и социальной среды;
- закономерный биологический процесс становления и изменения морфологических и функциональных свойств организма в продолжении индивидуальной жизни, совершенствующийся под влиянием физического воспитания;
- комплекс морфофункциональных показателей, которые тесно связаны с физической работоспособностью и уровнем биологического состояния индивидуума в данный конкретный момент времени;
- комплекс морфологических и функциональных свойств организма, определяющих массу, плотность, форму тела, его структурно-механические качества и выражающихся запасом его физических сил;
- совокупность признаков, характеризующих состояние организма на разных возрастных этапах;
- динамический процесс изменения размеров тела, его пропорций, телосложения, мышечной силы и работоспособности.

Обобщая вышесказанное, можно дать следующее определение физического развития, наиболее подходящее для дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение».

Физическое развитие — комплексный показатель, характеризующий состояние здоровья как индивидуума, так и группы людей в различные возрастные периоды их жизни, включающий совокупность антропоскопических, антропометрических и антропофизиометрических характеристик, динамично изменяющийся в соответствии с биологическими закономерностями и под воздействием факторов внешней среды.

Основными задачами изучения физического развития населения являются:

- наблюдение за состоянием и изменениями в физическом развитии различных групп населения;

– углубленное изучение возрастно-половых закономерностей физического развития в связи с особенностями условий и образа жизни;
– разработка возрастно-половых оценочных стандартов физического развития различных групп населения в разных климатических зонах и экономических районах.

5.2. МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Физическое развитие человека сложно и многообразно. Оно включает такой обширный комплекс различных признаков, что исчерпывающая их характеристика едва ли возможна. Поэтому из всего разнообразия признаков физического развития приходится выбирать некоторый минимум важнейших признаков, по возможности поддающихся количественному объективному учету. Для их изучения используют три основных метода:

1) антропоскопия (описание тела в целом и отдельных его частей);
2) антропометрия (измерение размеров тела и отдельных его частей);
3) антропофизиометрия (определение физиологического состояния, функциональных возможностей организма).

Антропоскопия основывается на визуальном осмотре человека. Оценивают тип телосложения, состояние кожных покровов, степень развития мускулатуры, отложений жира, состояние опорно-двигательного аппарата, развитость вторичных половых признаков и др. Состояние опорно-двигательного аппарата визуально оценивают по ширине плеч, осанке, массивности. Степень полового созревания обычно определяют по шкале J.M. Tanner, позволяющей оценить степень развития вторичных половых признаков: оволосение лобка и подмышечных впадин, развитие молочных желез и состояние менструальной функции у девочек.

Антропометрию проводят с помощью специальных инструментов: антропометра, ростомера, сантиметровой ленты, различных циркулей и др. Антропометрия включает в себя ***соматометрию*** (измерение размеров тела и его частей), ***остеометрию*** (измерение размеров скелета и его частей) и ***краниометрию*** (измерение размеров черепа). Различают основные и дополнительные антропометрические показатели. К основным показателям относят рост, массу, площадь поверхности, объем тела, длину окружности грудной клетки (при максимальном вдохе, паузе

и максимальном выдохе). К дополнительным антропометрическим показателям относят рост сидя, длину окружности шеи, живота, талии, бедра и голени, размер плеча, сагиттальный и фронтальный размеры грудной клетки, длину рук, массу подкожного жира и др.

Антропофизиометрию проводят с использованием специальных приборов (динамометры, угломеры, велоэргометры, спирографы и др.) и специальных методов (проведение функциональных проб и т.п.). Оценивают по целому ряду показателей, характеризующих силу кисти, становую силу, жизненную емкость легких, физическую работоспособность человека и др. К антропофизиометрии относится ***фетометрия*** — измерение размеров плода, которое проводится с помощью ультразвуковых исследований (УЗИ). К фетометрическим показателям, определяемым с помощью УЗИ, обычно относят бипариентальный, лобно-затылочный размеры головы, длину бедра (длину бедренной кости), плеча, диаметр грудной клетки и живота, окружность живота и головы, размеры сердца и мозжечка.

При измерении параметров физического развития для получения точных результатов необходимо соблюдать ряд стандартных условий. Измерения следует проводить в утреннее время, при оптимальном освещении, наличии исправного инструментария, использовании унифицированной методики и техники измерения.

В практическом здравоохранении обычно ограничиваются лишь антропоскопией и определением отдельных антропометрических показателей: массы, длины тела, окружности грудной клетки и головы. Это связано с рядом причин. Во-первых, эти исследования проще всего провести, что немаловажно в условиях ограниченного времени, выделяемого для осмотра, во-вторых, не исчерпывая всех характеристик физического развития, эти признаки отражают ряд его существенных сторон и в сочетании с другими данными о состоянии здоровья имеют важное практическое значение для интегральной оценки состояния здоровья индивидуума и группы людей.

Оценка физического развития в любом возрасте производится путем сравнения антропометрических данных со средними региональными величинами (стандартами) для соответствующего возраста и пола. Данные антропометрических измерений обрабатываются с использованием различных методов вариационной статистики. Приведем некоторые из них.

Метод сигмальных отклонений. Это весьма простой метод примерной оценки отдельных антропометрических показателей, в основе которого

лежат антропометрические стандарты. ***Антропометрические стандарты*** — средние значения признаков физического развития, полученные при обследовании репрезентативной выборки населения, однородной по возрастно-половому и социальному составу. При использовании данного метода для каждого признака вычисляют среднюю арифметическую величину (М) и среднее квадратическое отклонение (σ), которое определяет границы однородной группы (нормы). Для оценки определяется отличие показателей обследуемого от аналогичных стандартных. При этом оценка проводится следующим образом:

– М ± 1σ — средние данные;
– М от +1σ до +2σ — данные выше средних;
– М от +2σ до +3σ — высокие данные;
– М от +3σ и более — очень высокие данные;
– М от –2σ до –1σ — данные ниже среднего;
– М от –3σ до –2σ — низкие данные;
– М менее –3σ — очень низкие данные.

Процентильный метод. Более точным методом оценки физического развития является процентильный метод, который исключает необходимость математических расчетов. В основе этого метода лежит использование процентильных таблиц, которые составляются следующим образом: антропометрические данные 100 человек (100%) одного возраста выстраивают в порядке возрастания. Затем показатели 3, 10, 25, 50, 75, 90, 97% обследуемых вносят в таблицы, в которых сохраняют вышеуказанную нумерацию (или процент, или перцентиль, или процентиль). Если полученные результаты соответствуют 25–75 процентилю, то рассматриваемый параметр соответствует среднему возрастному уровню развития. Если же показатель соответствует 10 процентилю, это говорит о развитии ниже среднего, а если 3 — о низком развитии. Если показатель входит в пределы 90 процентиля, развитие оценивают выше среднего, а если в 97 — как высокое. Процентильные таблицы широко применяются за рубежом с конца 70-х годов XX в. и позволяют сравнивать индивидуальные антропометрические величины со стандартными табличными, получаемыми при массовых обследованиях. Процентильные таблицы обычно включают такие антропометрические показатели, как рост, масса, окружность головы и грудной клетки.

Основанием для включения ребенка в группу наблюдения участкового педиатра являются зоны 2-го и 6-го интервалов и, соответственно, отнесение ребенка ко II группе здоровья, зоны 1-го и 7-го интервалов свидетельствуют о необходимости углубленной

диагностики для уточнения заболеваний. Наличие 3 внутренних процентильных зон, входящих в границы средних или нормальных показателей (зоны 3–5-го интервалов), позволяет контролировать более ранние и тонкие сдвиги в развитии и питании ребенка при динамических изменениях.

С помощью процентильных таблиц можно оценить соматический тип ребенка. Согласно схеме И.И. Бахраха и Р.И. Дорохова (1975), все дети без ожирения и гипотрофии могут быть отнесены к одному из трех соматических типов: микро-, мезо- или макросоматическому, согласно сумме номеров интервалов процентильной шкалы, полученных для длины и массы тела. К микросоматическому типу относятся дети при сумме до 9 (физическое развитие ниже среднего), к мезосоматическому типу — при сумме от 10 до 16 (физическое развитие среднее), к макросоматическому типу — при сумме 17 и более (физическое развитие выше среднего).

Для каждого ребенка может быть определена гармоничность физического развития. Определение гармоничности проводится на основании тех же результатов процентильных оценок. К группе с гармоничным развитием относятся дети при разности номеров интервалов между двумя показателями, не превышающей 1, если разность составляет 2, то развитие считается дисгармоничным, если разность равняется 3 и более, развитие считается резко дисгармоничным.

Для оценки состояния питания определяется соотношение массы и длины тела: при попадании искомой величины массы тела в область 1-го интервала, ребенок относится к группе детей с очень низким питанием, в область 2-го коридора — к группе детей с низким питанием; в область 3-го коридора — к группе детей с питанием ниже среднего и т.д.

Антропометрическая оценка методом процентилей почти всегда совпадает с оценкой состояния здоровья у детей, подростков и молодежи. Данный метод имеет преимущества перед другими: он объективен, корректен, сопоставим, прост в использовании и позволяет следить за динамикой антропометрических данных, увидеть изменения показателей в зависимости от возраста. Однако процентильный метод разработан лишь для детей и подростков в возрасте до 18 лет, в связи с чем для оценки физического развития взрослых должны применяться другие методы.

Для анализа антропометрических данных можно использовать оценочные коэффициенты, или ***индексы физического развития***, рассчи-

танные путем сопоставления различных антропометрических признаков с помощью априорных математических формул. Метод индексов позволяет давать ориентировочные оценки изменений пропорциональности физического развития. Индексы построены на связи антропометрических признаков (массы с ростом, жизненной емкостью легких, силой и т.п.). Разные индексы включают разное число признаков и разделяются на простые, включающие два признака, и сложные, включающие более двух признаков. К наиболее часто применяемым индексам относятся **ростовой индекс Брока–Бругша, массо-ростовой индекс (Кетле), жизненный индекс, силовой индекс** и т.д.

Для примера приведем методику расчета оптимальной (идеальной) массы методом, который был предложен более 100 лет назад французским антропологом П. Броком и который до сих пор не утратил своего значения.

При использовании метода Поля Брока идеальная масса рассчитывается по формуле:

Идеальная масса (кг) = Рост (см) – 100.

Однако формула Брока не учитывает того, что у женщин значительно больший слой подкожного жира, чем у мужчин, в связи с чем в настоящее время эта формула преобразована следующим образом:

Идеальная масса для мужчин (кг) = (Рост в см – 100) × 0,9.

Идеальная масса для женщин (кг) = (Рост в см – 100) × 0,85.

Кроме того, формула Брока не учитывает, что возраст человека вносит свои коррективы в расчеты. По мнению многих диетологов, расчеты массы по формуле Брока могут привести к тому, что некоторые люди высокого роста будут считать свою массу нормальной, хотя на самом деле она избыточная, и, наоборот, некоторые низкорослые, чья масса нормальная, будут считать ее избыточной.

Есть много и других более точных методов оценки оптимальной массы, однако важное практическое значение имеет не столько сама оценка идеальной массы, сколько степень ее отклонения от нормы, так как одна и та же масса тела у хрупкого и плотного человека при одинаковом росте характеризует их физическое развитие по-разному. Для этого, воспользовавшись одним из способов расчета, узнают,

какой должна быть идеальная масса тела в зависимости от возраста, пола, роста или других антропометрических показателей, после чего для выяснения наличия недостатка или избытка массы тела достаточно провести следующий расчет по формуле:

$$\text{Дефицит (избыток) массы тела} = \text{Идеальная масса} - \text{Реальная масса}.$$

Если полученное число положительное, это указывает на дефицит массы тела, если отрицательное — это говорит об избыточной массе тела. В данном случае бывает необходимо оценить отклонение реальной массы от идеальной. Делается это следующим образом:

$$\text{Отклонение от идеальной массы тела (\%)} = \left(\frac{\text{Идеальная масса} - \text{Реальная масса}}{\text{Идеальная масса}}\right) \times 100\%.$$

Если реальная масса тела отличается от идеальной в пределах 10% в обе стороны, это допустимое отклонение. Превышение возрастной нормы массы тела на 10–29% соответствует ожирению I степени; на 30–49% — II степени, на 50–99% — III степени, на 100% и более — IV степени. Снижение массы ниже нормы называют гипотрофией. Если дефицит массы тела составляет от 10 до 20%, это гипотрофия I степени, от 20 до 30% — II степени; на 30% и более — III степени (данную степень гипотрофии еще называют дистрофией).

Важное значение для практического здравоохранения имеет оценка функционального состояния человека. ***Функциональное состояние*** — комплекс характеристик, определяющих уровень жизнедеятельности, а также системный ответ организма на физическую нагрузку, в котором отражается адекватность функций организма выполняемой работе. Обычно оценку функционального состояния проводят с помощью антропофизиометрических методов.

Основными и наиболее просто определяемыми показателями функционального состояния сердечно-сосудистой системы являются пульс и артериальное давление, дыхательной системы — жизненная емкость легких. Причем важное значение имеют не только эти показатели в покое, но и их изменения после физической нагрузки и длительность восстановления. Такие исследования проводят с помощью различных функциональных проб (**восстановление пульса после нагрузки, ортостатическая проба, гарвардский степ-тест, тест PWC-170** и т.д.).

Специалистами Национального НИИ общественного здоровья РАМН и Новгородского научного центра Северо-Западного отделения РАМН разработана методика оценки физического здоровья населения, которая основывается на балльной системе оценки критериев физического здоровья отдельно детей и взрослых с последующим их суммированием. Таким образом, получаются комплексные показатели уровня физического здоровья детского, взрослого и всего населения[1]. Данная методика может рассматриваться как одно из направлений изучения физического развития населения.

5.3. ОРГАНИЗАЦИЯ ИЗУЧЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НАСЕЛЕНИЯ

В практическом здравоохранении наблюдение и контроль за физическим развитием осуществляются в отношении отдельных групп населения.

Контроль за физическим развитием беременных и плода. В период беременности проводится оценка физического развития как самой женщины, так и будущего ребенка.

Уже при первом осмотре беременной врач оценивает характер ее телосложения, уточняет сведения об исходной массе тела незадолго до беременности, измеряет массу тела, частоту пульса, артериальное давление на обеих руках, определяет наружные размеры таза, размеры диагональной конъюгаты и пояснично-крестцового ромба. В дальнейшем при каждом посещении женской консультации проводится оценка динамики массы тела женщины. На основании данных обследования определяются факторы риска неблагоприятного исхода беременности, к которым, помимо прочих, относятся массо-ростовые показатели матери (рост 150 см и менее, масса на 25% выше или ниже нормы), наличие в анамнезе факта рождения детей с низкой или крупной массой тела, анатомически узкий таз. Для своевременной оценки отклонений в течении беременности (отеки, многоводие, маловодие и др.) и развитии плода часто используют построение ***гравидограммы***, важной составляющей которой являются показатели физического развития беременной.

[1] Методические рекомендации по изучению физического здоровья населения / О.П. Щепин, В.А. Медик, А.Г. Швецов и др. — Утв. РАМН. — М., 2007. — 28 с.

Об антенатальном развитии ребенка судят по результатам УЗИ. На ранних сроках беременности (5–8 нед) по наличию сердечных сокращений и двигательной активности дается заключение о жизнеспособности эмбриона, кроме того, в этот период измеряют диаметр плодного пузыря и копчикотеменной размер плода. При последующих УЗИ определяют, соответствует ли размер плода предполагаемому сроку беременности, для исключения хромосомных заболеваний измеряют размер воротниковой зоны (толщину мягких тканей в области шеи), определяют место прикрепления плаценты, расстояние от нижнего края плаценты до зева матки, измеряют длину шейки матки, количество и качество вод. Фетометрия позволяет определить предполагаемую массу плода и его рост, прирост показателей по сравнению с результатами предыдущего исследования (адекватный, ускоренный, замедленный, отсутствует), наличие признаков гипотрофии плода и т.д.

Таким образом, оценка физического развития беременной и плода, их динамика имеют важное диагностическое и прогностическое значение, позволяют решить вопрос о возможности сохранения беременности, разработать индивидуальный план ее ведения, определить тактику ведения родов.

Контроль за физическим развитием детей. Регулярная оценка физического развития детей является составной частью диспансерного метода и проводится в сроки, предусмотренные утвержденными МЗиСР РФ стандартами диспансерного (профилактического) наблюдения детского населения. Наблюдение и контроль за физическим развитием человека начинают в родильном доме с момента рождения, затем эта работа продолжается в детских поликлиниках, дошкольных учреждениях, школах и других образовательных учреждениях. Участковые врачи, врачи образовательных учреждений, используя разработанные возрастно-половые стандарты, должны проводить групповую и индивидную оценку уровня физического развития детей и корректировать его по мере необходимости. Результаты оценки физического развития вносятся в «Историю развития новорожденного» (ф. 097/у), «Историю развития ребенка» (ф. 112/у), «Медицинскую карту ребенка» (ф. 025/у).

Результат первого взвешивания новорожденного, зарегистрированный после рождения, называют ***массой тела при рождении***. ВОЗ определила, что для живорожденных определение массы тела должно быть проведено в течение первого часа жизни, до того как в постнатальном периоде произойдет значительная потеря массы. Принятую в статисти-

ке группировку по массе тела с использованием 500-граммовых интервалов здесь применять не следует. Фактическая масса должна быть зафиксирована с той степенью точности, с какой она была измерена.

Малой (низкой) массой тела при рождении считается масса менее 2500 г (до и включая 2499 г), очень малой (очень низкой) — масса менее 1500 г, крайне малой (чрезвычайно малой, экстремально низкой) — масса менее 1000 г.

В первые дни жизни новорожденного, а именно на 3–5-й день наблюдается физиологическая убыль первоначальной массы тела. Если снижение массы тела не превышает 6–8% массы тела ребенка при рождении, то это явление считается физиологическим, превышение этих параметров может свидетельствовать о каких-либо патологических процессах, в связи с чем измерение массы тела новорожденного в родильном доме должно проводиться ежедневно.

В соответствии с действующими стандартами после выписки из родильного дома вплоть до достижения ребенком 3-летнего возраста антропометрические измерения должны проводиться ежемесячно. Оценку физического развития детей в возрасте от 3 до 7 лет следует проводить 2 раза в год, детей и подростков (школьников) в возрасте от 7 до 18 лет — 1–2 раза в год.

В связи с тем что физическое развитие ребенка зависит от возраста, пола, места проживания, а скорость изменения показателей неодинакова в разные периоды жизни, показатели физического развития должны вычисляться для однородных возрастно-половых групп в каждом регионе наблюдения. При этом группировка материала для различных возрастных периодов должна производиться с разным временным «шагом»: для детей 1-го года жизни — по месяцам, для детей от 1 года до 3 лет — каждые 3 мес, для детей от 3 до 7 лет — по полугодиям, для детей старше 7 лет — каждый год.

В период кормления грудью важное значение имеет проведение контрольных кормлений, в основе которых лежит измерение массы тела ребенка. Контрольные кормления проводятся для определения количества молока, высасываемого ребенком из груди за одно кормление. Непосредственно перед кормлением ребенка следует перепеленать и взвесить. По окончании кормления его взвешивают повторно (ребенка не распеленывают, даже если он помочился). Разница между результатами второго и первого взвешиваний в граммах равна объему материнского молока в миллилитрах. Поскольку в различные кормления ребенок высасывает из груди неодинаковое количество

молока, контрольные взвешивания целесообразно проводить в течение суток при всех кормлениях.

Контроль за физическим развитием учащихся, призывников, военнослужащих и спортсменов. После передачи подростка из педиатрической во взрослую сеть регулярное обязательное наблюдение за физическим развитием сохраняется лишь для отдельных категорий граждан. К ним относятся учащиеся лицеев, колледжей, высших и средних специальных учебных заведений, призывники, военнослужащие, лица, занимающиеся физической культурой и спортом, профессиональные спортсмены и т.д.

Оценку физического развития учащихся лицеев, колледжей, высших и средних специальных учебных заведений проводят при поступлении и при проведении ежегодных медицинских осмотров по месту учебы.

Оценка физического развития призывников является важной составляющей обязательного медицинского осмотра перед призывом на военную службу. Состояние физического развития наряду с другими данными позволяет определить категорию годности к военной службе, род войск, в которых предстоит служить призывнику. Оценку физического развития призывников проводят врачи военкоматов по месту жительства.

Определение и оценка состояния физического развития военнослужащих, проходящих службу по призыву, осуществляются в воинской части при первичном медицинском обследовании и ежемесячно в течение первых 3 мес службы. Другие категории личного состава обследуются во время очередных медицинских осмотров по месту службы 1–2 раза в год. Военнослужащие, имеющие пониженную массу тела, подвергаются дополнительному обследованию.

Медицинское обеспечение лиц, занимающихся физкультурой и спортом, включает медицинское обеспечение спорта высших достижений и медицинское обеспечение массового спорта и физической культуры. В него (помимо прочего) входят оценка антропометрических показателей, проведение функциональных проб, определение общей физической работоспособности. Медицинское обеспечение лиц, занимающихся физкультурой и спортом, осуществляют врачебно-физкультурные диспансеры и отделения в соответствии с действующими приказами и инструкциями МЗиСР РФ.

Согласно Трудовому кодексу РФ (ст. 348.3) профессиональные спортсмены подлежат обязательному предварительному медицин-

скому осмотру (обследованию). В период действия трудового договора спортсмены проходят обязательные периодические медицинские осмотры (в течение трудовой деятельности, но не реже одного раза в год), а также внеочередные медицинские осмотры по их просьбе или по медицинским показаниям. Во время проведения медицинских осмотров, помимо общего осмотра и оценки основных антропометрических показателей, определяют работоспособность спортсменов. Оценка работоспособности должна включать определение физиологических реакций отдельных систем организма на физическую нагрузку, определение телосложения и структуры тканей тела, определение способности к выполнению физических нагрузок и движений в специальном комплексе упражнений.

Таким образом, показатели физического развития наряду с показателями медико-демографических процессов, заболеваемости, инвалидности являются важными характеристиками, определяющими в целом уровень здоровья населения. Показатели физического развития используют для выявления антропометрических маркеров риска ряда заболеваний, контроля за физическим развитием и оценки эффективности проводимых оздоровительных мероприятий. Они необходимы для определения режима жизни и физической нагрузки, оценки школьной зрелости, спортивных возможностей. С физическим развитием тесно связаны моторное (двигательное) развитие и половое созревание, а также биологический возраст, конституция, состав тела. Показатели физического развития являются важными критериями в определении годности к воинской службе и роду войск, широко используются в судебно-медицинской практике.

5.4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ФИЗИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ НАСЕЛЕНИЯ

5.4.1. Состояние физического развития населения России

Уровень физического развития населения во многом говорит о социальном благополучии в обществе. Под влиянием длительно действующих неблагоприятных факторов уровень физического развития снижается, и, наоборот, улучшение условий, нормализация

образа жизни способствуют повышению уровня физического развития населения.

Социально-экономический кризис 90-х годов привел к ухудшению показателей физического развития населения и в первую очередь детей. Последствия кризиса проявляются до сих пор. В России возросло число детей и взрослых с дефицитом или избытком массы тела. Это связано с тем, что в годы реформ значительная часть населения находилась в состоянии затяжного психоэмоционального и социального стресса. Обнищание большей части населения страны привело к значительному изменению характера питания — избыточному потреблению углеводистых продуктов (хлебобулочных изделий, картофеля и т.д.), а также насыщенных жирных кислот, высококалорийных рафинированных продуктов, которые являются наиболее дешевыми. Недостаток белка в рационе питания привел к снижению массы тела у многих современных детей и сегодня впервые за последние 40 лет врачи столкнулись с проблемой гипотрофии юношей призывного возраста. Снижение двигательной активности, часто повторяющиеся стрессы, депрессия на фоне несбалансированного питания стали провоцировать развитие ожирения. В настоящее время физической культурой и спортом в стране регулярно занимаются лишь 8–10% населения, тогда как в экономически развитых странах мира этот показатель достигает 40–60%.

Весьма острой, требующей кардинального решения является проблема слабой физической подготовки и физического развития учащихся. Реальный объем двигательной активности школьников и студентов не обеспечивает полноценного и гармоничного физического развития и укрепления здоровья подрастающего поколения. По причине низкого уровня состояния здоровья более 1 млн детей школьного возраста по состоянию здоровья сегодня отнесены к специальной медицинской группе занятий физической культурой. Распространенность гиподинамии среди школьников достигла 75–85%, а уроки физического воспитания лишь в малой степени компенсируют дефицит движений. Преподавание физической культуры в общеобразовательных школах не соответствует требованиям современных образовательных стандартов. Большинство общественных и спортивных организаций развивают преимущественно коммерческие виды спорта или спорт высших достижений.

Низкие показатели физического развития молодежи отражаются на качестве комплектования вооруженных сил личным составом.

Такой важный статистический показатель, характеризующий состояние тренированности и физического развития граждан, как наличие первого спортивного разряда или спортивного звания, в настоящее время у призывников не превышает 3%. Значительная часть юношей, призванных на военную службу, не справляется с физическими нагрузками первых месяцев военной службы.

Таким образом, в состоянии физического развития населения России назревает критическая ситуация, которая требует принятия комплекса государственных мер, направленных на улучшение качества жизни, развитие ценностного отношения населения к своему здоровью, формирование здорового образа жизни, обеспечение рационального питания, совершенствование физического воспитания, восстановление престижа физической культуры и спорта среди всех слоев общества и в первую очередь среди детей, подростков и молодежи.

Однако состояние физического развития является не только российской проблемой, оно волнует правительства и население большинства стран мира. И первой наиболее острой медико-социальной проблемой, связанной с физическим развитием, стало ожирение, которое представляет собой особую угрозу для населения многих стран мира.

5.4.2. Проблема ожирения

Ожирение проявляется в избыточном отложении жировой ткани в организме. Оно может быть самостоятельным заболеванием (первичное ожирение) или синдромом, развивающимся при различных поражениях центральной нервной и эндокринной систем (вторичное ожирение). Первичное, или алиментарно-экзогенное ожирение, характеризуется повышением массы тела вследствие накопления жира при отсутствии каких-либо заболеваний. Оно наиболее распространено среди населения и составляет более 75% всех случаев ожирения.

В настоящее время ожирение широко распространено среди населения земного шара. ВОЗ, объявила это заболевание «эпидемией XXI века». По оценкам ВОЗ избыточной массой тела в мире страдают приблизительно 1,6 млрд людей в возрасте старше 15 лет, из них 400 млн страдают ожирением. Около 20 млн детей в возрасте до 5 лет имеют избыточную массу тела. В Китае и Японии ожирением страдают около 15% населения, в Германии, Великобритании и России — около 50–54%, в США 66% взрослого населения имеют избыточную массу, из них 32% страдают ожирением. Около 30% населения в эконо-

мически развитых странах мира имеют массу тела, превышающую норму на 20% и более, а в странах Европейского региона половина взрослого населения и каждый 5-й ребенок имеют избыточную массу тела, из них 1/3 страдают ожирением.

Показатели распространенности ожирения возрастают высокими темпами. Только в Европейском регионе за последние два десятилетия распространенность ожирения возросла почти в 3 раза. Ожирение затрагивает весь жизненный цикл: у матерей, страдающих ожирением, выше вероятность рождения крупных детей, а у ребенка, имеющего избыточную массу тела, выше вероятность того, что она сохранится и в зрелом возрасте. Рост ожирения среди детей и подростков создает все бóльшую угрозу здоровью будущих поколений. Ежегодные темпы роста ожирения среди детей непрерывно увеличиваются и в настоящее время более чем в 10 раз превышают уровень 1970 г. По прогнозам ВОЗ, к 2015 г. примерно 2,3 млрд взрослых людей будет иметь избыточную массу и более 700 млн человек — ожирение.

Росту распространенности ожирения способствует ряд изменений социальной, экономической, культурной и экологической среды обитания. Проблема энергетического дисбаланса, наблюдающаяся среди населения, вызвана резким снижением уровня физической активности и изменением рациона питания, включая увеличение потребления высококалорийных, но малопитательных пищевых продуктов и напитков (с высоким содержанием насыщенных жиров, соли и сахара) при недостаточном потреблении фруктов и овощей.

Избыточная масса и ожирение играют значительную роль в развитии многих неинфекционных болезней, являются фактором риска таких заболеваний, как атеросклероз, гипертоническая болезнь, сахарный диабет и др. Только в США за последние десятилетия число заболевших сахарным диабетом выросло в 9 раз, а каждый 2-й американский ребенок имеет риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний.

Среди лиц, страдающих ожирением, смертность выше и смерть наступает в более молодом возрасте. Особо значительно ожирение повышает риск смерти в комбинации с сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом. Установлено, что превышение массы тела по сравнению с нормой на 10% увеличивает смертность в среднем на 30%. Каждый год заболевания, связанные с избыточной массой тела, становятся причиной более 1 млн случаев смерти

в Европе, почти 400 тыс. американцев ежегодно умирают от болезней, вызванных этой причиной.

Ожирение приводит к значительным экономическим потерям, связанным как с прямыми затратами на лечение, так и с косвенными потерями, обусловленными преждевременной смертью, снижением производительности труда и т.д. Только в Европейском регионе прямые затраты составляют около 6% расходов на здравоохранение, а косвенные как минимум еще в 2 раза выше. В Великобритании на борьбу с ожирением тратится около 1 млрд фунтов стерлингов, экономические потери США от «болезни века» в целом обходятся государству в 70 млрд долларов ежегодно, а его лечение стоит дороже, чем борьба с последствиями курения и алкоголизма.

Ожирение негативно сказывается на качестве жизни человека. Избыточная масса тела усугубляет социальное неравенство, так как ожирением в большей степени страдают представители групп населения с низким социально-экономическим статусом, что в свою очередь приводит к усилению неравенства в отношении их здоровья.

Сегодня ожирение перестало быть проблемой, характерной лишь для богатых стран, оно становится столь же распространенной и в развивающихся странах, и в странах с переходной экономикой, особенно в условиях глобализации. Таким образом, ожирение перешло из разряда личных в разряд общемировых проблем, и для успеха национальной политики в этой области стали необходимыми международное сотрудничество и поддержка. Для решения проблем в области здравоохранения, экономики и развития, связанных с ожирением, в 2006 г. была проведена специальная Европейской министерская конференция ВОЗ по борьбе с ожирением, где была принята Европейская хартия по борьбе с ожирением.

5.4.3. Проблема алиментарной дистрофии

Алиментарная дистрофия (алиментарное истощение, голодный отек, безбелковый отек, отечная болезнь, голодная болезнь) — это заболевание, развивающееся вследствие продолжительного и выраженного недоедания, голодания и характеризующееся прогрессирующим исхуданием, расстройством всех видов обмена веществ, дистрофией тканей и органов с нарушением их функций. Недостаточное поступление в организм питательных веществ может быть обусловлено как экзогенными, так и эндогенными причинами (опухолевое, рубцовое сужение пищевода, привратника, синдромы недостаточности пище-

варения, всасывания и др.). Наибольшее социальное значение имеет алиментарная дистрофия, связанная с длительным голоданием.

По данным продовольственной и сельскохозяйственной организаций ООН в 2010 г., число людей, страдающих от хронического голода, составило 925 млн человек. Из них 578 млн проживают в Азиатско-Тихоокеанском регионе, 239 млн — в Африке (к югу от Сахары), 108 млн — в остальных странах. В Азии, Африке и Латинской Америке, где проживает около 70% населения, производится только 40% продовольствия, получаемого на земном шаре. В настоящее время 2/3 голодающих проживают в 7 странах: Бангладеше, Китае, Демократической Республике Конго, Эфиопии, Индии, Индонезии и Пакистане. Недостаточное питание, как правило, сопровождается недостаточным поступлением в организм человека важнейших витаминов и минералов. Сегодня свыше 3,5 млрд людей страдают от недостатка железа, 2 млрд подвергаются риску, связанному с дефицитом йода, 200 млн детей дошкольного возраста страдают дефицитом витамина А.

Голод, как правило, является спутником стихийных и социальных потрясений. В большинстве стран голод стал следствием ряда взаимосвязанных факторов — политических, природных, социальных и т.д. Среди политических причин голода можно выделить затяжные войны, государственные перевороты и гражданские волнения, вызывающие в свою очередь нестабильность в обществе, появление большого числа беженцев. Так, за последние полвека только на Африканском континенте было 186 государственных переворотов и 26 крупных войн, сейчас в Африке насчитывается 4,8 млн беженцев и перемещенных лиц. К природным факторам голода относятся частые засухи, наводнения, истощение сельскохозяйственных земель и др. Голод может явиться следствием таких социальных причин, как неконтролируемый рост численности населения, кризис сельского хозяйства и т.д.

В последние годы алиментарная дистрофия, связанная с социальными причинами, стала проявляться и в экономически благополучных странах. Часто она является следствием бесконтрольного намеренного голодания с лечебной или косметологической целью, неправильно составленных диет для похудения, несбалансированного питания. Нередко алиментарная дистрофия наблюдается у социально неблагополучных слоев населения (бомжи, беспризорники и др.). Алиментарная дистрофия может приводить к неблагоприятным медицинским и социальным последствиям.

Доказана взаимосвязь между недостаточным питанием в начальном периоде жизни, включая внутриутробный период, и физическим развитием на более поздних этапах жизни. Уже в антенатальном периоде недоедание матери может явиться причиной низкой массы новорожденного и фактором риска перинатальной смерти. Выжившие новорожденные отстают в развитии, подвержены болезням на всем протяжении жизненного цикла, включая детство, юность и зрелость, а взрослые женщины, страдающие отставанием в физическом развитии, как правило, замыкают порочный круг, рожая детей с малой массой и риском развития заболеваний сердечно-сосудистой системы, диабета и гипертонии. В развивающихся странах ежегодно рождается около 30 млн детей с задержкой физического развития, вызванной плохим питанием матери.

Нехватка железа может стать причиной замедленного физического развития, ослабления иммунитета, долговременной задержки умственного и моторного развития и репродуктивных функций. Дефицит железа является причиной примерно 20% смертей, связанных с беременностью. Нехватка йода может вызвать перманентное повреждение мозга, умственную отсталость, неспособность к воспроизводству, низкую выживаемость детей и заболевания щитовидной железы. Дефицит йода в организме беременной может вызвать умственную отсталость плода различной степени. Недостаток витамина А может стать причиной слепоты, способствует ухудшению физического развития и ослаблению сопротивляемости инфекциям и, как следствие, — повышенной смертности детей в раннем возрасте. Даже незначительный дефицит этих элементов может приводить к задержке физического развития ребенка, снижению способности к обучению.

Недостаточное, неполноценное и однообразное питание, снижая иммунитет, способствует высокому уровню заболеваемости инфекционными болезнями, туберкулезом, болезнями, обусловленными дефицитом белков и витаминов.

Алиментарная дистрофия при отсутствии экстренных мер может прогрессировать вплоть до развития голодной комы и гибели человека. Непосредственной причиной смерти в данном случае может быть как само крайнее истощение, так и развитие какого-либо интеркуррентного, чаще всего инфекционного заболевания, вызванного снижением иммунитета. По данным ООН, сегодня каждый 3-й из общего числа умерших на планете погибает от голода или причин, связанных с недоеданием, из них половину составляют дети в возрасте до 5 лет.

Кроме соматического воздействия алиментарная дистрофия оказывает существенное влияние на психику и поведение человека. Притупляются чувства, снижается память, замедляются и нарушаются мыслительные процессы, теряется контроль над собственным поведением, подавляется воля, возникают разнообразные зрительные и слуховые галлюцинации, нарастает апатия, чередующаяся с кратковременными всплесками повышенной раздражительности и агрессии.

Алиментарная дистрофия приводит к тяжелым социальным последствиям и экономическим потерям. Недостаток продуктов питания ведет к росту преступности, проституции, беспризорности и безнадзорности детей. Страдающие алиментарной дистрофией дети не могут посещать школу, а те, кто посещают, не могут должным образом учиться. При алиментарной дистрофии резко снижается работоспособность, что в свою очередь ведет либо к снижению производительности труда, либо к полной невозможности трудиться. Больших экономических затрат требуют лечение больных алиментарной дистрофией, уход за ними.

При экономических и научно-технических возможностях современного общества можно было бы обеспечить полноценное питание вдвое большего количества людей, чем ныне живет на нашей планете, в связи с чем одной из 8 целей, определенных Декларацией тысячелетия ООН, подписанной в сентябре 2000 г., является борьба с нищетой и голодом. Декларация обязывает мировых лидеров стремиться решить эту проблему к 2015 г. К настоящему времени уже достигнуты определенные успехи в этом направлении: доля детей с низкой массой тела на мировом уровне снизилась с 25% в 1990 г. до 16% в 2010 г., показатели отставания в росте среди детей в возрасте до 5 лет уменьшились с 40 до 27%.

Борьба с голодом должна начинаться с производства и обеспечения каждого человека достаточным количеством пищи. Однако простое производство достаточного объема продуктов питания не гарантирует избавления от голода. Для этого каждому человеку должна быть предоставлена возможность постоянного доступа к достаточному объему качественных безопасных продуктов питания для ведения активного и здорового образа жизни. Во всех странах мира необходимо прилагать больше усилий в области продовольственного обеспечения, чтобы ликвидировать голод, недоедание и их разрушительные последствия для нынешнего и будущих поколений.

5.4.4. Проблема акселерации

Анализ данных о тенденциях физического развития послужил основанием для разработки концепций ***акселерации*** (ускоренного физического развития) и ***ретардации*** (замедленного физического развития).

Акселерация (от лат. *acceleration* — ускорение) — ускорение физического развития детей по сравнению с предшествующими поколениями. Это понятие введено в 1935 г. немецким гигиенистом Кохом. Процессы акселерации наиболее четко проявились во второй половине XX в.

Причины акселерации не совсем ясны. Существуют различные гипотезы акселерационных сдвигов. Академиком РАМН Ю.П. Лисицыным выявлены следующие факторы, влияющие на акселерацию.

Физико-химические факторы:
- гелиогенные (влияние солнечной радиации);
- радиоволновые, магнитные (влияние магнитного поля);
- космическая радиация;
- повышенная концентрация углекислого газа.

Отдельные факторы жизни:
- алиментарные;
- информационные;
- социально-биологические;
- урбанизация.

Генетические факторы:
- циклические биологические изменения;
- гетерозис (смешение популяций).

Однако не вызывает сомнения, что в происхождении акселерации имеет значение суммарное взаимодействие этих и других факторов.

Акселерация не может рассматриваться однозначно как положительный или отрицательный процесс. Она ставит много проблем перед современным обществом, а именно:
- более раннее биологическое созревание, которое наступает до социальной зрелости и гражданской дееспособности (более раннее начало половой жизни, рост числа юных матерей, числа абортов у несовершеннолетних и т.д.);
- необходимость установления новых норм трудовой, физической нагрузки, питания, нормативов детской одежды, обуви, мебели и предметов обихода;
- нарастающая вариабельность всех признаков возрастного развития, полового созревания, необходимость установления новых границ между нормой и патологией;

– диссоциация между продольными и поперечными размерами тела, приводящая к грацилизации тела и росту числа осложнений в родах.

Проследить процесс акселерации в историческом аспекте весьма сложно, так как отсутствуют достоверные данные о показателях физического развития поколений, живших в прошлые века. Поэтому заключения можно делать только на основании косвенных сведений.

Известно, что процессы акселерации носят циклический характер и имеют кратковременные периоды стабилизации. Так, в 80-х годах XX в. стали появляться научные сообщения о стабилизации процессов акселерации, на основании чего можно предположить, что в ряде развитых стран в XXI в. произойдет замедление процессов физического развития — ***ретардация***, в то же время, как в развивающихся странах ожидается продолжение акселерационных сдвигов.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Дайте определение физического развития населения.
2. В чем заключается значение изучения физического развития?
3. Какие основные методы изучения физического развития вы знаете?
4. Как организовано изучение физического развития у нас в стране?
5. Раскройте, какие медико-социальные проблемы состояния физического развития существуют в современной России.
6. В чем заключается медико-социальное значение проблемы ожирения?
7. В чем заключается медико-социальное значение проблемы алиментарной дистрофии?
8. Что такое акселерация? Каковы ее основные причины и медико-социальное значение?

Глава 6

Организация медико-социальной профилактики

6.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Мировой и отечественный советский опыт показывает огромную роль профилактики в сохранении и улучшении здоровья населения. Многочисленными исследованиями доказана высокая экономическая эффективность реализации государственных программ по улучшению состояния среды обитания человека, формированию здорового образа жизни, профилактике инфекционных и социально значимых заболеваний, устранению или минимизации факторов риска. Причем каждый раз успех достигался в тех случаях, когда к решению этих проблем подходили с государственных межведомственных позиций, а не с узковедомственного понимания медицинской профилактики. К сожалению, в современной России решение глобальных проблем сохранения и улучшения здоровья нации сводится к участию в профилактических программах исключительно или преимущественно здравоохранения, что не дает в полной мере использовать огромный потенциал профилактических стратегий общества.

В широком смысле ***профилактика*** — это комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения, включающих формирование здорового образа жизни, предупреждение и устранение причин заболеваний на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях. Эти меры должны разрабатываться и реализовываться органами государственной власти и местного самоуправления при активном участии средств массовой информации, церкви, общественных организаций, других социальных институтов общества.

В условиях глобальных вызовов современного мира (демографических, эпидемиологических, экологических, природных и техногенных катастроф) необходимо формирование новой профилактической стратегии государства, основанной на смене парадигмы ***медицин-***

ской профилактики на ***медико-социальную профилактику.*** Эта стратегия должны быть направлена на формирование у населения поведенческих стратегий приверженности к здоровому образу жизни, появление доминанты ценностного отношения к своему здоровью. Только таким образом можно добиться осознания обществом необходимости профилактических мер как одной из действенных форм социально-экономических инвестиций в здоровье. Контроль и координацию выполнения всего комплекса мероприятий должны осуществлять органы государственной власти и местного самоуправления.

6.2. ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Здоровье населения обусловлено комплексным воздействием факторов, определяющихся образом жизни человека, состоянием среды его обитания (атмосферного воздуха, воды, почвы, уровня благосостояния общества и др.), наследственностью, состоянием здравоохранения. Причем, одни факторы позитивно влияют на состояние здоровья населения, другие, наоборот, оказывают отрицательное воздействие. Факторы, потенциально опасные для здоровья человека и способствующие возникновению заболеваний, называют факторами риска.

Таким образом, ***факторы риска*** — это потенциально опасные для здоровья факторы, повышающие вероятность возникновения заболеваний, их развития и неблагоприятного исхода. Понятие «фактор риска» применяется к любому явлению, влияние которого повышает вероятность возникновения заболеваний. Наряду с непосредственными причинами заболеваний факторы риска, действуя опосредованно, нарушают механизмы психофизиологической адаптации и создают таким образом условия для возникновения и развития заболеваний.

Выявление факторов риска и профилактика хронических заболеваний способствуют сохранению здоровья и повышению качества жизни популяции. С учетом этого важнейшей задачей органов государственной власти является разработка комплекса мер, направленных не только на предупреждение заболеваний, но прежде всего на коррекцию и устранение факторов риска их возникновения. Классификация факторов риска представлена на рис. 6.1.

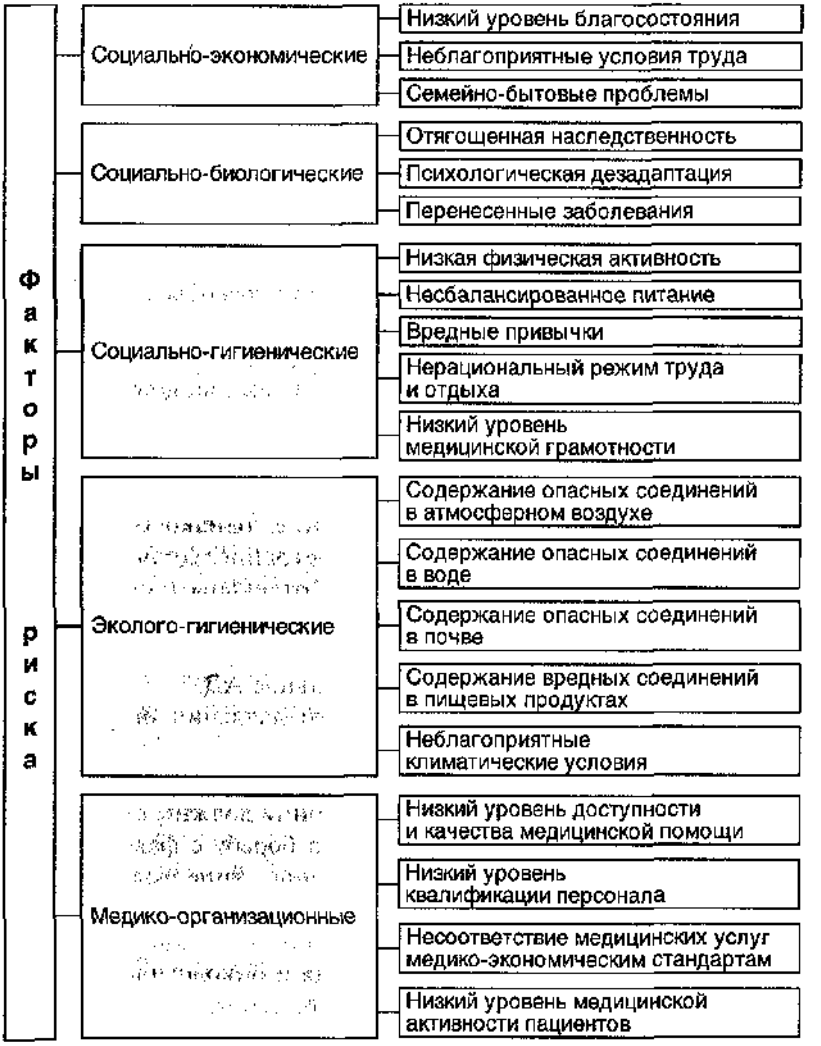


Рис. 6.1. Классификация факторов риска (Медик В.А., Юрьев В.К.)

Разделение факторов на приведенные группы весьма условно, так как человек обычно подвергается комплексному воздействию взаимосвязанных и обусловливающих друг друга факторов. В связи с этим при изучении здоровья населения проводят комплексные ста-

тистические исследования, в которых учитывают влияние множества факторов, взаимосвязь и ранговую оценку каждого из них.

Наиболее распространенными среди взрослого населения и поддающимися коррекции факторами риска являются:

- высокое артериальное давление;
- курение;
- алкоголизм;
- повышенный уровень содержания холестерина в крови (гиперхолестеринемия);
- несбалансированное питание;
- низкая физическая активность;
- избыточное потребление поваренной соли;
- сахарный диабет;
- психологические факторы.

Высокое артериальное давление. По данным ВОЗ, примерно каждый 5-й человек, проживающий в экономически развитых странах, имеет повышенное артериальное давление, однако бóльшая часть гипертоников не контролируют свое состояние. Доля лиц, страдающих артериальной гипертонией, по отдельным субъектам РФ колеблется в пределах 30–45%. У таких пациентов в 6 раз выше риск развития ишемической болезни сердца и в 2 раза — инсультов по сравнению с лицами, имеющими нормальное АД.

Длительное повышение артериального давления оказывает повреждающее действие на многие органы и системы человеческого организма, но больше всего страдают сердце, головной мозг, почки, глаза. Поэтому профилактика и лечение гипертонии должны стать основной частью комплекса мер, направленного на борьбу с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (курение, гиперхолестеринемия, гиподинамия, избыточная масса тела и др.).

Курение является фактором риска, способствующим возникновению прежде всего сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. В настоящее время общепризнано, что искоренение курения является одной из наиболее эффективных мер оздоровления населения. Многие страны (США, Финляндия, Исландия, Северная Ирландия, Канада и др.) развернули национальную кампанию, направленную на борьбу с курением, что привело к значительному снижению числа курящих и улучшению здоровья нации.

Российская Федерация входит в число стран с наиболее высоким употреблением табака — более 50% населения курит. Среди них

63% мужчин, 30% женщин, 40% юношей, 7% девушек. Ежегодно количество курящих в России увеличивается на 1,5–2%. С курением связано 40% случаев смерти мужчин от болезней системы кровообращения. По различным экспертным оценкам, в России от болезней, связанных с табакокурением, ежегодно умирают от 330 до 500 тыс. человек. Несмотря на убыль населения, ежегодно растет потребление сигарет. Курение табака является основным фактором риска развития сосудистых, бронхо-легочных, желудочно-кишечных заболеваний. При употреблении табака увеличивается риск развития заболеваний репродуктивной системы, внутриутробной смерти плода, болезней ротовой полости, других органов и систем организма. Угрожающими темпами растет доля курильщиков среди детей, подростков и женщин.

Таким образом, борьбе с курением как профилактике многих заболеваний должно отводиться важное место. Среди мер, направленных на борьбу с курением, наиболее значимыми являются запрет рекламы табака, принятие законодательных мер по запрещению курения в общественных местах, разработка и проведение комплексной антитабачной образовательной информационной программы, особенно для подростков и молодежи, повышение налогов на табачные изделия и др.

Алкоголизм является одной из самых острых проблем здоровья в большинстве стран мира. Потребление алкоголя на душу населения в Российской Федерации за 1990–2009 гг. выросло более чем в 2,5 раза и составило 18 л. В основном это произошло за счет увеличения потребления пива, доля которого в структуре продажи алкогольных напитков возросла до 76%. По данным Роспотребнадзора в настоящее время в России ежедневно употребляют алкогольные напитки 33% юношей, 20% девушек, около 70% мужчин и 47% женщин. В России от случайных отравлений алкоголем ежегодно погибают более 40 тыс. человек.

Во многих странах в последние десятилетия возросла смертность от цирроза печени, существуют убедительные доказательства влияния потребления алкоголя на повышение артериального давления. Злоупотребление алкоголем является основной причиной смертности от несчастных случаев и травм. Чрезмерное употребление алкоголя вызывает и социальные проблемы, включая преступность, жестокость, разрушение семьи, отставание в учебе, проблемы на работе, самоубийства и т.д. Проблемы, связанные с пьянством, затрагивают

не только самих пьющих, но и их семьи, окружающих, общество. В среднем продолжительность жизни больных, страдающих алкоголизмом, сокращается на 12 лет.

Специальные исследования показывают, что экономический ущерб, понесенный из-за проблем, связанных с алкоголем, составляет в России до 3,0% валового национального продукта.

Основными мероприятиями по борьбе с алкоголизмом являются повышение налогов на винно-водочные изделия, запрещение рекламы спиртных напитков, организация системы профилактики алкоголизма среди населения, особенно среди подростков и молодежи, расширение возможностей для занятий физической культурой и спортом, в первую очередь для детей, подростков и молодежи и др. (см. также гл. 3).

Повышенный уровень содержания холестерина в крови (гиперхолестеринемия). У 60% взрослых граждан РФ уровень холестерина превышает норму, из них у 20% уровень настолько высок, что требует медицинского вмешательства. Уровень холестерина в крови зависит в основном от состава пищи, хотя несомненное влияние оказывает и генетически обусловленная способность организма синтезировать холестерин. Обычно наблюдается четкая связь между употреблением в пищу насыщенных жиров и уровнем холестерина в крови. Изменение диеты сопровождается и изменением уровня холестерина в крови.

В настоящее время накоплено большое число неоспоримых доказательств связи между повышенным уровнем холестерина в крови и риском развития сердечно-сосудистых заболеваний: в 60% случаев гиперхолестеринемия является фактором риска заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Несбалансированное питание. Правильное, рациональное питание является основой для профилактики многих заболеваний.

По данным ВОЗ, около 30% всех болезней системы кровообращения обусловлены неправильным питанием, недостаточным потреблением фруктов и овощей. Улучшение структуры и качества питания может снизить смертность от онкологических заболеваний на 1/3 и более.

Особую опасность для распространения многих социально значимых хронических заболеваний представляет избыточное питание. Оно способствует возникновению заболеваний сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, болезней эндокринной системы и нарушения обмена веществ, опорно-двигательного аппарата,

злокачественных новообразований и др. И наоборот, есть данные, что увеличение потребления овощей и клетчатки, а также снижение потребления жиров способствуют предотвращению некоторых видов онкологических заболеваний. Избыточное питание приводит дополнительно к возникновению таких факторов риска, как повышенное содержание холестерина в крови (гиперхолестеринемия) и избыточная масса тела.

Малоподвижный образ жизни усугубляет данную проблему, в то время как умеренные, но регулярные физические упражнения улучшают физическое и психическое состояние, снижают вероятность развития болезней системы кровообращения, рака толстой кишки, сахарного диабета (более подробно см. гл. 5).

Низкая физическая активность. В экономически развитых странах сегодня каждый второй взрослый человек ведет малоподвижный образ жизни, и их число становится еще больше, особенно среди лиц старшего возраста. В настоящее время в Российской Федерации около 70% мужчин и более 80% женщин имеют низкий уровень физической активности. Малоподвижный образ жизни ведет к ожирению, нарушению обменных процессов, что в свою очередь отражается на росте числа социально значимых заболеваний. Научно доказано влияние физической активности на частоту и исход сердечно-сосудистых заболеваний. Физическая активность оказывает тормозящее действие на развитие атеросклероза. И наоборот, — низкая физическая активность в 2 раза повышает вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Избыточное потребление поваренной соли может вызывать артериальную гипертензию. В настоящее время во многих странах люди употребляют соль в количестве, значительно превышающем физиологические потребности (более 6 г в сутки). По данным ВОЗ, избыточное потребление соли в 1,5 раза повышает риск развития инсультов. Таким образом, для профилактики сосудистых заболеваний следует ограничить содержание в рационе питания соли до 5 г в сутки, одновременно увеличивая долю продуктов, содержащих много калия (томаты, бананы, грейпфруты, апельсины, картофель и др.), так как калий снижает эффект соли в повышении артериального давления.

Сахарный диабет. Россия входит в число 10 стран мира с наибольшим числом больных сахарным диабетом. Являясь тяжелым заболеванием, сахарный диабет выступает в свою очередь мощным фак-

тором риска сердечно-сосудистых заболеваний и других серьезных болезней, приводящих к инвалидности. Сахарный диабет в 2–4 раза повышает риск развития ишемической болезни сердца, инсульта и заболеваний периферических сосудов. В развитии сахарного диабета важную роль играет наследственная предрасположенность, поэтому лица, у которых в семье есть больные сахарным диабетом, регулярно должны проверять содержание сахара в крови. Эти больные должны избавляться от других факторов риска неинфекционных заболеваний, таких как избыточная масса тела, гиподинамия, что будет способствовать более легкому течению сахарного диабета. При этом особенно важными становятся отказ от курения, нормализация артериального давления, рациональное питание. Перспективны разработка и реализация обучающих программ для больных сахарным диабетом по вопросам профилактики и лечения этого заболевания, создание школ больных сахарным диабетом.

Психологические факторы. Психическое здоровье представляет собой важнейший медико-социальный ресурс и потенциал общества, способствующий обеспечению его гармоничного развития и достижению оптимального уровня качества жизни людей. В последнее время отмечается возрастающая роль психологических факторов в развитии сердечно-сосудистых и иных заболеваний. Доказана роль стрессов, усталости на работе, чувства страха, враждебности, социальной незащищенности в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. По данным ВОЗ, депрессия в 1,5–3 раза повышает риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, а хронический стресс на 35% повышает уровень артериального давления, учащение сердечного ритма и тем самым вероятность сердечного приступа.

В отдельных случаях воздействие факторов риска моментально приводит к развитию заболевания. В этом случае можно предположить, что именно это воздействие и явилось фактором риска для данного заболевания. Другие болезни имеют продолжительный латентный период между действием фактора и клиническим проявлением заболевания. Установление связи между ними в таком случае становится проблематичным.

Устранение или смягчение негативного влияния факторов риска на здоровье населения лежит в основе ***первичной профилактики и формирования здорового образа жизни***.

Законодательством РФ закреплен приоритет профилактических мер в укреплении и охране здоровья населения. Вся эта работа

должна проводиться в рамках ***профилактической медицины*** — самостоятельного направления медицины, включающего в себя общественное здоровье и здравоохранение, общую гигиену, эпидемиологию. Последние годы профилактическая медицина пополнилась за счет таких областей знаний, как социология медицины, экология человека, медицина труда. Профилактика факторов риска и заболеваний остается главным принципом отечественного здравоохранения.

Комплекс профилактических мер, реализуемый через систему здравоохранения, называется ***медицинской профилактикой***. Медицинская профилактика по отношению к населению бывает индивидуальной, групповой и популяционной (массовой). ***Индивидуальная профилактика*** — проведение профилактических мероприятий с отдельными лицами, ***групповая*** — с группами лиц со сходными факторами риска, ***популяционная*** охватывает большие группы населения (популяцию) или население в целом.

Медицинская профилактика заболеваний осуществляется с помощью системы социальных, санитарно-противоэпидемических и медико-санитарных мероприятий, проводимых государственными органами власти, органами местного самоуправления и медицинскими организациями в рамках программы госгарантий, включающей базовую программу обязательного медицинского страхования, а также программы иммунопрофилактики инфекционных болезней в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

Кроме того, различают первичную, вторичную и третичную профилактику, или реабилитацию.

Первичная профилактика — комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение появления тех или иных заболеваний и отклонений в состоянии здоровья.

Первичная профилактика включает в себя комплекс мер, предусматривающих:

- снижение влияния вредных факторов окружающей среды на организм человека (улучшение качества атмосферного воздуха, питьевой воды, почвы, структуры и качества питания, условий труда, быта и отдыха, снижение уровня психосоциального стресса и других факторов, влияющих на качество жизни);
- формирование здорового образа жизни;

– предупреждение профессионально обусловленных заболеваний и травм, несчастных случаев, а также случаев смерти в трудоспособном возрасте;
– проведение иммунопрофилактики среди различных групп населения.

Вторичная профилактика представляет собой комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление заболеваний, а также предупреждение их обострений, осложнений и хронизацию.

Вторичная профилактика включает в себя:
– целевое санитарно-гигиеническое обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием (организация школ здоровья для больных, страдающих бронхиальной астмой, сахарным диабетом, гипертонической болезнью и др.);
– проведение медицинских осмотров с целью выявления заболеваний на ранних стадиях развития;
– проведение курсов профилактического (противорецидивного) лечения.

Третичная профилактика, или реабилитация — комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных физиологических, социальных функций организма, качества жизни и трудоспособности больных и инвалидов. Это достигается развитием сети центров восстановительной медицины и реабилитации, а также санаторно-курортных учреждений.

Одним из важнейших компонентов первичной профилактики является ***формирование здорового образа жизни***, который включает в себя благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, позволяющие сохранять и укреплять здоровье.

Формирование здорового образа жизни у граждан начиная с детского возраста обеспечивается государственными органами, органами местного самоуправления и медицинскими организациями путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни.

Важная роль в формировании здорового образа жизни принадлежит его пропаганде, целью которой является формирование гиги-

ического поведения населения, базирующегося на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на сохранение и укрепление здоровья, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия.

Важнейшими направлениями формирования здорового образа жизни являются:

- пропаганда факторов, способствующих сохранению здоровья: личная гигиена, гигиена труда, отдыха, питания, физкультура, гигиена половой жизни, медико-социальная активность, гигиена окружающей среды и др.;
- пропаганда мер по профилактике факторов, пагубно влияющих на здоровье: избыточное потребление пищи при недостаточной физической нагрузке, злоупотребление спиртными напитками, употребление наркотиков, курение, соблюдение некоторых этнических обрядов и привычек и др.

Для пропаганды здорового образа жизни используют различные методы (рис. 6.2).



Рис. 6.2. Формы пропаганды здорового образа жизни

6.3. ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Первичными подразделениями службы формирования здорового образа жизни являются ***отделения (кабинеты) профилактики***. Они организуются в составе территориальных поликлиник, поликлинических отделений центральных районных (городских) больниц, медико-санитарных частей. По решению органов управления здравоохранением аналогичные подразделения могут создаваться в других лечебно-профилактических учреждениях.

Организационно-методическое руководство деятельностью отделений (кабинетов) медицинской профилактики осуществляет ***региональный центр медицинской профилактики***.

Отделение (кабинет) медицинской профилактики возглавляет врач (фельдшер), имеющий соответствующую подготовку в области медицинской профилактики.

Основными задачами отделения (кабинета) медицинской профилактики являются координация взаимодействия лечебно-профилактического учреждения с региональным центром медицинской профилактики, организационно-методическое обеспечение деятельности медицинских работников лечебно-профилактического учреждения по выявлению факторов риска, коррекции образа жизни, пропаганде медицинских и гигиенических знаний, здорового образа жизни. Кроме того, в современных условиях на первый план выходят задачи информационного обеспечения специалистов и населения по вопросам охраны здоровья, в том числе и через средства массовой информации, изучения и оценки знаний вопросов профилактики заболеваний, формирования здорового образа жизни у населения путем проведения социологических опросов. Все это невозможно без внедрения научно обоснованных мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний, гигиеническому обучению и воспитанию населения.

Последние годы в соответствии с приказом МЗиСР РФ от 19.08.09 № 597н на базе действующих центров медицинской профилактики, других лечебно-профилактических учреждений стали создаваться ***центры здоровья по формированию здорового образа жизни***. Центры оснащаются современными компьютерно-диагностическими комплексами для скрининг-анализа уровня психофизиологического и соматического здоровья индивидуума, функциональных и адаптивных

резервов организма. Полученные данные используют для разработки индивидуальных программ по ведению здорового образа жизни, осуществления мониторинга реализации профилактических мероприятий.

Проблемы укрепления здоровья населения путем реализации комплекса мер по первичной профилактике все больше привлекают внимание на государственном уровне. В связи с этим Концепцией демографической политики РФ на период до 2025 г. предусмотрено решение следующих задач:

- формирование у различных групп населения, особенно у подрастающего поколения, мотивации для ведения здорового образа жизни путем повышения информированности граждан через средства массовой информации о влиянии на здоровье негативных факторов и возможности их предупреждения. Привлечение граждан к занятиям физической культурой, туризмом и спортом, организации отдыха и досуга независимо от места жительства, а также разработка механизмов поддержки общественных инициатив, направленных на укрепление здоровья населения;
- разработка мер, направленных на снижение количества потребляемого алкоголя, регулирование производства, продажи и потребления алкогольной продукции, осуществление в образовательных учреждениях профилактических программ, направленных на недопущение потребления алкоголя и курения детьми и подростками;
- создание эффективной системы профилактики социально значимых заболеваний, предупреждения факторов их развития;
- обеспечение безбарьерной среды обитания для лиц с ограниченными возможностями, развитие реабилитационной индустрии, направленной на обеспечение максимальной социализации инвалидов;
- внедрение комплексных оздоровительных и реабилитационных программ по сокращению сроков восстановления здоровья после перенесенных заболеваний и травм, развитие услуг, предоставляемых санаторно-курортными организациями и оздоровительными учреждениями.

Таким образом, рационально построенная система профилактики должна дать высокий социальный и экономический эффект за счет предотвращения преждевременной смертности, заболеваемости

с временной утратой трудоспособности, инвалидности, сокращения расходов на выплату социальных пособий и др.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что такое факторы риска? Приведите их классификацию.
2. Дайте характеристику наиболее распространенных среди взрослого населения факторов риска возникновения заболеваний.
3. Раскройте содержание понятия «профилактика».
4. Какие виды медицинской профилактики вы знаете?
5. Что такое первичная профилактика?
6. Что включает в себя вторичная профилактика?
7. Что представляет собой третичная профилактика?
8. Раскройте понятие «здоровый образ жизни».
9. Какие формы пропаганды здорового образа жизни используются в работе с населением?
10. Перечислите основные задачи отделения (кабинета) медицинской профилактики, центра здоровья по формированию здорового образа жизни.
11. Какие задачи по формированию здорового образа жизни сформулированы в Концепции демографической политики РФ на период до 2025 года?

ЧАСТЬ 2
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

Система здравоохранения, являясь важнейшим элементом общественной жизни, нацелена на решение крупных стратегических задач развития страны, прежде всего на укрепление физического и социального благополучия граждан и удовлетворение растущих потребностей в медицинской помощи. Одновременно здравоохранение призвано внести заметный вклад в формирование производственного потенциала общества. По данным академика РАМН О.П. Щепина, вклад здравоохранения в формирование здоровья населения достигает 30%. В последнее время усиливается значение здравоохранения как фактора национальной безопасности граждан и государства.

Охрана здоровья граждан является обязательным условием нормальной жизни любого цивилизованного общества. В соответствии с законодательством граждане Российской Федерации обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья. В России государство возлагает на себя ответственность за сохранение и укрепление здоровья населения и гарантирует охрану здоровья каждого человека. Эти положения закреплены в Конституции РФ и иных законодательных актах.

Охрана здоровья граждан — система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического, характера, осуществляемых органами государственной власти РФ, органами государствен-

ной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления, организациями, должностными и иными лицами, гражданами в целях сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

Охрана здоровья граждан — первостепенное дело государства и общества в целом, однако системе здравоохранения в этом принадлежит ведущая и координирующая роль.

Право граждан на охрану здоровья закреплено основными принципами отечественного здравоохранения:

- приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;
- соблюдение прав гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- доступность медико-социальной помощи;
- социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- ответственность органов государственной власти, руководителей организаций независимо от формы собственности, а также должностных лиц за реализацию прав граждан в области охраны здоровья.

Реализация мер по охране здоровья граждан базируется прежде всего на современной системе законодательства об охране здоровья граждан. Важнейшими направлениями в реализации этих мер также являются повышение эффективности управления отраслью, совершенствование организации отдельных видов медицинской помощи, модернизация системы обязательного медицинского страхования, повышение уровня профессионального образования работников здравоохранения и др.

Глава 7

Правовые основы охраны здоровья граждан

7.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Элементы регулирования медицинской деятельности появились со времен зарождения медицины. Существовавшие на разных этапах развития человеческого общества правила и обычаи не могли не затронуть взаимоотношений пациента и врача. Однако в нашей стране длительное время отсутствовало подробное правовое регулирование профессиональной деятельности медицинских работников. Если медицина и соприкасалась с правом, то в большинстве случаев с уголовным.

В последние десятилетия реформы социально-экономического уклада общества, прогресс медицины, появление частной системы здравоохранения наряду с государственной и муниципальной вызвали необходимость радикальных изменений в действующей системе правового регулирования общественных отношений, связанных с медицинской деятельностью. В связи с этим значительно изменилась нормативная правовая база в сфере здравоохранения, вступили в силу новые федеральные законы, постановления Правительства РФ, приказы МЗиСР РФ.

Изменилась и правовая ситуация в здравоохранении — медицина стала более доступна для претензий и исков пациентов. Поэтому сегодня каждый медицинский работник должен четко знать не только свои права и обязанности, но также права и обязанности пациента при оказании ему медицинских услуг. Он должен знать основы юриспруденции, иметь представление о той ответственности, которая наступает в случае невыполнения или ненадлежащего выполнения им своих профессиональных обязанностей. Необходимым условием реализации этих требований является наличие соответствующей нормативной правовой базы.

7.2. СИСТЕМА ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

Основным законом Российской Федерации, в соответствии с которым формируется вся нормативная правовая база здравоохранения, является принятая в 1993 г. **Конституция Российской Федерации.**

Во второй главе Конституции сформулирован ряд прав и свобод граждан, касающихся охраны здоровья и жизни любого человека, деятельности медицинских работников, и установлены следующие принципы:

- о праве на жизнь (ст. 20);
- об охране достоинства личности государством, о недопустимости подвергаться унижающему человеческое достоинство обращению, медицинским, научным или иным опытам без добровольного согласия (ст. 21);
- о защите государством материнства, детства и семьи (ст. 38);
- о гарантиях социального обеспечения по возрасту в случае болезни и инвалидности (ст. 39);
- о праве на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь (ст. 41);
- о праве на благоприятную окружающую среду и о возмещении ущерба, причиненного здоровью человека экологическим правонарушением (ст. 42).

Руководствуясь Конституцией РФ в 1993 г. были приняты «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», ряд других Федеральных законов РФ, регулирующих отношения в сфере охраны здоровья населения. Созданная таким образом нормативная правовая база здравоохранения России получила свое развитие в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — «Основы»).

В «Основах» уточнены основные принципы охраны здоровья граждан в Российской Федерации; полномочия федеральных, региональных органов государственной власти и местного самоуправления в сфере охраны здоровья граждан; права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья; основные направления организации охраны здоровья граждан в Российской Федерации. В отдельные главы вынесены вопросы охраны здоровья матери, ребенка, семьи; права и обязанности медицинских и фармацевтических работников, ответственность за причинение вреда здоровью; вопросы финансового

обеспечения охраны здоровья граждан. Также в соответствующих статьях «Основ» прописаны вопросы, связанные с медицинской экспертизой, медицинским освидетельствованием граждан, мероприятиями, осуществляемыми в связи со смертью человека и др.

В соответствии с Конституцией и «Основами» отдельные виды медицинской деятельности регулируются другими нормативными правовыми актами.

Так, общие правила, регулирующие медицинскую деятельность по пересадке органов и тканей человека, сформулированы в **Законе РФ «О трансплантации органов и/или тканей человека»**.

Трансплантация органов и/или тканей от живого донора или трупа может быть применена только в случае, если другие медицинские средства не могут гарантировать сохранение жизни больного (реципиента) либо восстановление его здоровья. Трансплантация органов и тканей допускается исключительно с согласия живого донора и, как правило, с согласия реципиента.

Органы и/или ткани могут быть изъяты у трупа для трансплантации только в том случае, если имеются бесспорные доказательства факта смерти, зафиксированного консилиумом врачей-специалистов. Заключение о смерти дается на основании констатации необратимой гибели всего головного мозга.

Органы и/или ткани человека не могут быть предметом купли-продажи. Купля-продажа органов и/или тканей человека влечет уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ.

Общие правила, регламентирующие отношения, связанные с донорством крови и ее компонентов, сформулированы в **Законе РФ «О донорстве крови и ее компонентов»**.

Согласно этим правилам донорство крови и ее компонентов — это свободно выраженный добровольный акт. Донором крови и ее компонентов может быть каждый дееспособный гражданин с 18 лет, прошедший медицинское обследование. Взятие от донора крови и ее компонентов допустимо только при условии, если здоровью донора не будет причинен вред.

Медицинскую деятельность по иммунопрофилактике инфекционных болезней регулирует **Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»**. Иммунопрофилактика инфекционных болезней — это система мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок

согласно Национальному календарю профилактических прививок. Он устанавливает сроки и порядок проведения гражданам профилактических прививок.

Федеральный закон «О предупреждении распространения туберкулеза» устанавливает правовые основы государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации в целях охраны здоровья граждан и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Этот закон определяет права и обязанности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением или госпитализированных в связи с туберкулезом, а также медицинских, ветеринарных и иных работников, непосредственно участвующих в оказании противотуберкулезной помощи, порядок организации оказания противотуберкулезной помощи, порядок установления диспансерного наблюдения и др.

Общие правила, регулирующие медицинскую деятельность по предупреждению распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека, сформулированы в **Федеральном законе «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».**

Согласно этому закону ВИЧ-инфицированные граждане РФ обладают на ее территории всеми правами и свободами в соответствии с действующим законодательством. Не допускаются увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции.

Медицинское освидетельствование граждан на наличие у них ВИЧ-инфекции в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения проводится добровольно по просьбе освидетельствуемого лица.

Обязательному медицинскому освидетельствованию подлежат доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей, а также работники отдельных профессий, перечень которых утверждается Правительством РФ.

Медицинские и иные работники, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими ВИЧ, имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени, ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск за работу с вредными и/или опас-

ными условиями труда в соответствии с законодательством РФ. Кроме того, они подлежат обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей, а также обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

В **Законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»** сформулированы общие правила оказания психиатрической помощи.

В законе зафиксированы гарантии государства в области оказания психиатрической помощи; права лиц, страдающих психическими расстройствами, и ограничения в правах; порядок осуществления принудительных мер медицинского характера в отношении таких лиц; права, обязанности и меры социальной защиты врачей-психиатров, иных специалистов и медицинского персонала, участвующих в оказании психиатрической помощи; порядок проведения психиатрического освидетельствования, оказания консультативно-лечебной помощи психиатрического профиля, диспансерного наблюдения, госпитализации (добровольной и недобровольной) лиц, страдающих психическими расстройствами, и помещения их в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения.

Медицинские и иные работники, участвующие в оказании психиатрической помощи, имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени, ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск за работу с вредными и/или опасными условиями труда в соответствии с законодательством РФ.

Медицинские и иные работники, участвующие в оказании психиатрической помощи, подлежат обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей, а также обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Общие правила, регулирующие оборот наркотических средств и психотропных веществ в медицинской практике, сформулированы в **Федеральном законе «О наркотических средствах и психотропных веществах»**.

Наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры, подлежащие контролю в Российской Федерации, включаются в особый перечень.

Государственная политика в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и в области противодействия их незаконному обороту строится на следующих принципах:

- государственная монополия на основные виды деятельности, связанные с оборотом наркотических средств, психотропных веществ;
- приоритетность мер по профилактике наркомании и правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотиков;
- лицензирование всех видов деятельности, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ.

В России запрещается потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача. Государство гарантирует больным наркоманией оказание наркологической помощи.

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» устанавливает правовые, экономические и организационные основы дальнейшего развития обязательного медицинского страхования населения в Российской Федерации (вопросы обязательного медицинского страхования подробно рассматриваются в гл. 21).

Рядом нормативных правовых актов регулируется ***медицинская деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека***. В соответствии с «Основами» она осуществляется путем искусственного прерывания беременности, медицинской стерилизации и искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона.

Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 нед, по социальным показаниям при сроке беременности до 22 нед, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины независимо от срока беременности.

Медицинская стерилизация как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина старше 35 лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и согласии гражданина независимо от возраста и наличия детей.

Каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на ***искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона***, которые осуществляются в лицензированных учреждениях при наличии письменного согласия супругов (одинокой женщины).

Также к системе законодательства об охране здоровья относятся такие законы, как:

- «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
- «О радиационной безопасности населения»;
- «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах»;
- «Об обращении лекарственных средств»;
- «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»;
- «Об ограничении курения табака».

Кроме того, к правовым источникам, регулирующим здравоохранение, относятся постановления и распоряжения Правительства РФ, указы Президента РФ, приказы, инструкции, правила и другие документы Министерства здравоохранения и социального развития РФ, а также нормативные правовые акты субъектов РФ. Многие вопросы, связанные с медицинской деятельностью, регулируются в рамках различных отраслей права — трудового, гражданского, административного, уголовного и др.

7.3. ПРАВА ГРАЖДАН В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Согласно «Основам» при заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на ***медицинскую помощь***, которая включает в себя совокупность лечебно-профилактических мероприятий, проводимых при заболеваниях, травмах, отравлениях, а также при родах лицами, имеющими высшее и среднее медицинское образование.

Медицинская помощь оказывается медицинскими работниками и иными специалистами учреждений государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с **Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи** (подробно рассматривается в гл. 11).

Граждане имеют право на дополнительные медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений и органи-

заций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством РФ.

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет следующие права.

- ***На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.*** Грубое, небрежное отношение к пациенту может служить основанием для привлечения медицинского работника к юридической ответственности.
- ***Выбор врача, медицинской организации.*** Пациент имеет право выбирать лечащего врача и медицинскую организацию независимо от места проживания. В случае, если медицинская организация, выбранная гражданином, не удовлетворяет его требованиям, он вправе отказаться от лечения в ней и выбрать другую.
- ***Обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.*** Санитарные нормы и правила регламентируют условия и порядок размещения людей в больничных палатах, противоэпидемический и санитарный режим в лечебных учреждениях.
- ***Облегчение боли, связанной с заболеванием и/или медицинским вмешательством, доступными способами и средствами.*** Недопустимо применение методов диагностики или лечения без необходимого обезболивания. За виновное причинение боли пациенту действующим законодательством предусмотрена юридическая ответственность медицинских работников.
- ***Сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании пациента и его лечении.*** Пациенты имеют право на врачебную тайну, т.е. на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при их обследовании и лечении. Эта информация без согласия пациента никому не может быть предоставлена, за исключением следующих случаев: по запросу органов дознания и следствия, суда; при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему больному наркоманией в возрасте старше 16 лет, иным несовершеннолетним в возрасте старше 15 лет; в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов; при расследовании несчастного случая

и профессионального заболевания на производстве, других случаях, предусмотренных законодательством РФ.

- ***Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.*** Это необходимое предварительное условие медицинского вмешательства. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.
- ***Отказ от медицинского вмешательства.*** Пациент или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения. При отказе от медицинского вмешательства пациенту или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником. Оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния. Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представителей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей — судом.
- ***Получение информации о правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.*** Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. Информация о состоянии здоровья

гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, — их законным представителям лечащим врачом, заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении. Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

Кроме того, пациенты имеют право на:

- ***Проведение по просьбе пациента консилиума и консультаций других специалистов.***
- ***Получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования.***
- ***Возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью пациента при оказании медицинской помощи.***
- ***Допуск к пациенту адвоката или иного законного представителя для защиты его прав.***
- ***Допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении — на предоставление условий для отправления религиозных обрядов.***

Соответствующими статьями «Основ» регламентированы права на охрану здоровья отдельных категорий граждан: занятых на работах с вредными или опасными производственными факторами; военнослужащих и подлежащих призыву на военную службу; лиц, задержанных, заключенных под стражу и отбывающих наказание и др.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации либо в суд.

7.4. ПРАВОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Согласно «Основам» ***право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью*** в Российской Федерации имеют лица, получившие

высшее, среднее медицинское или фармацевтическое образование в России в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие сертификат и свидетельство об аккредитации специалиста.

Право на занятие фармацевтической деятельностью в Российской Федерации имеют также лица, обладающие правом на занятие медицинской деятельностью и получившие дополнительное профессиональное образование в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения, работающие в обособленных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность (амбулаториях, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктах, центрах (отделениях) общей врачебной (семейной) практики), расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации.

Сертификат специалиста выдается на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура) или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан.

Лица, незаконно занимающиеся медицинской или фармацевтической деятельностью, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ.

Право на занятие частной медицинской практикой имеют лица, получившие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на медицинскую деятельность. ***Частная медицинская практика*** — это оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет личных средств граждан или за счет средств предприятий, учреждений и организаций, в том числе страховых медицинских организаций, в соответствии с заключенными договорами.

Правом на занятие народной медициной обладают граждане РФ, получившие диплом целителя, выдаваемый органами исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья граждан. ***Народная медицина*** — это методы оздоровления, профилактики, диагностики и лечения, основанные на опыте многих поколений людей, утвердившиеся в народных традициях. Народная медицина не вхо-

дит в Программу госгарантий. Допускается использование методов народной медицины в лечебно-профилактических учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения по решению руководителей этих учреждений. Проведение сеансов массового целительства, в том числе с использованием средств массовой информации, запрещается. Незаконное занятие народной медициной (целительством) влечет за собой административную и уголовную ответственность.

В соответствии с «Основами» ***медицинские и фармацевтические работники имеют право***:

- на обеспечение условий их деятельности в соответствии с требованиями охраны труда;
- работу по трудовому договору (контракту), в том числе за рубежом;
- совершенствование профессиональных знаний и навыков за счет средств работодателя;
- защиту своей профессиональной чести и достоинства;
- прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и сроки, определяемые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на дифференциацию условий оплаты труда по результатам аттестации;
- переподготовку за счет средств работодателя при невозможности выполнять профессиональные обязанности по состоянию здоровья, а также в случаях высвобождения работников в связи с сокращением численности или штата, ликвидации организации;
- страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей;
- создание профессиональных общественных объединений.

Меры социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников федеральных специализированных организаций здравоохранения устанавливаются Правительством РФ, организаций здравоохранения, находящихся в ведении субъектов РФ, — органами государственной власти субъектов РФ, а муниципальных организаций здравоохранения — органами местного самоуправления.

Медицинский работник должен не только знать свои права, но и иметь представление о юридической ответственности, которая может

наступить за невыполнение или ненадлежащее выполнение своих профессиональных обязанностей. Юридическая ответственность медицинского работника может быть:

– гражданско-правовой;
– дисциплинарной;
– административной;
– уголовной.

Общим основанием для привлечения к юридической ответственности является совершение лицом правонарушения. Под правонарушением понимается противоправное деяние (действие или бездействие). Противоправность деяния проявляется в нарушении лицом общеобязательных правил поведения, установленных нормами права, регулирующих различные стороны жизни общества. Вина может быть в форме умысла или неосторожности. Последствием правонарушения, как правило, является причинение вреда. Вред может быть различным: материальным или моральным, измеримым или неизмеримым, восстановимым или невосстановимым.

Гражданско-правовая ответственность возникает при установлении факта ***вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина*** при оказании медицинской помощи, что предусмотрено ст. 1084–1094 Гражданского кодекса РФ.

При причинении гражданину увечья или ином повреждении его здоровья возмещению подлежит утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел или определенно мог иметь, а также дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии и др.

Возмещение вреда, вызванного уменьшением трудоспособности или смертью потерпевшего, производится ежемесячными платежами. При наличии уважительных причин суд с учетом возможностей причинителя вреда может по требованию гражданина, имеющего право на возмещение вреда, присудить ему причитающиеся платежи единовременно, но не более чем за три года.

Кроме возмещения имущественного вреда потерпевший может требовать компенсации морального вреда, который обычно заключается в физических или нравственных страданиях, связанных с неправильным лечением или ошибочной диагностикой, разглаше-

нием врачебной тайны, а также иными неправомерными действиями медицинских работников. Порядок компенсации морального вреда регулируется ст. 12, 150–151 ч. 1 Гражданского кодекса РФ, а также ст. 1099–1101 ч. 2 Гражданского кодекса РФ. Конкретный размер компенсации морального вреда определяется, как правило, в судебном порядке.

Гражданско-правовая ответственность в виде возмещения имущественного вреда и компенсации морального вреда не исключает применения к причинителю вреда иных видов юридической ответственности.

Основанием для ***дисциплинарной ответственности*** медицинских работников являются совершаемые ими различные дисциплинарные проступки: нарушение правил внутреннего трудового распорядка, невыполнение или ненадлежащее выполнение своих трудовых обязанностей, нарушение правил техники безопасности и т.д.

За совершение дисциплинарного проступка работодатель имеет право применить к нарушителю следующие дисциплинарные взыскания: замечание, выговор, увольнение по соответствующим основаниям. До применения дисциплинарного взыскания работодатель должен потребовать от работника объяснение в письменной форме. Если по истечении 2 рабочих дней указанное объяснение работником не предоставлено, то составляется соответствующий акт. Непредставление работником объяснения не является препятствием для применения дисциплинарного взыскания.

Дисциплинарное взыскание применяется не позднее 1 мес со дня обнаружения проступка, не считая времени болезни работника, пребывания его в отпуске, а также времени, необходимого на учет мнения представительного органа работников. Дисциплинарное взыскание не может быть применено позднее 6 мес со дня совершения проступка, а по результатам ревизии, проверки финансово-хозяйственной деятельности или аудиторской проверки — позднее 2 лет со дня его совершения. В указанные сроки не включается время производства по уголовному делу. Не может считаться нарушением трудовой дисциплины невыполнение работником своих трудовых обязанностей при отсутствии необходимого оборудования, достаточной квалификации и т.д.

За каждый дисциплинарный проступок может быть применено только одно дисциплинарное взыскание. Приказ (распоряжение) работодателя о применении дисциплинарного взыскания объяв-

ляется работнику под расписку в течение 3 рабочих дней со дня его издания, не считая времени отсутствия работника на работе. В случае отказа работника ознакомиться с указанным приказом (распоряжением) под расписку составляется соответствующий акт. Дисциплинарное взыскание может быть обжаловано работником в государственную инспекцию труда и/или органы по рассмотрению индивидуальных трудовых споров.

Если в течение года со дня применения дисциплинарного взыскания работник не будет подвергнут новому дисциплинарному взысканию, то он считается не имеющим дисциплинарного взыскания. Работодатель до истечения года со дня применения дисциплинарного взыскания имеет право снять его с работника по собственной инициативе, просьбе самого работника, ходатайству его непосредственного руководителя или представительного органа работников.

Основанием для ***административной ответственности*** является административное правонарушение, т.е. такое противоправное виновное действие (бездействие) физического или юридического лица, за которое законодательством установлена административная ответственность.

За совершение административных правонарушений в области здравоохранения применяются в основном такие виды наказания, как предупреждение и штраф. Назначение административного наказания не освобождает лицо от исполнения обязанности, за неисполнение которой наказание было назначено. Никто не может нести административную ответственность дважды за одно и то же правонарушение. Постановление по делу об административном правонарушении не может быть вынесено по истечении 2 мес со дня его совершения.

Административная ответственность по действующему законодательству в области здравоохранения предусмотрена за следующие правонарушения:

- незаконное занятие частной медицинской практикой, частной фармацевтической деятельностью либо народной медициной (целительством);
- нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выразившееся в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, требований технических регламентов, невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

– нарушение санитарно-эпидемиологических требований к эксплуатации жилых помещений и общественных помещений, зданий, сооружений и транспорта, к питьевой воде, к организации питания населения, к условиям воспитания и обучения;
– незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов;
– потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача;
– нарушение правил оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров;
– пропаганду наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров;
– нарушение законодательства о труде и об охране труда;
– неправомерный отказ от предоставления информации;
– сокрытие страхователем наступления страхового случая при обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
– сокрытие лицом, больным ВИЧ-инфекцией, венерическим заболеванием, источника заражения, а также лиц, имевших с указанным лицом контакты, создающие опасность заражения.

Назначение административного наказания юридическому лицу не освобождает от административной ответственности за данное правонарушение виновное физическое лицо, равно как и наоборот.

Основанием для ***уголовной ответственности*** является совершение деяния, содержащего все признаки состава преступления. Преступлением признается виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное Уголовным кодексом РФ под угрозой наказания. Термин «деяние» предусматривает как активный (действие), так и пассивный (бездействие) способ совершения преступления. Наиболее опасными являются умышленные преступления, направленные на причинение вреда жизни и здоровью.

Уголовный кодекс РФ (п. «м» ч. 2 ст. 105) предусматривает уголовное наказание в виде лишения свободы на срок от 8 до 20 лет с ограничением свободы на срок от 1 года до 2 лет либо пожизненное лишение свободы, либо смертную казнь за ***убийство*** в целях использования органов или тканей потерпевшего. Пункт «ж» ч. 2 ст. 111 УК РФ предусматривает уголовное наказание в виде лишения свободы на срок от 3 до 10 лет с ограничением свободы на срок до 2 лет либо

без такового за умышленное причинение тяжкого вреда здоровью в целях использования органов и тканей потерпевшего.

Ряд статей УК РФ предусматривает уголовную ответственность за ***нанесение вреда здоровью потерпевшего*** различной степени тяжести. Факт причинения вреда здоровью потерпевшего и степень его тяжести определяются путем проведения судебно-медицинской экспертизы, которая назначается постановлением следователя, прокурора или определением суда.

Согласно ст. 111 УК РФ умышленным причинением *тяжкого вреда здоровью* является причинение вреда, опасного для жизни человека, или повлекшего за собой потерю зрения, речи, слуха либо какого-либо органа или утрату органом его функций, прерывание беременности, психическое расстройство, заболевание наркоманией либо токсикоманией, или выразившегося в неизгладимом обезображивании лица, или вызвавшего значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть или заведомо для виновного полную утрату профессиональной трудоспособности.

Средний вред здоровью (ст. 112 УК РФ) определяется после исключения признаков, указанных в ст. 111 УК РФ. При этом учитываются два критерия: длительность расстройства здоровья — временная утрата трудоспособности на срок более 3 нед и значительная утрата общей трудоспособности, под которой следует понимать стойкую утрату трудоспособности от 10 до 30% включительно. Стойкой утратой работоспособности следует считать и длительность расстройства здоровья свыше 120 дней с учетом последствий травмы.

Легкий вред здоровью характеризуется следующими признаками: кратковременным расстройством здоровья на срок до 3 нед; незначительной стойкой утратой общей трудоспособности, равной 5%.

Согласно ст. 124 УК РФ преступлением считается ***неоказание помощи больному*** без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного.

Неоказание помощи больному квалифицируется как преступление, если помощь не была оказана без уважительной причины, а медицинский работник осознавал, что ее неоказание может повлечь тяжкие последствия для больного. Уважительной причиной неоказания помощи больному являются, например, болезнь самого медицинского работника, стихийное бедствие и т.д.

Согласно ст. 123 УК РФ преступлением считается ***незаконное производство аборта*** лицом, не имеющим высшего медицинского образования специального профиля. Лицо, совершившее такое преступление, наказывается штрафом в размере до 80 тыс. рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 6 мес, либо обязательными работами на срок от 100 до 240 ч, либо исправительными работами на срок от 1 года до 2 лет.

Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации влечет уголовную ответственность по ст. 120 УК РФ. За принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации, совершенное с применением насилия либо с угрозой его применения, предусмотрено наказание в виде лишения свободы на срок до 4 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового. То же деяние, совершенное в отношении лица, заведомо для виновного находящегося в беспомощном состоянии либо в материальной или иной зависимости от виновного, наказывается лишением свободы на срок от 2 до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

Уголовная ответственность за ***заражение другого лица ВИЧ-инфекцией*** вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей предусмотрена ч. 4 ст. 122 УК РФ. Лицо, совершившее такое преступление, наказывается лишением свободы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет.

Незаконное помещение лица в психиатрический стационар согласно ч. 1 ст. 128 УК РФ наказывается лишением свободы на срок до 3 лет. То же деяние, если оно совершено лицом с использованием своего служебного положения либо повлекло по неосторожности смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия, наказывается лишением свободы на срок от 3 до 7 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

Статьи 228, 228.1, 228.2 УК РФ предусматривают ответственность за незаконное приобретение, хранение, перевозку, изготовление, переработку, производство, сбыт, пересылку, ***нарушение правил оборота наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов.***

Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов (ст. 233 УК), дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ, наказываются штрафом в размере до 80 тыс. рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 6 мес, либо обязательными работами на срок до 180 ч, либо исправительными работами на срок до 1 года, либо ограничением свободы на срок до 2 лет, либо лишением свободы на срок до 2 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

Согласно ч. 1 ст. 235 УК РФ ***занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью лицом, не имеющим лицензии*** на избранный вид деятельности, если это повлекло по неосторожности причинение вреда здоровью человека, наказывается штрафом в размере до 120 тыс. рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 1 года, либо ограничением свободы на срок до 3 лет, либо лишением свободы на срок до 3 лет. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть человека, согласно ч. 2 ст. 235 УК РФ, наказывается лишением свободы на срок до 5 лет.

Согласно ч. 1 ст. 236 УК РФ ***нарушение санитарно-эпидемиологических правил***, повлекшее по неосторожности массовое заболевание или отравление людей, наказывается штрафом в размере до 80 тыс. рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 6 мес, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет, либо обязательными работами до 180 ч, либо исправительными работами до 1 года, либо ограничением свободы на срок до 1 года. Если же нарушение санитарно-эпидемиологических правил повлекло по неосторожности смерть человека, согласно ч. 2 ст. 236 УК РФ такое деяние наказывается обязательными работами на срок от 180 до 240 часов, либо исправительными работами на срок от 6 мес до 2 лет, либо лишением свободы на срок до 5 лет.

Преступления против жизни и здоровья человека в медицинской практике совершаются, как правило, по неосторожности.

Часть 2 ст. 109 УК РФ предусматривает уголовную ответственность за ***причинение смерти по неосторожности*** вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей.

Лицо, совершившее такое преступление, наказывается ограничением свободы на срок до 3 лет либо лишением свободы на тот же срок с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

Согласно ч. 2 ст. 118 УК РФ ***причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности***, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, наказывается ограничением свободы на срок до 4 лет либо лишением свободы на срок до 1 года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

Уголовная ответственность для медицинских работников может также наступить за совершение должностных преступлений, к которым относятся злоупотребление должностными полномочиями, превышение должностных полномочий, получение взятки, служебный подлог, халатность.

Злоупотребление должностными полномочиями, т.е. использование должностным лицом своих служебных полномочий вопреки интересам службы, если это деяние совершено из корыстной или иной личной заинтересованности и повлекло существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства, влечет уголовную ответственность по ст. 285 УК РФ. Лицо, совершившее такое преступление, наказывается штрафом в размере до 80 тыс. рублей или в размере заработной платы осужденного за период до 6 мес, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 5 лет, либо арестом на срок от 4 до 6 мес, либо лишением свободы на срок до 4 лет.

Статья 290 УК РФ предусматривает уголовную ответственность за ***взяточничество***. Взяткой является получение должностным лицом лично или через посредника денег, ценных бумаг, иного имущества или выгод имущественного характера за действия (бездействие) в пользу взяткодателя или представляемых им лиц, если такие действия (бездействие) входят в служебные полномочия должностного лица либо оно в силу должностного положения может способствовать таким действиям (бездействию), а равно за общее покровительство или попустительство по службе.

Взяточничество наказывается штрафом в размере от 100 тыс. до 500 тыс. рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от 1 года до 3 лет либо лишением свободы на

срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет.

Согласно ст. 292 УК РФ внесение в официальные документы заведомо ложных сведений (учитывая, что медицинским работникам предоставлено право оформлять официальные медицинские документы), а равно внесение в указанные документы исправлений, искажающих их действительное содержание, из корыстной или иной личной заинтересованности образуют состав такого преступления, как ***служебный подлог***, который наказывается штрафом в размере до 80 тыс. рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 6 мес, либо обязательными работами на срок от 180 до 240 ч, либо исправительными работами на срок от 1 года до 2 лет, либо арестом на срок от 3 до 6 мес, либо лишением свободы на срок до 2 лет.

Служебный подлог имеет место при выдаче листка нетрудоспособности здоровому человеку, выдаче ложных справок о якобы тяжелом заболевании, о необходимости постороннего ухода, о наличии беременности, о перенесенной травме и т.д. Как служебный подлог квалифицируются случаи выдачи заведомо ложного свидетельства о рождении или смерти, уничтожение историй болезни, протоколов патолого-анатомического вскрытия.

Опасным преступлением, способным причинить вред правам и интересам граждан, является ***халатность***. Согласно ст. 293 УК РФ халатность — это неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе, если это повлекло причинение крупного ущерба или существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства. Халатность, повлекшая по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека, наказывается лишением свободы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

Юридическая и медицинская практика убедительно свидетельствует, что чем выше правовая культура медицинских работников, тем лучше исполняются ими профессиональные обязанности, тем выше эффективность и качество медицинской помощи, реальнее обеспечение прав и законных интересов граждан в сфере охраны здоровья. Зная основы юриспруденции, медицинские работники должны ориентироваться в действующем законодательстве и неукоснительно

следовать в своей профессиональной деятельности правовым нормам. Знание медицинскими работниками своих прав и обязанностей, умение понимать и применять законы, давать оценку неправомерному поведению в правоотношениях с пациентом и предвидеть его юридические последствия окажут значительную помощь в предупреждении конфликтов с пациентами, а также возможных ошибок и профессиональных преступлений.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Перечислите основные принципы отечественного здравоохранения.
2. Какие статьи Конституции РФ закрепляют права и свободы граждан, касающиеся охраны здоровья и жизни?
3. Какие проблемы регулирует Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»?
4. Перечислите действующие Федеральные законы, регулирующие медицинскую деятельность в России.
5. Дайте определение понятия «охрана здоровья граждан». Каковы права граждан по ее получению?
6. Какие основные права имеет пациент при обращении за медицинской помощью?
7. Перечислите основные требования, предъявляемые законодательством, к лицам для занятия медицинской и фармацевтической деятельностью.
8. Какие социальные и профессиональные права предоставляются законодательством медицинским и фармацевтическим работникам?
9. Перечислите виды юридической ответственности медицинских работников.
10. Каким образом производится возмещение вреда, причиненного здоровью граждан при оказании медицинских услуг?
11. В каких случаях и каким образом наступает дисциплинарная и административная ответственность медицинских работников за нарушения, связанные с профессиональной деятельностью?
12. Какие правонарушения являются основанием для привлечения медицинских работников к уголовной ответственности?

Глава 8

Организационные основы здравоохранения

8.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Нормативная правовая база в области охраны здоровья граждан определяет организационную основу оказания населению РФ медицинской помощи. Такой основой является система здравоохранения, структурные элементы которой законодательно закреплены в соответствующих правовых актах.

Система здравоохранения представляет собой совокупность федеральных органов управления здравоохранением, органов исполнительной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления, подведомственных им организаций, а также субъектов частной медицинской практики и частной фармацевтической деятельности, функционирующих в целях сохранения и укрепления здоровья граждан.

Организационно-функциональная структура системы здравоохранения РФ представлена на рис. 8.1.

В соответствии с законодательством РФ в Российской Федерации в зависимости от форм собственности и источников финансирования в выделяют три системы здравоохранения:

– государственную;
– муниципальную;
– частную.

К ***государственной системе здравоохранения*** относятся федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан и их территориальные органы, Российская академия медицинских наук, исполнительные органы государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья граждан, а также подведомственные им медицинские и фармацевтические организации.

К ***муниципальной системе здравоохранения*** относятся органы местного самоуправления муниципальных районов (городских округов), осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья граждан, а также подведомственные им медицинские и фармацевтические организации.



Рис. 8.1. Организационно-функциональная структура системы здравоохранения Российской Федерации

Государственную и муниципальную системы здравоохранения можно объединить общим названием ***«общественная система здравоохранения»***.

К ***частной системе здравоохранения*** относятся медицинские, фармацевтические и иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья граждан, которые создаются юридическими и физическими лицами.

Субъекты частной системы здравоохранения вправе наряду с государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения участвовать в реализации государственной политики в сфере здравоохранения, формировании рынка медицинских услуг, решении задачи обеспечения граждан квалифицированной медицинской помощью. Деятельность частных организаций здравоохранения основывается на принципах применения единых в сфере здравоохранения нормативных правовых актов, стандартов медицинской помощи и этических норм.

Выделение государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения достаточно условно. Поэтому правильнее считать,

что в Российской Федерации действует единая система здравоохранения, подчиненная решению целого комплекса задач по сохранению и укреплению здоровья граждан, а внутри этой системы имеются три сектора: государственный, муниципальный и частный.

8.2. ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Учреждения, входящие в систему здравоохранения РФ, оказывают населению различные виды медицинской помощи. ***Медицинская помощь*** — совокупность лечебно-профилактических мероприятий, проводимых при заболеваниях, травмах, отравлениях, а также при родах, лицами, имеющими высшее и среднее медицинское образование.

Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

1) *вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой*, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
2) амбулаторно (в том числе на дому при вызове медицинского работника, в дневном стационаре), то есть в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения;
3) стационарно, то есть в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение.

Существуют несколько классификаций видов медицинской помощи. Согласно «Основам» выделяют:

- первичную медико-санитарную помощь, в том числе доврачебную, врачебную;
- специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь;
- скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;
- паллиативную медицинскую помощь.

Наиболее массовым видом медицинской помощи является первичная медико-санитарная помощь. ***Первичная медико-санитарная помощь*** является основой системы оказания медицинской помощи гражданам и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний и их медицинской реабилитации,

наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Первичная медико-санитарная помощь оказывается гражданам в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях.

Специализированная медицинская помощь включает в себя лечение заболеваний, требующих специальных методов диагностики и лечения, использования сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию. Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами в специализированных амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях.

Высокотехнологичная медицинская помощь включает в себя применение новых, сложных и/или уникальных, а также ресурсоемких методов лечения, включая клеточные технологии, роботизированную технику, информационные технологии и методы генной инженерии. Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, устанавливаемым Минздравсоцразвития России.

Скорая медицинская помощь — круглосуточная экстренная медицинская помощь при внезапных заболеваниях, угрожающих жизни больного, травмах, отравлениях, преднамеренных самоповреждениях, родах вне медицинских учреждений, а также катастрофах и стихийных бедствиях (подробнее см. гл. 15).

Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на улучшение качества жизни безнадежно больных граждан и членов их семей, с целью избавления от боли и облегчения других тяжелых проявлений заболевания. Паллиативная медицинская помощь оказывается медицинскими работниками, прошедшими обучение по вопросам оказания паллиативной помощи.

Другая классификация видов медицинской помощи основывается на номенклатуре учреждений здравоохранения, а также стоящих перед ними задачах:

- амбулаторно-поликлиническая (внебольничная) медицинская помощь;
- больничная (стационарная) медицинская помощь;
- неотложная медицинская помощь;
- скорая медицинская помощь;
- санаторно-курортная медицинская помощь.

По форме оказания медицинская помощь может быть:

- плановая — медицинская помощь, оказываемая при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью;
- неотложная — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи;
- экстренная — медицинская помощь, оказываемая при внезапных, опасных для жизни состояниях, острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, для устранения угрожающих жизни пациента состояний.

Кроме того, медицинскую помощь с учетом этапов ее оказания и уровня специализации можно классифицировать следующим образом:

- первая медицинская;
- доврачебная;
- первая врачебная;
- специализированная;
- высокотехнологичная.

Перечень видов медицинской помощи, с одной стороны, во многом зависит от поставленных перед системой здравоохранения задач, с другой — влияет на формирование организационной структуры и номенклатуры самих учреждений здравоохранения.

8.3. НОМЕНКЛАТУРА УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Населению Российской Федерации медицинскую помощь в государственном, муниципальном и частном секторах здравоохранения оказывают различные медицинские организации.

Медицинская организация — юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы и формы собственности, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке,

установленном законодательством РФ. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность. В системе здравоохранения РФ действуют ***некоммерческие*** и ***коммерческие медицинские организации (организации здравоохранения)***.

Основной формой некоммерческих организаций здравоохранения являются ***учреждения здравоохранения***. Государственное или муниципальное учреждение здравоохранения может быть ***автономным, бюджетным*** или ***казенным***.

Казенное учреждение создается в сфере управленческой деятельности (для исполнения государственных, муниципальных функций). Бюджетное и автономное учреждения создаются для выполнения государственных, муниципальных работ и оказания услуг. Основными в сфере здравоохранения являются ***бюджетные учреждения***.

Кроме того, к некоммерческим организациям здравоохранения относятся некоммерческое партнерство и автономные некоммерческие организации.

Основными формами коммерческих организаций здравоохранения являются государственные и муниципальные унитарные предприятия, а также хозяйственные товарищества (полные и коммандитные) и хозяйственные общества (акционерные, с ограниченной или дополнительной ответственностью).

Номенклатура учреждений здравоохранения утверждается федеральным органом управления здравоохранением. В настоящее время действует приведенная ниже единая номенклатура государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, утвержденная приказом МЗиСР РФ от 07.11.05 № 627:

1. Лечебно-профилактические учреждения.
   1.1. Больничные учреждения.
      1.1.1. Больницы, в том числе:
      - участковая;
      - районная;
      - 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:
– восстановительного лечения, в том числе детская;
– гинекологическая;
– гериатрическая;
– инфекционная, в том числе детская;
– наркологическая;
– онкологическая;
– офтальмологическая;
– психоневрологическая, в том числе детская;
– психиатрическая, в том числе детская;
– психиатрическая (стационар) специализированного типа;
– психиатрическая (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением;
– туберкулезная, в том числе детская;
– курортная.

1.1.3. Госпитали всех наименований.

1.1.4. Медико-санитарная часть, в том числе центральная.

1.1.5. Дом (больница) сестринского ухода.

1.1.6. Хоспис.

1.1.7. Лепрозорий.

1.2. Диспансеры:
– врачебно-физкультурный;
– кардиологический;
– кожно-венерологический;
– маммологический;
– наркологический;
– онкологический;
– офтальмологический;
– противотуберкулезный;
– психоневрологический;
– эндокринологический.

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;
– консультативно-диагностическая, в том числе для детей;

– психотерапевтическая;
– физиотерапевтическая;
– восстановительного лечения.

1.4. Центры, в том числе научно-практические:
– восстановительной терапии для воинов-интернационалистов;
– восстановительной медицины и реабилитации, в том числе детские;
– гериатрический;
– диабетологический;
– наркологический реабилитационный;
– медицинский, в том числе окружной;
– профессиональной патологии;
– по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями;
– клинико-диагностический;
– патологии речи и нейрореабилитации;
– реабилитации;
– медицинской и социальной реабилитации;
– общей врачебной (семейной) практики;
– консультативно-диагностический, в том числе для детей;
– реабилитации слуха;
– лечебной физкультуры и спортивной медицины;
– мануальной терапии;
– лечебного и профилактического питания;
– специализированных видов медицинской помощи;
– психофизиологической диагностики;
– диагностический;
– медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

1.5. Учреждения скорой медицинской помощи и учреждения переливания крови:
– станция скорой медицинской помощи;
– станция переливания крови;
– центр крови.

1.6. Учреждения охраны материнства и детства:
– перинатальный центр;
– родильный дом;
– женская консультация;
– центр планирования семьи и репродукции;
– центр охраны репродуктивного здоровья подростков;

– дом ребенка, в том числе специализированный;
– молочная кухня.

1.7. Санаторно-курортные учреждения:
– бальнеологическая лечебница;
– грязелечебница;
– курортная поликлиника;
– санаторий, в том числе детский, а также для детей с родителями;
– санаторий-профилакторий;
– санаторный оздоровительный лагерь круглогодичного действия.

2. Учреждения здравоохранения особого типа.

2.1. Центры:
– медицинской профилактики;
– медицины катастроф (федеральный, региональный, территориальный);
– медицинский мобилизационных резервов «Резерв» (республиканский, краевой, областной, городской);
– лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности (республиканский, краевой, областной);
– контроля качества и сертификации лекарственных средств;
– медицинский информационно-аналитический;
– информационно-методический по экспертизе, учету и анализу обращения средств медицинского применения.

2.2. Бюро:
– медицинской статистики;
– патолого-анатомическое;
– судебно-медицинской экспертизы.

2.3. Контрольно-аналитическая лаборатория.

2.4. Военно-врачебная комиссия, в том числе центральная.

2.5. Бактериологическая лаборатория по диагностике туберкулеза.

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.

3.3. Противочумный центр (станция).

3.4. Дезинфекционный центр (станция).

3.5. Центр гигиенического образования населения.

4. Аптечные учреждения:
   – аптека;
   – аптечный пункт;
   – аптечный киоск;
   – аптечный магазин.

Примечание: фельдшерско-акушерские пункты, здравпункты (врачебные, фельдшерские) являются структурными подразделениями учреждений здравоохранения.

В основу такой номенклатуры заложены юридические и функциональные признаки. Можно использовать и другие подходы для классификации учреждений здравоохранения:

– *по форме собственности*: государственные, муниципальные, частные и иных форм собственности;
– *по территориально-административной подчиненности*: федеральные, субъектов РФ, муниципальные;
– *по ведомственной принадлежности*: системы МЗиСР РФ, Министерства обороны РФ, Министерства внутренних дел РФ, Министерства юстиции РФ, Российской академии медицинских наук и др.;
– *по месту расположения учреждений*: городские и сельские;
– *по организационно-функциональной структуре*: объединенные и необъединенные;
– *по специализации*: многопрофильные и специализированные;
– *по возрастному признаку*: детские, взрослые, гериатрические и др.;
– *по степени интенсивности лечения*: интенсивного, восстановительного, паллиативного и др.

Можно выделить и другие характеристики, по которым разделяются организации здравоохранения, однако каждая из них, как правило, включает в себя несколько признаков, относясь с учетом решаемых задач к той или иной номенклатурной группе учреждений здравоохранения.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что представляет собой система здравоохранения РФ?
2. Какова организационно-функциональная структура системы здравоохранения РФ?
3. Что относится к государственной, муниципальной и частной системам здравоохранения?
4. Приведите существующие классификации видов медицинской помощи.
5. Какие организации здравоохранения относятся к некоммерческим и коммерческим?
6. Для каких целей создаются бюджетные, автономные и казенные учреждения здравоохранения?
7. Перечислите основные типы медицинских учреждений, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения.

Глава 9

Теоретические основы управления здравоохранением

9.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

В современных условиях одним из важнейших направлений здравоохранения является формирование новой системы управления. В последние годы широкое распространение получил термин «***менеджмент***» — рациональное управление современным производством для достижения его высокой эффективности и оптимального использования ресурсов. Другими словами, менеджмент — это вид деятельности по эффективному использованию материально-технических, финансовых, кадровых и других ресурсов в решении поставленных задач.

Возникает вопрос, можно ли считать перевод английского слова «*management*» и русский термин «управление» равнозначными понятиями. Строго говоря, «***управление***» — это понятие более общее, которое базируется на теории и методологии решения проблем. «***Менеджмент***» — понятие более узкое, которое включает в себя совокупность организационно-правовых, экономических и других механизмов решения этих проблем на основе разработанной теории управления. Поэтому не следует отказываться от привычного «***руководитель***» в угоду американизированному «***менеджер***», в то же время не следует и противопоставлять эти понятия друг другу. Очевидно, термин «менеджмент» в здравоохранении целесообразно использовать применительно к конкретным организациям здравоохранения (независимо от форм собственности) и работающему в них персоналу, а термин «управление» — к системам здравоохранения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

Управление — это функция организованных систем различной природы (биологических, социальных, информационных и др.), обеспечивающая сохранение их определенной структуры, поддержание режима деятельности, реализацию их целей и программ.

В системе управления обязательно присутствуют два звена: управляющее и управляемое. Тех, кто управляет, принято называть субъектами управления, а то, чем управляют, — объектами управления.

Таким образом, ***субъект управления*** — это управляющее звено в системе управления, осуществляющее целенаправленное воздействие на объект управления, а ***объект управления*** — это управляемое звено системы управления, воспринимающее управляющее воздействие со стороны субъекта управления.

Объектом управления в здравоохранении могут быть системы здравоохранения России, субъектов РФ, муниципальных образований, организации здравоохранения и их структурные подразделения, медицинский персонал и др. В системе управления здравоохранением субъект управления одновременно может являться и управляющим, и управляемым звеном, например орган управления здравоохранением субъекта РФ по отношению к органу управления здравоохранением муниципального образования или отдельных организаций здравоохранения является субъектом управления, в то же время по отношению к МЗиСР РФ является объектом управления.

9.2. ПРИНЦИПЫ УПРАВЛЕНИЯ

Управление организацией здравоохранения — это сложный процесс, основанный на выборе оптимальных решений, с постоянным учетом как внутренних проблем организации, так и меняющейся политической, социальной, медико-демографической и экономической ситуации. Поэтому для оптимального управления необходимо опираться на основные принципы управления.

Принцип целенаправленности. В управлении этот принцип является главенствующим, поскольку аккумулирует в себе все составляющие процесса управления.

Прежде чем приступить к какому-либо действию, направленному на достижение каких-либо результатов, руководитель (главный врач, заведующий отделением, главная медицинская сестра и др.) ставит перед собой цель.

Выделяют следующие виды целей в управлении системами и отдельными организациями здравоохранения:

- *в зависимости от уровня управления*: стратегические, тактические, оперативные;
- *по характеру решаемых задач*: комплексные, промежуточные, конечные;
- *по содержанию*: медико-организационные, финансово-экономические, медико-технологические и др.

Формулировка цели должна отвечать конкретным требованиям. Она должна быть своевременной и необходимой, реальной и достижимой, конкретной и согласованной с другими целями, иметь количественную или качественную оценку. Таким образом, один из важнейших принципов управления можно сформулировать предельно коротко и четко: каждое действие должно иметь ясную и определенную цель.

Принцип правовой защищенности управленческого решения. Управленческая деятельность в здравоохранении, особенно в условиях рыночной экономики, всегда сопряжена с определенным риском. Принцип правовой защищенности управленческого решения требует от руководителя органа управления или отдельной организации здравоохранения знаний и соблюдения законодательства в технологии разработки и реализации управленческих решений. Соблюдение законодательства в процессе разработки и реализации управленческого решения является не только проявлением правовой культуры руководителя, но и определенной гарантией успеха в достижении намеченных целей.

Принцип оптимизации управления. В процессе управления любой управляемый объект развивается, совершенствуется. В нем возрастает упорядоченность отдельных структурных элементов, оптимизируется структура организации в целом. Проводимые реформы здравоохранения в первую очередь должны касаться оптимизации системы управления отраслью и организационно-функциональной структуры учреждений здравоохранения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях. Этот принцип реализуется, прежде всего, путем разработки комплексных и целевых программ развития здравоохранения страны и отдельных регионов, принятия нормативно-правовых документов.

Принцип достаточности в централизации и децентрализации управления. Централизация и децентрализация власти — по сути дела два взаимосвязанных процесса, предусматривающих концентрацию власти и ее распределение, централизованное управление и самоуправление. Баланс, который устанавливается между ними, очень динамичен и может быть нарушен в ту или иную сторону, но чаще в пользу централизованной власти. Централизация функции управления должна гибко сочетаться с децентрализацией и создавать необходимые условия для нижестоящих звеньев в системе управления здравоохранением, позволяющие им эффективно выполнять возложенные на них функциональные обязанности.

Централизация управления имеет несомненные преимущества при решении глобальных стратегических задач, а также в случаях возникновения чрезвычайных ситуаций (войны, стихийные бедствия, техногенные катастрофы, которые сопровождаются большими санитарными потерями). Децентрализация управления характеризуется передачей на нижние иерархические уровни управления функций, которые прежде были закреплены за звеньями управления более высоких уровней или входили в компетенцию вышестоящих органов. Эта форма управления освобождает исполнителей от ненужной опеки, стимулирует инициативу, раскрывает потенциальные возможности личности.

Децентрализация оправдана, если на низших уровнях управленческой иерархии принимаются обоснованные и результативные тактические решения, которые не противоречат стратегическим решениям, принимаемым на высшем уровне управления. Другими словами, при наличии продуманной стратегии развития здравоохранения на федеральном уровне больше прав, а соответственно, и обязанностей можно передать органам управления здравоохранением субъектов РФ. Аналогично разработка эффективной политики охраны здоровья населения на уровне субъекта РФ позволит делегировать многие полномочия по ее реализации органам управления здравоохранением муниципальных образований. Децентрализация ряда управленческих функций оправдана и при территориальной разобщенности структурных подразделений, крупных многопрофильных организаций здравоохранения.

Принцип единоначалия. Этот принцип означает предоставление руководителю органа управления или организации здравоохранения широких полномочий для выполнения его функций с установлением персональной ответственности за результаты работы. Данный принцип, как правило, оправдан и реализуется в системе управления с высоким уровнем централизации власти, для решения конкретных задач или в случаях возникновения чрезвычайных ситуаций. Во многом эффективная реализация этого принципа зависит от авторитета руководителя, его профессионализма, готовности в необходимых случаях делегировать часть своих полномочий на нижестоящий уровень управления.

Принцип делегирования полномочий. В самом названии этого принципа заключен его главный смысл: передача руководителем части своих функций подчиненным без активного вмешательства в их

действия. В итоге руководитель получает возможность освободиться от текущих дел и сконцентрировать свой интеллектуальный и организаторский потенциал на решении задач более сложного уровня управления. Одновременно реализация этого принципа предоставляет большие возможности для повышения квалификации сотрудников, способствует мотивации их труда, проявлению инициативы и самостоятельности. Делегирование полномочий целесообразно и в том случае, когда руководитель готовит на свое место преемника.

В реализации этого принципа есть и такой аспект, как организация контроля за работой подчиненных, которым делегированы дополнительные полномочия: мелочная опека ничего не дает, а отсутствие контроля может сделать ситуацию неуправляемой. Решение проблемы заключается в эффективных формах обратной связи руководителя с подчиненными, возможности свободного обмена информацией, наличии доверительных отношений и здорового психологического климата в коллективе.

Переход от командно-административных к социально-психологическим и экономическим методам управления с соблюдением вышеперечисленных принципов возможен только эволюционным путем. Однако прежде всего должны произойти изменения в сознании самих руководителей. В итоге должен сформироваться новый тип руководителя-менеджера, нацеленного на достижение главного результата в своей управленческой деятельности — повышение доступности и качества медицинской помощи населению.

9.3. ФУНКЦИИ УПРАВЛЕНИЯ

Управление является многоплановым, системным видом человеческой деятельности, включающим в себя функции, представленные на рис. 9.1.

Эти функции лежат в основе управленческой деятельности руководителей органов, учреждений здравоохранения, других категорий руководящих работников отрасли.

Ряд этих функций (организация, стандартизация, лицензирование, координация, мотивация, маркетинг, контроль) будут рассмотрены в этой главе, другие (планирование, прогнозирование) — в главе 10.

Организация. Термин «организация» (от лат. *organizo* — придаю стройный вид) имеет в управлении двоякий смысл. С одной стороны,

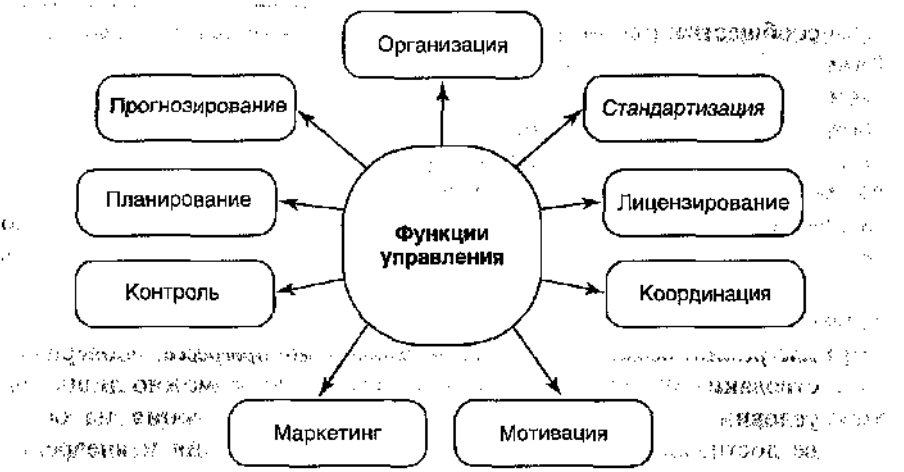


Рис. 9.1. Функции управления в здравоохранении

это некий субъект права, коллектив, усилия которого направлены на достижение конкретных, общих для членов коллектива целей. С другой стороны, организация, как функция управления, — это процесс по формированию структуры учреждения или предприятия, обеспечению их деятельности финансовыми, материально-техническими, трудовыми, информационными и другими ресурсами, созданию оптимальных социально-психологических условий, правовой базы для достижения поставленных целей.

Интересным является предложение известных американских специалистов в области менеджмента Т. Питерса и Р. Уотермана рассматривать организацию как единство шести основных переменных S: структуры (structure), стратегии (strategy), системы и процедур управления (systems), совокупности приобретенных навыков (skills), стиля управления (style) и состава кадров (staff).

В связи с этим к формированию современного учреждения здравоохранения на данном этапе развития общества предъявляются следующие требования.

- *Новый образ организации.* Формирование собственного, привлекательного для населения профессионального облика, коренное изменение отношения к качеству оказываемых медицинских услуг, неукоснительное соблюдение принципов медицинской

этики, забота о высокой репутации организации в медицинском сообществе.

- *Профессиональное управление.* Сегодня лидером организации здравоохранения становится руководитель, способный преодолеть инертность, устоявшиеся стереотипы, стремящийся к постоянному профессиональному совершенствованию.
- *Особая роль человеческого фактора.* Понимание того, что объектом и субъектом управления является человек, должно существенно повысить уровень организационной культуры, стимулировать развитие у сотрудников нестандартного и лишенного стереотипов мышления.
- *Внедрение достижений научно-технического прогресса.* Совершенствование медицинской помощи населению возможно лишь при условии инновационного развития здравоохранения на основе достижений фундаментальной науки, создания и внедрения новых медицинских технологий. Поэтому особенно актуальным в деятельности современного учреждения здравоохранения является широкое использование инновационных технологий в профилактике, диагностике, лечении, реабилитации заболеваний.

Стандартизация. Под стандартизацией в здравоохранении понимают деятельность, направленную на совершенствование управления отраслью, повышение качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов путем разработки и установления нормативов, правил, требований, условий, технологий при производстве и реализации медицинских товаров и услуг.

Анализ существующих в здравоохранении проблем позволяет выявить следующие причины, которые определяют приоритетность работ по стандартизации:

- отсутствие единых подходов к формированию нормативной базы отрасли;
- несоответствие государственных обязательств по предоставлению населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи ее реальному ресурсному обеспечению;
- необходимость повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения на фоне растущей стоимости медицинских товаров и услуг;
- неуклонный рост числа новых медицинских технологий, который усложняет процесс выбора врачом оптимального способа профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных.

В основе процесса стандартизации лежит понятие «стандарт». В общем понимании стандарт (standard) — нормативный документ, регламентирующий набор правил, нормативов и требований к объекту стандартизации и утвержденный компетентным органом. Применительно к системе здравоохранения ***стандарт*** — нормативный документ, разработанный на основе консенсуса и утвержденный соответствующим органом, в котором устанавливается определенный набор правил, нормативов, условий, требований, касающихся различных видов медицинской деятельности и их результатов.

Единая система стандартов является необходимой нормативной и методической базой для осуществления планирования, лицензирования, сертификации, аккредитации в здравоохранении.

Существующие в здравоохранении стандарты классифицируют следующим образом:

- стандарты (протоколы) ведения больных (диагностика и лечение отдельных заболеваний);
- стандарты, регламентирующие действия медицинского персонала в отдельных ситуациях (оказание экстренной медицинской помощи, выполнение манипуляций и др.);
- стандарты, регламентирующие условия оказания различных видов медицинской помощи (материально-техническое оснащение организаций здравоохранения, санитарные, строительные нормы и правила и т.д.);
- стандарты технологических требований к изготовлению, применению лекарственных средств и медицинской техники;
- стандарты, регламентирующие требования к уровню профессионального образования (медицинского, фармацевтического, вспомогательного персонала).

Как показывает международный медицинский опыт, важнейшим условием повышения качества медицинской помощи и защиты прав пациентов являются разработка и соблюдение стандартов (протоколов) ведения больных. Эти протоколы должны основываться на современных технологиях оказания медицинской помощи, конкретном алгоритме действий и ориентировать врача на то, что ему необходимо делать в той или иной ситуации. При разработке протоколов ведения больных следует учитывать не только медицинские аспекты оказания помощи, но и социальные, экономические, правовые, нравственные и этические нормы.

Действующая в здравоохранении РФ система стандартизации базируется на следующих основных принципах:

- *Принцип согласия (консенсуальности)*: принятие решений всеми участниками процесса стандартизации на основе консенсуса (единодушного согласия).
- *Принцип единообразия*: в системе здравоохранения должен быть установлен единый порядок разработки, согласования и использования нормативных документов по стандартизации.
- *Принцип целесообразности*: требования должны быть целесообразными как с научной, так и с практической точек зрения и соответствовать федеральному и международному законодательству, современным достижениям науки и техники.
- *Принцип комплексности и проверяемости*: требования, предъявляемые к различным объектам стандартизации, должны согласовываться между собой и быть проверяемыми объективными методами.

Таким образом, стандартизация является приоритетным направлением в модернизации здравоохранения, от развития которого во многом зависят соблюдение прав граждан в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.

В настоящее время МЗиСР РФ начата работа по разработке и утверждению «Порядков оказания медицинской помощи» по отдельным ее видам и профилям. ***Порядок оказания медицинской помощи*** определяет мероприятия организационного характера, направленные на своевременное обеспечение граждан РФ медицинской помощью надлежащего качества, в полном объеме и включает в себя:

- этапы оказания медицинской помощи;
- правила деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача данной медицинской организации) в части оказания медицинской помощи;
- стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений, для оказания медицинской помощи;
- рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений, для оказания медицинской помощи;
- иные положения, исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

Лицензирование. Данная функция управления предусматривает организационно-правовой механизм выдачи государственного разрешения медицинской организации (индивидуальному предпринимателю) на

осуществление определенных видов медицинской деятельности и услуг. Цель лицензирования — защита прав пациента как потребителя медицинских товаров и услуг при оказании медицинской помощи.

Процедура лицензирования представляет собой следующий комплекс организационно-правовых мероприятий:

- рассмотрение заявлений о выдачи лицензий;
- контроль лицензирующих органов за соблюдением лицензиатами соответствующих лицензионных требований и условий;
- ведение реестров лицензий, предоставление в установленном порядке заинтересованным лицам информации о лицензировании;
- приостановление, возобновление, прекращение, аннулирование лицензий.

Согласно действующему законодательству лицензирование медицинской деятельности осуществляют органы исполнительной власти субъектов РФ в части деятельности, осуществляемой муниципальными и частными организациями здравоохранения, а также Федеральная служба по надзору в сфере социального развития в части деятельности, осуществляемой государственными организациями здравоохранения.

Ответственность за нарушения лицензионных требований и условий установлена Кодексом об административных правонарушениях и Уголовным Кодексом РФ.

Дальнейшее развитие организационно-правового механизма лицензирования медицинской деятельности должно идти прежде всего по пути совершенствования системы стандартизации, предусматривающей разработку и установление современных нормативов, правил, требований, технологий при производстве и реализации медицинских товаров и услуг, а также системы юридической ответственности за их соблюдением.

Координация. Эта функция управления обеспечивает согласованность действий участников процесса выработки, реализации управленческого решения и достижения поставленной цели. Основная задача координации в управлении здравоохранением — это достижение согласованности в работе всех звеньев системы или отдельных организаций здравоохранения путем установления коммуникаций между ними. Различают три основных аспекта коммуникации: технический, семантический и прагматический:

- *технический аспект* определяет типы носителей информации о принятом управленческом решении (бумажные, электронные носители информации, аудио- и видеозаписи и др.);

– *семантический аспект* отражает факт передачи и приема информации, включая ее понимание пользователем;
– *прагматический* учитывает влияние этой информации на дальнейший процесс реализации управленческого решения.

С помощью этих и других аспектов коммуникаций устанавливается взаимодействие между объектами и субъектами управления (как в горизонтальной, так и в вертикальной плоскости), осуществляется маневрирование ресурсами, обеспечивается единство организационно-методических подходов в реализации всех функций управления.

Мотивация. Данная функция управления представляет собой комплекс мер по стимулированию деятельности индивида или коллектива, направленный на достижение в процессе управления поставленных перед организацией целей. При всей простоте и ясности этого определения теория и практика мотивации не просты, так как истинные побуждения, которые заставляют человека отдавать работе максимум времени, физических и духовных сил, делать ее качественно, сложны и многообразны.

Существует несколько теорий, являющихся базовыми для формирования мотивации в коллективах:
– классическая теория;
– теория человеческих отношений;
– теория человеческих ресурсов.

Заметим, что ни одну из этих теорий нельзя считать универсальной. Скорее синтез и сочетание отдельных элементов каждой из них позволяет учитывать многообразную палитру характерологических особенностей работающих в коллективе.

Классическая теория. Труд большинству работников не приносит удовлетворения. То, что они делают, менее важно для них, нежели то, сколько они зарабатывают. При этом главная функция руководителя — разложить задачи на простые и повторяющиеся операции, обеспечить строгий контроль за работой подчиненных.

Теория человеческих отношений. Индивидуумы стремятся быть полезными и значимыми, испытывают желание быть максимально интегрированными в трудовую деятельность и признанными. Это является для них более важным, чем деньги. В такой ситуации руководитель должен предоставлять своим подчиненным возможность определенной самостоятельности и личного контроля в процессе трудовой деятельности. Вовлечение подчиненных в процесс выработки управленческих решений позволяет руководителю удовле-

творить профессиональные амбиции коллег и чувство собственной значимости.

Теория человеческих ресурсов. Труд большинству работников приносит удовлетворение. Большая часть из них способны к самостоятельности, творчеству, ответственности, личному контролю, а также возможности реализовать себя на более высокой ступени должностной лестницы. В таких случаях главная задача руководителя — более эффективное использование человеческих ресурсов. Он должен создать такую обстановку, в которой каждый сотрудник может максимально проявить свои способности. Руководитель должен способствовать максимальному вовлечению своих подчиненных в решение важнейших проблем организации, системы здравоохранения в целом, постоянно расширяя их самостоятельность и самоконтроль.

Эффективность деятельности человека зависит от многих факторов, среди которых основную роль играют четкое понимание цели своей работы и система материальных и моральных стимулов.

Если руководитель не знает потребностей своих подчиненных, то его попытка обеспечить мотивацию деятельности обречена на провал.

Маркетинг (от англ. *market* — рынок). Данная функция управления представляет собой комплексную систему организации производства и сбыта продукции, ориентированную на удовлетворение потребностей потребителей и получение прибыли на основе исследования и прогнозирования рынка. Таким образом, понятие «маркетинга» включает в себя анализ рынка (разделение рынков, выделение предпочтительных рынков, сегментацию и позиционирование рынка), разработку товаров и услуг (определение вида и основных характеристик продаваемого товара и услуг), ценовую политику, рекламу.

Различают следующие виды маркетинга:

- *дифференцированный* — рассчитанный на использование отдельных сегментов рынка;
- *конверсионный* — создающий условия для преодоления отрицательного спроса;
- *концентрированный* — сосредоточивающий усилия на отдельных рынках;
- *массовый* — применяемый к товарам массового потребления;
- *противодействующий* — направленный на ограничение иррационального спроса;
- *развивающий* — ориентированный на превращение потенциального спроса в реальный;

– *стратегический* — основанный на изучении внутренних и внешних возможностей организации;
– *целевой* — предусматривающий ориентацию на определенный сегмент рынка;
– *ценовой* — основанный на установлении оптимальной цены товара.

Необходимость использования маркетинга в системе управления здравоохранением обусловлена прежде всего формированием элементов рыночных отношений в здравоохранении с развитием частного сектора медицинских товаров и услуг. При этом дальнейшее развитие частного сектора в здравоохранении становится невозможным без внедрения ***социально-ориентированного, этического маркетинга***, главной целью которого должно стать удовлетворение потребности пациентов в получении качественной медицинской помощи с соблюдением этических норм и нравственных принципов. С учетом этого можно дать следующее определение маркетинга в здравоохранении.

Медицинский маркетинг — это комплекс мероприятий, направленный на изучение спроса, организацию производства и создание условий для удовлетворения потребности населения в различных видах медицинских товаров и услуг.

Анализ применения маркетинговых технологий в деятельности медицинских организаций позволил выделить три основные задачи маркетинга в системе управления здравоохранением:
– исследование рынка медицинских товаров и услуг;
– разработка новых медицинских товаров и услуг;
– организация реализации произведенных медицинских товаров и услуг.

Исследование рынка медицинских товаров и услуг. Анализ рынка — главное направление в маркетинговых исследованиях. Провести анализ рынка — значит тщательно изучить и оценить особенности маркетинговой среды, в которой находится конкретная организация здравоохранения. Без исследований рынка невозможно собрать информацию, необходимую для принятия важных решений, связанных с предстоящей деятельностью на рынке. Основными результатами маркетинговых исследований на рынке медицинских товаров и услуг являются:
– определение реальной потребности населения в тех или иных медицинских товарах и услугах;
– прогнозы развития рынка, выявление ключевых факторов успеха;

– определение наиболее эффективных способов ведения конкурентной политики на существующем рынке и возможности выхода на новые рынки.

Главным объектом проводимых маркетинговых исследований в здравоохранении является маркетинговая среда, которая складывается из внутренней и внешней среды.

Внутренняя среда — это то, что определяется организационно-функциональной структурой организации здравоохранения, ее собственным потенциалом.

Внешняя среда подразделяется на:

– *микросреду* — факторы, непосредственно связанные с деятельностью на рынке организации здравоохранения (поставщики, посредники, конкуренты, пациенты);

– *макросреду* — факторы, которые существуют и действуют независимо от усилий самой организации здравоохранения, но оказывают на нее влияние (политическая, демографическая ситуация, уровень доходов населения, структура и уровень заболеваемости и др.).

Для изучения маркетинговой среды проводят количественные и качественные маркетинговые исследования с использованием методов математической и социальной статистики.

Одной из важнейших задач исследования рынка является его ***сегментирование***.

Известный американский маркетолог профессор П. Дойл говорил, что если фирма не сумеет разбить рынок на сегменты, рынок разобьет на сегменты фирму. ***Сегмент*** — это особым образом выделенная часть рынка (группа населения на рынке), обладающая сходными характеристиками, одинаково реагирующая на один и тот же предлагаемый продукт и определенные маркетинговые усилия.

Сегментация рынка медицинских товаров и услуг осуществляется на основе данных о численности и возрастно-половом составе проживающего на данной территории населения, уровне доходов, расходов на медицинскую помощь, лекарственные средства и товары медицинского назначения, структуре и уровне заболеваемости населения и др.

Решение задачи сегментирования завершается выделением целевого рынка. Отбор целевых рынков может проводиться в двух направлениях:

– углубленное проникновение в существующий рынок;

– поиск новых рынков реализации медицинских товаров и услуг.

Следующим шагом в маркетинговой деятельности является ***позиционирование на рынке***, т.е. создание определенной позиции, ниши для товаров и услуг, которая нашла бы отражение в иерархии ценностей, созданной в сознании потенциального покупателя. Другими словами, позиционирование — выработка у покупателей системы стереотипов относительно объекта покупки, что делает этот объект максимально привлекательным и отличным от других. Таким образом, позиционирование товаров и услуг — это действия, направленные на обеспечение им конкурентоспособного положения на рынке.

Разработка новых медицинских товаров и услуг. На этом этапе исследуют потребительские свойства услуг-аналогов, услуг-конкурентов, реакцию пациентов на эти товары и услуги и выбирают наиболее предпочтительные и необходимые для пациентов. При этом необходимо учитывать соответствие их утвержденным стандартам (протоколам) ведения больных. При разработке новых медицинских услуг важно учитывать и такой фактор, как цена на них. Кроме того, важно определить тот объем медицинских услуг, который медицинское учреждение реально сможет оказать населению. Таким образом, результаты исследования дают возможность организации здравоохранения разработать собственный перечень медицинских услуг, повысить их конкурентоспособность, определить способы патентной защиты и т.д.

Организация реализации произведенных медицинских товаров и услуг. Разработка системы продвижения на рынок медицинских товаров и услуг — это комплекс мероприятий, направленных на формирование спроса и стимулирование сбыта товаров и услуг.

Ведущая роль в продвижении медицинских услуг принадлежит ***рекламе***, которая способствует расширению круга пациентов, увеличению объема реализации медицинских услуг, росту прибыли медицинских организаций и частнопрактикующих врачей.

С рекламой тесно связан другой вид маркетинговой деятельности — ***брендинг***, который представляет собой деятельность по созданию долгосрочного предпочтения товара, основанную на комплексном воздействии на потребителя товарного знака, упаковки, рекламных обращений. Создатели бренд-имиджа учитывают физические свойства продукта, чувства, которые он вызывает у потребителя, и апеллируют не только к сознанию, но и к эмоциям, воздействуя на подсознание.

Практика применения маркетинговых технологий в здравоохранении показывает, что использование только отдельных его состав-

ляющих не дает должного эффекта. Только комплексный подход к маркетинговой деятельности позволяет эффективно работать на рынке медицинских товаров и услуг.

Контроль. Процесс управления протекает в условиях постоянно меняющейся ситуации и характеризуется различной степенью неопределенности. При этом важно понимать, достигнуты ли в процессе управления поставленные цели и нуждаются ли в корректировке управленческие решения. На эти и другие вопросы дает ответ система контроля как одна из важнейших функций управления. Ни одну из функций управления (планирование, организация, стандартизация, мотивация и др.) нельзя рассматривать в отрыве от контроля. В процедуре контроля существует три четко различаемых этапа:

– выработка стандартов и критериев;
– сопоставление с ним полученных результатов;
– принятие необходимых корректирующих действий.

В организациях здравоохранения контроль осуществляется в отношении материальных, финансовых, трудовых, информационных ресурсов.

Контроль за использованием материальных ресурсов осуществляется путем сопоставления фактических расходов лекарственных средств, изделий медицинского назначения, мягкого инвентаря, продуктов лечебного питания и др., например на 1 койко-день в стационаре, на 1 посещение в амбулаторно-поликлиническую организацию, с установленными нормативами (стандартами).

Контроль за использованием финансовых ресурсов проводится путем сопоставления фактических финансовых затрат, например на 1 посещение в амбулаторно-поликлиническую организацию, на 1 койко-день в стационаре, на 1 вызов скорой медицинской помощи, с установленными нормативами (стандартами).

Контроль в отношении трудовых ресурсов осуществляется путем постоянного анализа профессиональных знаний и навыков, деловых качеств, необходимых для выполнения тех или иных должностных обязанностей. Для этого используют образовательные стандарты и квалификационные характеристики. Кроме того, осуществляется контроль за выполнением нормативов нагрузки персонала, работающего в организациях здравоохранения.

Контроль информационных ресурсов в здравоохранении проводится прежде всего в направлении своевременности и полноты их использования в различных формах (бумажных, электронных

и иных носителей информации о здоровье населения и деятельности организаций здравоохранения). Это осуществляется путем расчета и анализа статистических показателей эффективности использования информационных ресурсов, например коэффициента полноты использования учетных (отчетных) статистических форм, коэффициента своевременности использования информации и др.

Особое место занимает контроль за качеством оказываемой населению медицинской помощи (см. гл. 24).

Реализация процедуры контроля может оказать как позитивное, так и негативное психологическое воздействие на поведение персонала. В одних случаях система контроля может привести к укреплению трудовой дисциплины, повышению эффективности труда и как ожидаемый итог — к повышению качества медицинской помощи. В других случаях результатом контроля могут быть психологические срывы в поведении отдельных сотрудников и возникновение конфликтов в коллективе. Для предупреждения такой ситуации руководители (менеджеры) организаций здравоохранения должны следовать рекомендациям, которые позволят избежать непреднамеренного негативного воздействия контроля на поведение сотрудников и таким образом повысить эффективность их труда:

— *необходимо устанавливать высокие, но достижимые стандарты*: согласно мотивационной теории ожидания руководитель должен мотивировать сотрудников к достижению только тех целей, которые они считают реальными. Таким образом, если стандарт воспринимается как нереальный или несправедливо высокий, он может разрушить мотивационные установки работника. Или наоборот, если стандарт установлен на таком низком уровне, что достичь его не составляет большого труда, он может оказать демотивирующее воздействие на сотрудников с высоким уровнем профессиональных возможностей;

— *необходимо избегать чрезмерного контроля*: руководитель не должен подвергать своих подчиненных излишнему контролю, в противном случае это будет отвлекать их внимание и в итоге приведет к обратным результатам — снижению эффективности и качества работы;

— *необходимо вознаграждать за достижение результата*: руководитель должен справедливо вознаграждать сотрудников за достижение результата, установленных стандартов, помня, что существует четкая взаимосвязь между результативностью в работе и возна-

граждением. Если работник не ощущает такой взаимосвязи или чувствует, что вознаграждение несправедливо, эффективность и качество его труда в дальнейшем могут снизиться.

9.4. СТИЛИ УПРАВЛЕНИЯ

С личностью руководителя во многом связан ***стиль управления*** — как индивидуальный способ осуществления управленческой деятельности. Стиль управления во многом формируется под влиянием сложившихся отношений между руководителем и коллективом в процессе принятия и реализации управленческих решений. Наиболее распространены следующие четыре стиля управления: авторитарный, либеральный, демократический, динамичный.

Авторитарный — это стиль руководства, абсолютизирующий власть в одних руках. Он предполагает полное отрицание коллегиальности в принятии решений. Авторитарный стиль руководства в повседневной деятельности не следует смешивать с административно-авторитарным стилем, эффективно используемым в экстремальных ситуациях. Для авторитарного стиля управления характерны преувеличение роли административно-командных форм руководства, централизация власти, единоличное принятие управленческих решений. Руководители такого стиля опираются прежде всего на дисциплину и жесткий контроль за деятельностью подчиненных, который основан преимущественно на силе власти (власти принуждения). Инициатива подчиненных не одобряется, не стимулируется и в отдельных случаях даже подавляется. Исключительное право на новые идеи, оценку результатов имеет только сам руководитель. Руководитель авторитарного стиля зачастую резок, прямолинеен, властолюбив, подозрителен, болезненно реагирует на критику. Нередко под этой маской скрываются его некомпетентность и профессиональная несостоятельность.

Либеральный стиль управления еще называют анархическим, попустительствующим. Руководитель такого стиля стоит как бы в стороне от своего коллектива. Для него характерны минимальное вмешательство в работу подчиненных и коллектива в целом, низкий уровень требовательности как к сотрудникам, так и к себе. Он предпочитает нейтральные методы воздействия на подчиненных, чья инициатива хотя и не подавляется, но активно не поощряется. В такой ситуации властью, как правило, пользуются неформальные лидеры.

Для ***демократического стиля*** характерны децентрализация управления, коллегиальное принятие решений. Инициатива подчиненных поддерживается и активно поощряется. Во взаимоотношениях руководителя с подчиненными отмечаются тактичность, выдержка, доброжелательность.

В современных условиях оптимальным для руководителя признан ***динамичный стиль*** управления. Для такого стиля руководства характерны четкая позиция по любым вопросам, творческий подход к решению проблем, готовность идти в разумных пределах на риск, деловитость и предприимчивость, нетерпимость к недостаткам, чуткое и внимательное отношение к людям, отсутствие субъективизма и формализма, опора на коллективное мнение в решении поставленных задач.

Безусловно, представленное разделение руководителей по стилю их управления является довольно условным, так как у одного и того же руководителя зачастую можно наблюдать одновременно черты, характерные для разных стилей руководства.

9.5. МЕТОДЫ УПРАВЛЕНИЯ

Методы управления — это способы и приемы воздействия руководителя организации здравоохранения или его подразделения на коллектив для более эффективного использования имеющихся ресурсов в решении поставленных задач. Различают следующие методы управления здравоохранением:

- организационно-распорядительные;
- экономические;
- социально-психологические;
- общественные или коллективные.

Организационно-распорядительные методы управления позволяют прежде всего компенсировать просчеты в планировании, оперативно реагировать на изменяющуюся ситуацию и, внося коррективы, выводить объект управления на новые пути с помощью директив, приказов, указаний, распоряжений, резолюций, предписаний и т.д. Этими методами достаточно эффективно можно обеспечивать взаимодействие между отдельными структурными элементами системы или организации здравоохранения.

В настоящее время в управлении здравоохранением все бульшую распространенность приобретают ***экономические методы управления***,

которые включают в себя экономический анализ деятельности организации здравоохранения, методы планирования и прогнозирования, статистического анализа. Особое значение имеют методы экономического стимулирования, которые позволяют материально заинтересовать работников здравоохранения, создать мотивацию для оказания высококвалифицированной, качественной медицинской помощи.

Социально-психологические методы управления можно рассматривать как совокупность средств воздействия на коллектив, на происходящие в нем процессы в целом и на отдельных работников в частности. Это умение мотивировать работника к эффективному труду, партнерским отношениям, создание благоприятного психологического климата в коллективе. В связи с этим в задачи руководителя органа управления, организации здравоохранения, отдельных подразделений входит формирование психологически совместимых, профессионально зрелых и экономически эффективно работающих коллективов.

Общественные или коллективные методы управления подразумевают демократизацию управления, т.е. расширение участия работников в выполнении управленческих функций. При этом используются такие коллективные организационные структуры, как коллегии, медицинские советы, советы медицинских сестер, советы трудовых коллективов, которые создаются при руководителе организации здравоохранения в качестве совещательного органа. Как правило, в состав этих совещательных органов включаются заместители главного врача, главные (старшие) медицинские сестры, руководители общественных организаций, специалисты, которые пользуются наибольшим авторитетом в коллективе. Надо отметить, что решения коллегии или совета имеют рекомендательный характер, но на их основании руководитель организации здравоохранения может издать приказ, закрепляя тем самым юридически эти решения.

9.6. УПРАВЛЕНИЕ СИСТЕМОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Вопросами управления здравоохранением занимаются органы как законодательной, так и исполнительной власти. В Совете Федерации действует Комитет по науке, культуре, образованию, здравоохранению и экологии, в Государственной Думе — Комитет по охране

здоровья. Высшие органы законодательной власти определяют основные направления государственной политики, принимают законы, утверждают федеральные программы по вопросам охраны здоровья населения, расходы на здравоохранение в рамках консолидированного бюджета РФ. Таким образом, эти решения становятся обязательными для органов исполнительной власти.

МЗиСР РФ является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим в области охраны здоровья граждан следующие полномочия:

- разработка и принятие нормативных правовых актов в сфере охраны здоровья граждан, надзор и контроль за их соблюдением и исполнением;
- проведение единой государственной политики в сфере охраны здоровья граждан, разработка и реализация программ по формированию здорового образа жизни, развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, санитарно-эпидемиологическому благополучию, оказанию медицинской помощи, санитарно-гигиеническому образованию населения и по другим вопросам в сфере охраны здоровья граждан;
- международное сотрудничество РФ и заключение международных договоров РФ в сфере охраны здоровья граждан;
- разработка и утверждение программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей базовую программу обязательного медицинского страхования;
- организация, обеспечение и осуществление государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
- координация деятельности федеральных органов государственной власти и органов государственной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в сфере охраны здоровья граждан;
- утверждение номенклатуры медицинских организаций, номенклатуры должностей медицинских и фармацевтических работников, номенклатуры специальностей специалистов с медицинским и фармацевтическим образованием;
- организация оказания первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, и скорой медицинской помощи, паллиативной медицинской

помощи гражданам в федеральных государственных учреждениях;
- реализация мероприятий, направленных на спасение жизни людей и защиту их здоровья при чрезвычайных ситуациях, ликвидацию медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, информирование населения о медико-санитарной обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и о проводимых мероприятиях на территории РФ;
- лицензирование отдельных видов деятельности в сфере охраны здоровья граждан;
- организация и осуществление государственного контроля за качеством и безопасностью медицинской деятельности, соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, стандартов качества донорской крови и ее компонентов, требований технических регламентов в сфере охраны здоровья граждан;
- утверждение правил и методик в области статистического учета, отчетности и стандартов информационного обмена в сфере охраны здоровья граждан независимо от организационно-правовой формы медицинских и фармацевтических организаций;
- организация профессиональной подготовки, переподготовки, повышения квалификации медицинских, фармацевтических и работников санитарно-эпидемиологической службы;
- утверждение порядка аттестации специалистов с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием для присвоения им квалификационной категории;
- обеспечение и координация программ научных исследований в сфере охраны здоровья граждан;
- утверждение порядка направления граждан РФ на лечение за пределами территории РФ за счет средств федерального бюджета и организация их направления на лечение за пределами территории РФ;
- мониторинг безопасности медицинских изделий, регистрация побочных действий, нежелательных реакций при применении медицинских изделий, фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья граждан при обращении зарегистрированных медицинских изделий и др.

Минздравсоцразвития России возглавляет министр, назначаемый на должность Президентом РФ по представлению Председателя Правительства РФ. Министр несет персональную ответственность

за выполнение возложенных на министерство полномочий и реализацию государственной политики в установленной сфере деятельности. Министр имеет заместителей, назначаемых на должность Правительством РФ.

Министерство осуществляет координацию и контроль деятельности находящихся в его ведении Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Федеральной службы по труду и занятости, Федерального медико-биологического агентства, а также координацию деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Пенсионного фонда РФ, Фонда социального страхования РФ.

Управление здравоохранением осуществляется как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов РФ. Непосредственное руководство здравоохранением в административных территориях РФ осуществляют органы государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья граждан. К их полномочиям относятся:

- принятие законов и иных нормативных правовых актов субъекта РФ в сфере охраны здоровья граждан, надзор и контроль за их соблюдением и исполнением;
- разработка, утверждение и реализация целевых программ развития здравоохранения, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, профилактики заболеваний, обеспечения лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, санитарно-гигиенического просвещения населения;
- разработка, утверждение и реализация территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей территориальную программу обязательного медицинского страхования;
- организация оказания населению субъекта РФ первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи в государственных учреждениях субъекта РФ;
- лицензирование медицинской деятельности организаций муниципальной и частной систем здравоохранения (за исключением деятельности по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи), фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой

торговли лекарственными средствами и аптеками федеральных организаций здравоохранения), деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптеками федеральных организаций здравоохранения);

- организация безвозмездного обеспечения донорской кровью и/или ее компонентами медицинских организаций государственной системы здравоохранения, а также медицинских организаций, участвующих в выполнении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- осуществление деятельности в сфере охраны здоровья, направленной на формирование здорового образа жизни у граждан, проживающих на территории субъекта РФ;
- осуществление профилактических, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, а также мероприятий по проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации в соответствии с законодательством РФ;
- обеспечение граждан лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих острых и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидизации, который утверждается Правительством РФ;
- координация деятельности исполнительных органов государственной власти и муниципальных образований субъекта РФ в сфере охраны здоровья граждан;
- реализация мероприятий, направленных на спасение жизни людей и защиту их здоровья при чрезвычайных ситуациях, ликвидацию медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, информирование населения о медико-санитарной обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и о мероприятиях, проводимых на территории субъекта РФ;
- информирование населения субъекта РФ о распространенности социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, на территории субъекта РФ;
- предоставление мер социальной поддержки в части оказания медицинской помощи лицам, страдающим социально значи-

мыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, и лекарственного обеспечения указанных лиц и др.

Особая роль в управлении здравоохранением на местах отводится муниципальным органам управления. Муниципальные органы управления здравоохранением несут ответственность за санитарно-гигиеническое просвещение населения, обеспечение доступности населению бесплатной медико-социальной помощи в рамках Программы госгарантий, развитие муниципальной системы здравоохранения на подведомственной территории, создание условий для развития и доступности лекарственного обеспечения граждан. Кроме того, муниципальные органы управления здравоохранением осуществляют организацию первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, в том числе формирование муниципального задания по оказанию этой помощи в медицинских организациях.

В случае необходимости органам местного самоуправления дополнительно могут быть переданы отдельные полномочия органов государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья граждан.

Органы управления здравоохранением субъектов РФ имеют двойное подчинение: с одной стороны — органам исполнительной власти субъектов РФ, с другой — МЗиСР РФ.

Важную роль в демократизации управления здравоохранением страны выполняет Общественная палата, которая призвана обеспечить согласование общественно значимых интересов граждан РФ, общественных объединений, органов государственной власти и органов местного самоуправления для решения наиболее важных вопросов жизни страны, в том числе и касающихся охраны здоровья населения. В составе Общественной палаты действуют Комиссия по вопросам здравоохранения и Комиссия по формированию здорового образа жизни.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. В чем сходство и различие понятий «управление» и «менеджмент»?
2. Что такое субъект и объект управления?
3. Перечислите основные принципы управления. Раскройте содержание каждого из них.
4. Назовите основные функции управления.
5. Раскройте понятие «организация» как функцию управления.
6. Что понимают под стандартизацией в здравоохранении? Какие виды стандартов используются в здравоохранении?
7. В чем заключается процедура лицензирования?
8. Какое значение имеет координация в управлении здравоохранением?
9. Перечислите основные теории мотивации в управлении здравоохранением.
10. Дайте определение медицинского маркетинга.
11. Какие основные три задачи решает маркетинг в системе управления здравоохранением?
12. Какова роль контроля в процессе управления здравоохранением? Перечислите три основных этапа в процедуре контроля.
13. Что такое стиль управления? Какие стили управления вы знаете?
14. Что такое методы управления? Перечислите основные методы управления в здравоохранении.
15. Дайте определение управленческого решения. Раскройте технологию его принятия.
16. Перечислите основные полномочия МЗиСР РФ.
17. Какие основные функции выполняют органы государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья граждан?
18. В чем заключается роль в управлении здравоохранением муниципальных органов власти?

Глава 10

Планирование и прогнозирование в здравоохранении

10.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Отличительной чертой современной экономической системы стало активное воздействие государства на развитие национальной экономики. Важнейшими рычагами государственного регулирования являются прогнозирование и планирование социально-экономического развития в целом и прежде всего здравоохранения.

Объективная необходимость прогнозирования и планирования в условиях рыночной экономики обусловлена следующими обстоятельствами: общественным характером производственных отношений и неспособностью рыночной экономики к саморегулированию, особенно в кризисных ситуациях.

При этом не надо забывать о двух крайностях воздействия государства на экономику: первая — государственное регулирование тех экономических процессов, которые более эффективно могут управляться рыночными механизмами, вторая — использование исключительно рыночных механизмов в тех случаях, когда вмешательство государства необходимо.

Прогнозирование тесно связано с планированием и является необходимой методологической и информационной основой для разработки планов и программ.

Использование прогнозирования и планирования как стратегического направления в управлении и экономике здравоохранения позволяет увязывать замысел реформ здравоохранения с реальным воплощением их в жизнь.

Методы прогнозирования и планирования, порядок разработки планов здравоохранения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях даны на примере территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (см. гл. 11).

10.2. ОСНОВЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Человеку свойственно желание заглянуть в будущее. Это обусловлено тем, что вся наша жизнь связана с выбором решений, а правильный выбор нельзя сделать, не предвидя всех его желательных и нежелательных последствий. Будущее во многом становится предсказуемым, если правильно и полно учитываются сложившаяся ситуация, факторы и тенденции, способствующие ее изменению в перспективе. Видение перспектив и способность предугадывать события позволяют своевременно принимать превентивные меры и избегать нежелательных результатов.

Сознательно или подсознательно человек прогнозирует последствия своих действий, разрабатывает сценарии развития событий, строит для себя модель будущего. Роль прогнозирования неизменно возрастает в связи с ускорением научно-технического прогресса, усложнением задач управления, переходом здравоохранения на систему бюджетирования, ориентированного на результат.

Прогнозирование по своей сути означает предвидение и основано на познании законов природы, общества, человеческого мышления. В зависимости от степени конкретизации и характера воздействия на ход исследуемых процессов (объектов) различают гипотезу и прогноз.

Гипотеза — научное предположение, выдвигаемое для объяснения каких-либо явлений.

Прогноз — комплекс аргументированных предположений (выраженных в качественной и количественной формах) относительно будущих параметров системы.

Прогноз по сравнению с гипотезой более определен и достоверен, имеет качественные и количественные параметры. В то же время прогноз вероятностен и многовариантен, что обусловлено наличием неопределенностей в отображаемой им в будущем действительности. Поэтому прогноз, не определяя параметры развития системы с абсолютной точностью, раскрывает возможные альтернативы, положительные и отрицательные тенденции, противоречия и условия, при которых обеспечивается решение поставленных задач. Он может

иметь несколько вариантов в зависимости от вероятностного воздействия различных факторов.

Поскольку прогноз строится на вероятностном развитии событий, он может иметь несколько сценариев: ***оптимистический, пессимистический, реалистический***. Сценарий устанавливает логическую последовательность событий, имеет системный характер и учитывает факторы, позволяющие достичь поставленных целей.

Прогнозы в здравоохранении могут разрабатываться по следующим основным направлениям:

- прогнозы здоровья населения;
- прогнозы развития отдельных видов медицинской помощи, специализированных служб;
- прогнозы финансово-хозяйственной деятельности системы здравоохранения и др.

Хотя такие прогнозы и разрабатываются для отдельных служб, они между собой взаимосвязаны. На их основе должен разрабатываться прогноз развития системы здравоохранения в целом, который в свою очередь должен стать составной частью прогноза социально-экономического развития страны.

В Российской Федерации прогнозы социально-экономического развития разрабатываются на долгосрочную, среднесрочную и краткосрочную перспективы. В здравоохранении в зависимости от поставленных задач выделяют следующие формы прогнозов:

- оперативные (текущие);
- краткосрочные (годовые);
- перспективные (среднесрочные — 3–5 лет и долгосрочные — 10 лет и более).

В современной теории управления прогнозирование тесно связано с математическим моделированием процессов, сценарии развития которых предполагаются в будущем. Для построения таких математических моделей (например, прогнозирование рождаемости, смертности, структуры и уровня заболеваемости, физического здоровья населения, потребности здравоохранения в отдельных видах ресурсного обеспечения и др.) необходима исчерпывающая информация за значительный (не менее 10–12 лет) ретроспективный период наблюдения. В основе разработки таких математических моделей лежат регрессионный анализ, а также построение и анализ динамических рядов с экстраполяцией полученных данных.

Вместе с тем для получения качественных и достоверных прогнозов развития той или иной ситуации нельзя ограничиваться только математическим моделированием. Построение математических моделей целесообразно сочетать с другими способами построения прогнозов, в первую очередь с методами экспертных оценок (Дельфи, ПАТТЕРН и др.). Эксперты, используя методы качественного и количественного анализа, отбирают наиболее важные факторы, оценивают их взаимосвязи, влияние на тенденцию в развитии того или иного явления и определяют тем самым вероятность достижения тех или иных результатов в будущем.

В теории и практике управления известно более 150 методов прогнозирования, которые объединяют в 4 основные группы:

1) экспертные оценки;
2) экстраполяция;
3) моделирование;
4) комбинированные прогнозы.

В здравоохранении прогнозирование является важнейшей функцией управления, так как ценой ошибок в принятии управленческого решения могут быть здоровье и даже жизнь десятков и сотен тысяч людей.

10.3. ПЛАНИРОВАНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Как уже отмечалось, прогноз предполагает вероятность того или иного события, явления. В отличие от прогноза план определяет конкретный наиболее оптимальный вариант развития ситуации, ориентирует на получение спрогнозированных результатов. Он обязателен для выполнения и должен быть обеспечен необходимыми ресурсами.

План — надлежаще оформленное управленческое решение, включающее точно сформулированные цель, задачи, пути и средства их достижения, а также показатели конечных результатов. По существу, план — это программа деятельности отдельных организаций, системы здравоохранения в целом.

Исходя из вышесказанного, ***планирование в здравоохранении*** — это процесс определения необходимых ресурсов и механизма эффективного их использования для решения задач повышения качества и доступности медицинской помощи, достижения конкретных показателей здоровья населения и деятельности здраво-

охранения. Планирование в системе здравоохранения РФ должно строиться на единых принципах и методических подходах, имея главной целью реализацию конституционных прав граждан на охрану здоровья.

10.3.1. Принципы планирования в здравоохранении

В бывшем СССР накоплен уникальный опыт государственного планирования здравоохранения, который не потерял своего значения и ныне. Планирование базировалось на принципах директивности, комплексности, выделения приоритетов, соблюдения интересов государства и общества. В то время эти принципы сыграли свою положительную роль, но в процессе политических и социально-экономических реформ сформировались новые принципы планирования в здравоохранении, другие подверглись изменению, а некоторые утратили свою значимость.

На современном этапе основными принципами планирования в здравоохранении являются:

- системный подход;
- сочетание отраслевого и территориального планирования;
- выделение приоритетных направлений;
- директивность планов;
- единство методических подходов к планированию на всех уровнях управления системой здравоохранения;
- обеспечение сбалансированности в развитии всех секторов здравоохранения: государственного, муниципального, частного.

Системный подход. Сущность его состоит в том, что, согласно теории управления, каждый объект должен рассматриваться как большая и сложная система и одновременно как элемент более общей системы. Системный подход в управлении здравоохранением — это подход, при котором система здравоохранения рассматривается как совокупность взаимосвязанных элементов (входящих в нее организаций здравоохранения), имеющая вход (ресурсы), выход (результаты) и взаимосвязь с внешней средой (коммуникации).

Рассуждая о системном подходе в планировании здравоохранения, можно говорить о некотором способе организации действий на этапе разработки планов с целью выявления закономерностей и взаимосвязей в системе здравоохранения, а также методов более эффективного использования ресурсов для достижения поставленных целей.

Сочетание отраслевого и территориального планирования. Суть этого принципа состоит в том, что план развития здравоохранения (как отрасли) является частью общего плана социально-экономического развития субъекта РФ, муниципальных образований. Он должен быть связан с общим планом единством целей и задач, поэтому составляется с учетом перспектив прежде всего таких отраслей, как культура, образование, наука, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения, физическая культура, социальное обеспечение, сельское хозяйство, строительство и др. Взаимосвязь этих планов достигается на основе статистических показателей, утвержденных соответствующим Указом Президента РФ «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».

Выделение приоритетных направлений. Принцип является особенно значимым для разработки планов в условиях ограниченных ресурсов, так как предполагает необходимость концентрации имеющихся ресурсов на приоритетных направлениях для достижения конкретных результатов. Реализация этого принципа позволяет достигать максимальных результатов с наименьшими затратами. Принцип выделения приоритетных направлений преимущественно используется для разработки целевых медико-социальных программ, касающихся, например, охраны здоровья матери и ребенка, профилактики, диагностики, лечения социально значимых заболеваний, снижения смертности населения трудоспособного возраста и др.

Профилактическое направление является главным приоритетом в деятельности системы здравоохранения РФ.

Директивность планов. Принцип предполагает, что план, утвержденный на вышестоящем уровне, по своим основным показателям является обязательным для исполнения на нижестоящих уровнях управления. В то же время этот план является базовым (рамочным), поэтому не исключает возможности внесения в него необходимых коррективов и дополнений с учетом региональных особенностей здоровья населения и системы здравоохранения. Например, на федеральном уровне утверждается Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (далее Программа), на ее основе в субъектах РФ утверждаются территориальные программы, в рамках которых в муниципальных образованиях разрабатываются муниципальные задания. При этом нормативы объемов медицинской помощи и финансовых затрат территориаль-

ных программ могут быть больше (но не меньше) аналогичных нормативов программ, утвержденных на федеральном уровне.

Единство методических подходов к планированию на всех уровнях управления системой здравоохранения. Принцип реализуется прежде всего в разработке единых методических подходов для установления нормативов материальных, финансовых, трудовых ресурсов для возмещения затрат на оказание тех или иных видов медицинской помощи с учетом региональных особенностей здоровья населения и функционирующей системы здравоохранения. Этому принципу необходимо также следовать при разработке статистических показателей для оценки эффективности использования ресурсов.

В итоге все это должно обеспечить одинаковые условия, качество и доступность медицинской помощи населению, проживающему в различных регионах РФ, в соответствии со стандартами, установленными на федеральном уровне. Например, затраты на проведение операции по поводу острого аппендицита в Республике Саха (Якутия) и Новгородской области будут разные. Это связано с влиянием таких факторов, как районные коэффициенты, транспортные расходы, действующая система оплаты труда и др. В то же время условия и качество оказания медицинской помощи должны быть одинаковы.

Обеспечение сбалансированности в развитии всех секторов здравоохранения: государственного, муниципального, частного. Принцип действует в условиях формирования рыночных отношений в здравоохранении. С одной стороны, органы управления здравоохранением при разработке планов в первую очередь должны предусматривать развитие государственного и муниципального секторов здравоохранения для обеспечения населения бесплатной медицинской помощью. С другой стороны, в рамках законодательства должны создавать условия для формирования частного сектора здравоохранения. При этом работа по развитию этих секторов должна идти параллельно, сбалансированно, но с приоритетом обеспечения конституционных прав граждан на получение гарантированной (бесплатной) медицинской помощи.

10.3.2. Виды планирования в здравоохранении

С учетом политической и социально-экономической ситуации в стране, приоритетов и поставленных задач в области охраны

здоровья населения выделяют следующие виды планирования в здравоохранении:

– стратегическое;
– перспективное;
– текущее.

Стратегическое планирование определяет цели, задачи, приоритеты, ресурсы, прогнозируемые результаты деятельности системы здравоохранения в целом и отдельных медицинских организаций на перспективу 10 лет и более.

Стратегическое планирование осуществляется на двух уровнях управления: федеральном и субъекта РФ.

Стратегическое планирование на федеральном уровне. МЗиСР РФ разрабатывает и утверждает:

– стратегические цели, задачи и приоритеты развития здравоохранения РФ;
– прогнозируемые показатели состояния здоровья населения и деятельности системы здравоохранения;
– федеральные нормативы, стандарты и методику их разработки с учетом региональных особенностей субъектов РФ;
– федеральные целевые медико-социальные программы.

Стратегическое планирование на уровне субъектов РФ. Задачей органов управления здравоохранением субъектов РФ является разработка стратегических планов формирования эффективной системы оказания населению доступной медицинской помощи на перспективу 10 лет и более. Эта работа осуществляется на основе индикаторов (показателей), устанавливаемых на федеральном уровне с учетом региональных особенностей состояния здоровья и действующей системы здравоохранения.

Разработка стратегических планов на уровне субъекта РФ предусматривает следующие этапы:

– анализ и прогноз состояния здоровья населения субъекта РФ на расчетный период;
– определение цели, задач и приоритетов развития здравоохранения на расчетный период;
– расчет прогнозируемых показателей деятельности системы здравоохранения субъекта РФ;
– разработка и утверждение региональных нормативов для планирования развития системы здравоохранения субъекта РФ;

– определение необходимых для достижения поставленных целей и задач ресурсов, источников их получения;
– разработка и утверждение планов и целевых медико-социальных программ развития системы здравоохранения субъекта РФ.

Перспективное планирование предусматривает разработку планов и программ развития здравоохранения субъектов РФ и муниципальных образований в рамках утвержденных стратегических планов, как правило, на 3–5 лет. Методология составления этих планов и программ в здравоохранении муниципальных образований должна в целом соответствовать подходам перспективного планирования на уровне субъекта РФ, но при этом учитывать имеющиеся особенности социально-экономического развития муниципальных районов и городских округов.

Текущее планирование предусматривает разработку ежегодных планов и программ деятельности системы здравоохранения субъектов РФ, муниципальных образований и конкретных организаций здравоохранения в соответствии с перспективными планами и программами, утвержденными на уровне субъекта РФ и муниципального образования.

10.3.3. Методы планирования в здравоохранении

В теории управления здравоохранением используются многие методы планирования: аналитический, нормативный, балансовый, экономико-математический, организационного эксперимента и др. В практическом здравоохранении в основном применяют следующие три метода: аналитический, нормативный, балансовый.

Аналитический метод используется для планирования сети амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений на основе анализа показателей здоровья населения и результатов деятельности медицинских учреждений.

С помощью аналитического метода рассчитываются необходимые объемы амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, обеспеченность населения медицинскими кадрами, нагрузка медицинского персонала и другие показатели с учетом реальной потребности населения в тех или иных видах медицинской помощи.

Например, чтобы рассчитать необходимое число врачей для амбулаторно-поликлинических учреждений, используют формулу:

$$В = \frac{Л \times Н}{Ф},$$

где В — необходимое число врачей; Л — норматив посещений на 1 человека в год; Н — общая численность населения.

При этом:

$$Ф = А \times В \times Г,$$

где Ф — функция врачебной должности врача, ведущего только амбулаторный прием в поликлинике; А — нагрузка врача на 1 ч работы; В — *число часов работы врача в день*; Г — *число рабочих дней* в году.

Для врачей, ведущих амбулаторный прием в поликлинике и обслуживающих вызовы на дому, функция врачебной должности рассчитывается по формуле:

$$Ф = [(А \times В)+(С \times Д)] \times Г,$$

где А — нагрузка на 1 ч приема врача в поликлинике; В — число часов работы врача на приеме в поликлинике; С — нагрузка врача на 1 ч обслуживания пациентов на дому; Д — число часов работы врача по обслуживанию пациентов на дому; Г — число рабочих дней в году.

Или другой пример. При планировании сети больничных учреждений, используя аналитический метод, для расчета необходимого числа больничных коек в первую очередь экспертно определяют оптимальный уровень госпитализации населения (на 1000 населения).

Затем необходимое число больничных коек в целом и по отдельным профилям определяют по формуле И.И. Розенфельда:

$$К = \frac{Н \times Р \times П}{Д \times 1000},$$

где К — необходимое число коек; Н — численность населения; Р — уровень госпитализации; П — среднее число дней пребывания больного на койке; Д — среднее число дней работы койки в году.

Далее на основании рекомендованных штатных нормативов для больничных учреждений рассчитывают необходимое число должностей различных групп персонала.

Нормативный метод применяется в стратегическом, перспективном и текущем планировании, и в его основе лежит использование утвержденных нормативов.

Норматив — расчетная величина затрат материальных, финансовых, временных и других ресурсов, применяемая при нормировании труда, планировании производственной и хозяйственной деятельности.

Нормативы разрабатываются и утверждаются МЗиСР РФ или другими уполномоченными органами исполнительной власти.

По своей сути норматив — это количественная мера затрат финансовых, материальных, временных и других видов ресурсов, необходимых для оказания определенного объема медицинских услуг соответствующего качества.

В здравоохранении используется следующая классификация нормативов (по видам ресурсов):

- *материальные*, устанавливающие уровень затрат в натуральном выражении (расход энергоносителя на 1 м^3 отапливаемых помещений, количество комплектов белья на 1 больного или 1 койку, расход продуктов питания на 1 койко-день и др.);
- *финансовые*, устанавливающие уровень затрат в денежном выражении (расход финансовых средств на лекарственные препараты на 1 койко-день, подушевое финансирование, расход финансовых средств на 1 койко-день в отделениях различного профиля и др.);
- *временные*, устанавливающие уровень затрат во времени (норматив времени выезда бригады скорой медицинской помощи, норматив среднечасовой нагрузки врачей отдельных специальностей на амбулаторно-поликлиническом приеме и др.).

Использование нормативов в планировании здравоохранения является неотъемлемой частью механизма государственного регулирования в условиях рыночной экономики.

Балансовый метод является одним из основных методов планирования в здравоохранении и позволяет увязывать потребности населения в тех или иных видах медицинской помощи с их ресурсным обеспечением. С помощью балансового метода вскрываются диспропорции в развитии отдельных видов медицинской помощи, например амбулаторно-поликлинической и стационарной, определяются опти-

мальные соотношения между соответствующими разделами комплексного плана развития здравоохранения, выявляются резервы, устанавливается макроэкономическое равновесие здравоохранения с другими отраслями.

В практике планирования здравоохранения используют следующие системы балансов:

- натуральные (материальные);
- стоимостные (денежные);
- трудовые (кадровые);
- межотраслевые (например, баланс между потребностью в работниках здравоохранения и возможностью их подготовки в системе медицинского образования).

В сложившейся практике планирования здравоохранения аналитический, нормативный и балансовый методы, как правило, используют вместе, дополняя один другим.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Чем вызвана необходимость развития планирования и прогнозирования в здравоохранении?
2. Дайте определение терминов «гипотеза», «прогноз». В чем их отличие?
3. По каким основным направлениям разрабатываются в здравоохранении прогнозы? Какие формы прогнозов выделяют?
4. Перечислите основные методы прогнозирования в здравоохранении.
5. Что такое план и планирование в здравоохранении?
6. На каких принципах базируется планирование здравоохранения в Российской Федерации? Раскройте содержание этих принципов.
7. Какие виды планирования вы знаете? Раскройте содержание каждого из них.
8. Какие вопросы в рамках стратегического планирования решаются на уровне МЗиСР РФ?
9. Перечислите основные этапы разработки стратегических планов на уровне субъекта РФ.
10. Перечислите методы, используемые в процессе планирования в здравоохранении. Раскройте содержание каждого из них.
11. Что такое норматив? Приведите примеры нормативов, которые используются в здравоохранении.

Глава 11

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи

11.1. ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Примером текущего планирования в здравоохранении с использованием изложенных выше принципов и методов является ***Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи*** (далее — Программа).

Программа ежегодно утверждается постановлением Правительства РФ с целью реализации конституционных прав граждан РФ на получение бесплатной медицинской помощи.

Программа состоит из шести разделов и включает: общие положения; виды и условия оказания медицинской помощи; источники финансового обеспечения медицинской помощи; нормативы объема медицинской помощи; нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь; критерии доступности и качество медицинской помощи.

Основными задачами Программы являются:

- создание единого правового и экономического механизма реализации конституционных прав граждан на получение гарантированной (бесплатной) медицинской помощи;
- обеспечение баланса между обязательствами государства по предоставлению населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи и выделяемых для этого ресурсов.

В рамках Программы населению бесплатно предоставляются следующие виды медицинской помощи:

- первичная медико-санитарная помощь;
- скорая медицинская помощь, в том числе специализированная (санитарно-авиационная);
- специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная.

Все эти виды помощи населению РФ предоставляются за счет средств обязательного медицинского страхования и бюджетов всех уровней.

Для разработки Программы используются следующие группы нормативов:

- нормативы объемов медицинской помощи;
- нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

Нормативы объемов медицинской помощи. К этим показателям относятся:

- *норматив амбулаторно-поликлинической помощи*, который устанавливается в количестве посещений на одного человека в год (2010 г. — 9,5 посещений);
- *норматив медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах всех типов*, который устанавливается в количестве пациенто-дней на 1 человека в год (2010 г. — 0,59 пациенто-дней);
- *норматив стационарной помощи*, который устанавливается в количестве койко-дней на 1 человека в год (2010 г. — 2,78 койко-дней);
- *норматив скорой медицинской помощи*, который устанавливается в количестве вызовов на 1 человека в год (2010 г. — 0,318 вызова).

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. К этим показателям относятся:

- *норматив финансовых затрат на 1 посещение в амбулаторно-поликлиническую организацию* (2010 г. — 218,1 руб.);
- *норматив финансовых затрат на 1 пациенто-день в дневном стационаре* (2010 г. — 478 руб.);
- *норматив финансовых затрат на 1 койко-день в стационаре* (2010 г. — 1380,6 руб.);
- *норматив финансовых затрат на 1 вызов скорой медицинской помощи* (2010 г. — 1710,1 руб.).

Кроме того, в рамках Программы устанавливается *подушевой норматив финансирования Программы* (2010 г. — 7634,4 руб.), отражающий размер средств на компенсацию затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчете на 1 человека в год.

11.2. УПРАВЛЕНИЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММОЙ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи органы государственной власти субъектов РФ разрабатывают соответствующие ***территориальные программы***. В них могут устанавливаться дополнительные условия, виды и объемы оказания медицинской помощи за счет средств бюджетов субъектов РФ и муниципальных образований. Подушевые нормативы финансирования территориальной программы формируются исходя из вышеперечисленных нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат с учетом соответствующих районных коэффициентов.

Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи включает:

- территориальную программу обязательного медицинского страхования (подробнее см. гл. 21.);
- перечень заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно за счет бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования (ОМС);
- перечни организаций здравоохранения, работающих в системе ОМС, и медицинских учреждений, финансируемых из бюджетов;
- объемы медицинской помощи, установленные для медицинских учреждения субъекта РФ, муниципальных образований, ведомственных и частных медицинских организациях, работающих в системе ОМС, и финансовые средства на выполнение этих объемов;

– перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, применяемых при оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы;
– перечень медицинских учреждений субъекта РФ, оказывающих специализированную высокотехнологичную медицинскую помощь за счет средств бюджета субъекта РФ;
– условия и порядок предоставления бесплатной медицинской помощи населению субъекта РФ в рамках территориальной программы;
– информацию о численности населения (по группам и категориям заболеваний), при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно или с 50% скидкой.

Основными задачами территориальной программы являются:
– консолидация различных источников финансирования для обеспечения населения гарантированной (бесплатной) медицинской помощью;
– обеспечение сбалансированности обязательств государства по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи и выделяемых для этого финансовых средств;
– повышение эффективности использования имеющихся ресурсов здравоохранения.

Для разработки территориальных программ используется следующий алгоритм (рис. 11.1).

При формировании территориальных программ федеральные нормативы объемов медицинской помощи корректируются с учетом особенностей возрастно-полового состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъектов РФ.

Муниципальные задания утверждаются одновременно с бюджетами муниципальных районов и городских округов и являются составной частью территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Важным разделом территориальной программы является план мероприятий по устранению или сокращению дефицита финансовых средств. Этот план включает в себя комплекс мер по повышению эффективности использования ресурсов. В частности, он предусматривает организацию двухсменного обследования и лечения,



Рис. 11.1. Порядок разработки территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи

включая выходные и праздничные дни; исключение дублирования в стационарах больниц результатов амбулаторно-поликлинического обследования; расширение практики ранней выписки пациентов из стационара на амбулаторно-поликлиническое лечение. Кроме того, перспективным направлением повышения эффективности использования ресурсов являются развитие стационарзамещающих организационных технологий (дневные стационары в амбулаторно-поликлинических, больничных учреждениях, стационары на дому), внедрение современных технологий диагностики и лечения и др.

В планировании здравоохранения на всех уровнях управления, помимо программ государственных гарантий, разрабатываются ***целевые медико-социальные программы*** на основе выбранных приоритетов в охране здоровья населения. Такой программно-целевой подход в условиях дефицита материальных, финансовых и других ресурсов позволяет направлять их на развитие наиболее приоритетных отраслей здравоохранения, достигая тем самым максимальных результатов в наиболее сжатые сроки. Поэтому программно-целевой подход становится все более привлекательной формой планирования в здравоохранении, а целевая программа — директивным документом, который содержит увязанный по срокам, ресурсам, исполнителям комплекс мероприятий для эффективного решения поставленных задач.

Примерами таких программ на федеральном уровне служат программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями», «Планирование семьи», «Безопасное материнство», «Скорая медицинская помощь», «Программа модернизации здравоохранения» и др.

Источником финансирования таких программ являются средства бюджетов всех уровней (федерального, регионального, муниципального), государственных внебюджетных фондов (Пенсионный фонд РФ, Федеральный фонд ОМС, Фонд социального страхования РФ), других источников, не запрещенных законодательством РФ. Как правило, финансовое обеспечение целевых программ осуществляется из разных источников (на условиях софинансирования) в рамках заключенных договоров или соглашений.

Разработка и реализация комплексных целевых медико-социальных программ являются перспективными направлениями совершенствования управления здравоохранением и как результат этого — повышения качества и доступности оказываемой населению медицинской помощи.

11.3. АНАЛИЗ ВЫПОЛНЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Для анализа выполнения плановых объемов медицинской помощи территориальной программы рассчитывают следующие статистические показатели:

$$\textbf{Выполнение планового объема амбулаторно-поликлинической помощи} = \frac{\text{Фактическое количество посещений АПО*}}{\text{Плановое количество посещений АПО}} \times 100.$$

$$\textbf{Выполнение планового объема медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах} = \frac{\text{Фактическое количество пациенто-дней}}{\text{Плановое количество пациенто-дней}} \times 100.$$

$$\textbf{Выполнение планового объема стационарной помощи} = \frac{\text{Фактическое количество койко-дней}}{\text{Плановое количество койко-дней}} \times 100.$$

$$\textbf{Выполнение планового объема скорой медицинской помощи (СМП)} = \frac{\text{Фактическое количество вызовов СМП}}{\text{Плановое количество вызовов СМП}} \times 100.$$

В системе обязательного медицинского страхования финансирование учреждений здравоохранения зависит от выполнения плановых объемов медицинской помощи и установленных тарифов оплаты отдельных ее видов. Поэтому для устойчивого обеспечения организаций здравоохранения финансовыми ресурсами значения этих показателей должны приближаться к 100%.

* АПО — амбулаторно-поликлиническая организация.

Анализ выполнения нормативов финансовых затрат территориальной программы осуществляется на основе следующих показателей:

$$\text{Выполнение норматива финансовых затрат на амбулаторно-поликлиническую помощь} = \frac{\text{Объем фактических финансовых затрат на 1 посещение АПО}}{\text{Норматив финансовых затрат на 1 посещение АПО}} \times 100.$$

$$\text{Выполнение норматива финансовых затрат на медицинскую помощь в дневных стационарах} = \frac{\text{Объем фактических финансовых затрат на 1 пациенто-день в дневном стационаре}}{\text{Норматив финансовых затрат на 1 пациенто-день в дневном стационаре}} \times 100.$$

$$\text{Выполнение норматива финансовых затрат на стационарную помощь} = \frac{\text{Объем фактических финансовых затрат на 1 койко-день в стационаре}}{\text{Норматив финансовых затрат на 1 койко-день в стационаре}} \times 100.$$

$$\text{Выполнение норматива финансовых затрат на скорую медицинскую помощь} = \frac{\text{Объем фактических финансовых затрат на 1 вызов СМП}}{\text{Норматив финансовых затрат на 1 вызов СМП}} \times 100.$$

Изучение этих показателей позволяет оценить полноту поступления и целевое использование финансовых средств, которые находятся в распоряжении организаций здравоохранения для оплаты медицинской помощи. Значения показателей должны приближаться к 100%.

Кроме того, для анализа качества медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы, разрабатывается ряд

специальных статистических показателей, которые рассчитываются по формулам:

$$\textbf{Среднее число выявленных дефектов оказания медицинской помощи (на 1 больного)} = \frac{\text{Число выявленных дефектов}}{\text{Общее число проведенных экспертиз (ведомственных + вневедомственных)}}.$$

$$\textbf{Среднее число выявленных дефектов, повлекших ухудшение здоровья (на 1 больного)} = \frac{\text{Число выявленных дефектов, повлекших ухудшение здоровья}}{\text{Общее число проведенных экспертиз (ведомственных + вневедомственных)}}.$$

$$\textbf{Среднее число выявленных дефектов, повлекших увеличение стоимости лечения (на 1 больного)} = \frac{\text{Число выявленных дефектов, повлекших увеличение стоимости лечения}}{\text{Общее число проведенных экспертиз (ведомственных + вневедомственных)}}.$$

Эти показатели рассчитывают специалисты как органов управления здравоохранением, отдельных организаций здравоохранения (ведомственная экспертиза), так и медицинских страховых организаций (вневедомственная экспертиза). По результатам анализа территориальных программ ряда субъектов РФ эти показатели соответственно составили 0,12–0,15; 0,005–0,006; 0,08–0,011.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Каковы основные задачи Программы госгарантий?
2. Какие нормативы используют для разработки и анализа исполнения Программы госгарантий?
3. Какие основные задачи решают в рамках территориальной программы госгарантий? Приведите порядок ее разработки.
4. Что такое программно-целевой подход в здравоохранении? Приведите примеры федеральных целевых медико-социальных программ.
5. Какие показатели используются для анализа выполнения плановых объемов медицинской помощи? Приведите формулы расчета.
6. Какие показатели рассчитываются для анализа выполнения нормативов финансовых затрат? Приведите формулы расчета.
7. Какие показатели используются для анализа качества медицинской помощи? Приведите формулы расчета.

Глава 12

Организация амбулаторно-поликлинической помощи

12.1. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Амбулаторно-поликлиническая помощь — самый массовый вид медицинской помощи, которую получают около 80% всех больных, обращающихся в организации здравоохранения. К основным типам амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) относятся: поликлиники (для взрослых, детей, стоматологические), диспансеры, центры общей врачебной (семейной) практики, женские консультации и др.

Основными принципами оказания амбулаторно-поликлинической помощи являются:

– профилактическая направленность;
– участковость;
– доступность;
– преемственность и этапность лечения.

Профилактическая направленность. В профилактической деятельности АПУ выделяют первичную, вторичную и третичную профилактики (см. гл. 6). Принцип профилактической направленности реализуется посредством диспансерного метода. ***Диспансеризация*** — приоритетное направление в деятельности медицинских учреждений, включающее комплекс мер по формированию здорового образа жизни, профилактике и ранней диагностике заболеваний, эффективному лечению больных и их динамическому наблюдению.

Диспансерный метод прежде всего используется в работе с определенными группами здоровых людей (дети, беременные, спортсмены, военнослужащие и др.), а также с больными, подлежащими диспансерному наблюдению. В процессе диспансеризации эти контингенты ставят на учет с целью раннего выявления заболеваний, комплексного лечения, проведения мероприятий по оздоровлению условий труда и быта, восстановлению трудоспособности и продлению периода активной жизнедеятельности.

Важным направлением профилактической работы АПУ является прививочная работа. Детскому населению профилактические прививки проводятся по соответствующему календарю прививок, взрослому населению — по желанию и показаниям.

АПУ призваны играть ведущую роль в формировании здорового образа жизни как комплекса мер, позволяющих сохранять и укреплять здоровье населения, повышать качество жизни.

Участковость. Бо́льшая часть АПУ работают по участковому принципу, т.е. за учреждениями закреплены определенные территории, которые в свою очередь разделены на территориальные участки. Участки формируются в зависимости от численности населения. За каждым участком закреплены участковый врач (терапевт, педиатр) и участковая медицинская сестра. При формировании участков для обеспечения равных условий работы участковых врачей учитывают не только численность населения, но и протяженность участка, тип застройки, удаленность от поликлиники, транспортную доступность и другие факторы.

Доступность. Реализация этого принципа обеспечивается широкой сетью АПУ, действующих на территории РФ. В 2009 г. в России функционировало 15,3 тыс. АПУ всех форм собственности. Любой житель страны имеет право обратиться в АПУ как по месту жительства, так и на территории, где в настоящее время находится. Доступность амбулаторно-поликлинической помощи обеспечивается и ее бесплатностью в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. С 2011 г. этот принцип получил дополнительное юридическое и финансовое подкрепление в Законе «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Преемственность и этапность лечения. Амбулаторно-поликлиническая помощь является первым этапом единого процесса оказания медицинской помощи: поликлиника — стационар — учреждение восстановительного лечения. Как правило, пациент вначале обращается к участковому врачу поликлиники. В случае необходимости он может быть направлен в консультативно-диагностический центр, диспансер (онкологический, противотуберкулезный, психоневрологический и др.), больничное учреждение, центр медицинской и социальной реабилитации. Между этими звеньями оказания медицинской помощи должна существовать преемственность, позволяющая исключать дублирование диагностических исследований, ведения медицинской документации, тем самым обеспечить комплексность в профилак-

тике, диагностике, лечении и реабилитации больных. Одним из направлений в достижении этого является внедрение электронной истории болезни (электронный паспорт больного).

Дальнейшее развитие амбулаторно-поликлинической помощи направлено на обеспечение доступности этого вида медицинской помощи всем группам населения, проживающего в любых регионах страны, полное удовлетворение потребности населения в квалифицированной лечебно-профилактической и медико-социальной помощи. Важнейшим направлением совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи являются усиление профилактической направленности в деятельности АПУ, повышение эффективности их работы, совершенствование управления, а также повышение культуры и качества медико-социальной помощи.

12.2. ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ

Городская поликлиника для взрослых является учреждением здравоохранения, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь населению в возрасте 18 лет и старше. Поликлиники организуют в составе больничных учреждений (областной, краевой, республиканской, окружной, центральной районной больницы, медико-санитарной части) или могут быть самостоятельными учреждениями.

Основными задачами поликлиники являются:

- оказание медицинской помощи населению непосредственно в поликлинике и на дому;
- организация и проведение среди прикрепленного населения комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности;
- диспансеризация населения и прежде всего лиц с повышенным риском заболеваний сердечно-сосудистой системы, онкологических и других социально значимых болезней;
- организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, формированию здорового образа жизни.

Примерная организационная структура городской поликлиники для взрослых представлена на рис. 12.1.

Штатные нормативы врачебного персонала городских поликлиник для взрослых устанавливаются соответствующими приказами МЗиСР РФ и носят рекомендательный характер (табл. 12.1).

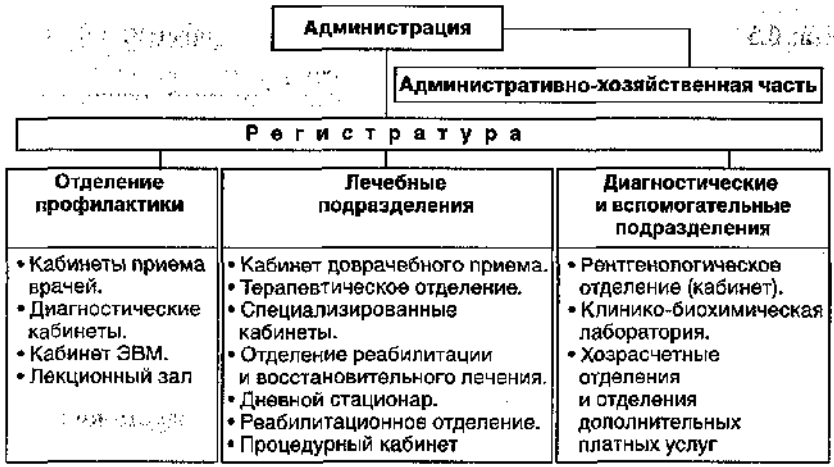


Рис. 12.1. Примерная организационная структура городской поликлиники для взрослых

Таблица 12.1. Штатные нормативы врачебного персонала городской поликлиники для взрослого населения

Врачебная специальность	Число должностей на 10 000 населения в возрасте от 18 лет и старше
Врач-терапевт	5,9
Врач-кардиолог	0,3
Врач-ревматолог	0,1
Врач-хирург	0,4
Врач-травматолог	0,4
Врач-уролог	0,2
Врач-отоларинголог	0,5
Врач-невропатолог	0,5
Врач-офтальмолог	0,6
Врач-эндокринолог	0,2
Врач-инфекционист	0,2
Врач-аллерголог	0,015
Итого врачей узких специальностей	3,415

Заведующий терапевтическим отделением устанавливается из расчета: 0,5 ставки при наличии от 6,5 до 9,0 ставок врачей; 1,0 ставка, если в отделении больше 9,0 ставок врачей.

Поликлинику возглавляет ***главный врач***, который осуществляет руководство деятельностью учреждения и несет ответственность за качество и культуру лечебно-профилактической помощи, а также организационную, административно-хозяйственную и финансовую деятельность. Он разрабатывает план работы учреждения и организует его выполнение.

Главный врач проводит подбор кадров медицинского и административно-хозяйственного персонала, несет ответственность за их работу, выносит поощрения хорошо работающим инициативным сотрудникам и привлекает к дисциплинарной ответственности нарушителей трудовой дисциплины, осуществляет расстановку кадров, организует повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала, готовит резерв руководителей подразделений, устанавливает распорядок работы учреждения, утверждает графики работы персонала и т.д.

Главный врач совместно с главным бухгалтером составляет смету учреждения, является распорядителем кредитов, контролирует правильность исполнения бюджета и обеспечивает экономное и рациональное расходование средств, сохранность материальных ценностей, обеспечивает правильное составление и своевременное представление в соответствующие инстанции статистических, медицинских и финансовых отчетов, обеспечивает своевременное рассмотрение жалоб и заявлений населения, принимает по ним необходимые меры.

Из наиболее квалифицированных и обладающих организаторскими способностями врачей главный врач назначает своего первого заместителя — ***заместителя по лечебной работе***, который в период отсутствия главного врача исполняет его обязанности. Он фактически отвечает за всю профилактическую и лечебно-диагностическую деятельность учреждения. У главного врача есть и другие заместители: ***по клинико-экспертной работе, административно-хозяйственной части.***

Свою долю ответственности за качество профилактической и лечебно-диагностической работы в поликлинике, соблюдение персоналом медицинской этики также несут и заведующие отделениями. ***Заведующие отделениями*** осуществляют непосредственное руководство и контроль за профилактической и лечебно-диагностической работой врачей; консультируют больных со сложными формами

заболеваний; контролируют обоснованность выдачи врачами листков временной нетрудоспособности; организуют своевременную госпитализацию больных, которым необходимо стационарное лечение; обеспечивают проведение мероприятий по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала. Лечение больных, нуждающихся в госпитализации, но оставленных по каким-либо причинам на дому, также проводится под постоянным контролем заведующего отделением.

Первое знакомство пациента с поликлиникой начинается с ***регистратуры***, которая организует прием больных и их обслуживание на дому. В задачи регистратуры входят:

- запись на прием к врачам при непосредственном обращении и по телефону;
- регулирование интенсивности потока пациентов с целью обеспечения равномерной нагрузки на приеме, распределение больных по видам оказываемой помощи;
- своевременный подбор медицинской документации и доставка ее в кабинеты врачей, правильное ведение и хранение картотеки.

В практике организации амбулаторно-поликлинической помощи используют три основных способа организации записи пациентов на прием к врачу: талонная система, самозапись, комбинированный способ.

При ***талонной системе*** первичные пациенты обращаются в регистратуру и получают талоны с указанием порядкового номера очереди, фамилии врача, номера кабинета и времени явки на прием.

При ***самозаписи*** посетители сами вписывают в специальные листы свои паспортные данные с указанием удобного для них времени приема. Для этого в холле поликлиники оборудуют столики с папками листов самозаписи на несколько дней вперед. Дежурный регистратор дает необходимые устные справки, в отдельных случаях помогает посетителям записаться на прием к врачу. Заполненные листы самозаписи в конце дня передают работникам картохранилища для подбора медицинских карт амбулаторного больного или оформления их для впервые обратившихся пациентов. Перед приемом медицинская сестра кабинета берет из картохранилища подобранные медицинские карты амбулаторного больного и лист самозаписи.

При ***комбинированном способе*** в лист самозаписи записываются только первичные пациенты. За 15–20 мин до начала приема пациент получает в регистратуре заранее заготовленный талон. При такой

системе регистратор знает, сколько человек не явилось на прием к врачу (из числа записавшихся) и имеет право по истечении определенного времени выдать талоны другим пациентам, желающим попасть на прием в это время. Повторным пациентам врач выдает специальную «фишку» с указанием даты и времени приема, которая подлежит обмену в регистратуре на талон. Если врач при посещении больного на дому определил необходимость повторного осмотра в поликлинике, он сразу выдает ему талон с указанием даты, времени приема и номера очереди.

Вызов врача на дом может осуществляться очно либо по телефону. Принимаемые вызовы заносят в «Книгу записей вызова врача на дом» (ф. 031/у), в которой указывают фамилию, имя, отчество, адрес больного и основные жалобы. Эти книги ведутся как по каждому терапевтическому участку, так и по каждому из врачей узких специальностей. В некоторых поликлиниках существует самозапись вызовов на дом. Вызывающий врача заполняет специальный бланк, в котором указывает фамилию, имя, отчество, адрес больного, основные жалобы, температуру и опускает бланк в ящик вызовов. Поступившие заявки медицинский регистратор вносит в книгу.

Для получения пациентами необходимой информации в вестибюле поликлиники организуют подробную «немую справку» с расписанием работы врачей всех специальностей, номеров их кабинетов, врачебных участков с входящими в них улицами и домами, правилами подготовки к исследованиям (рентгеноскопия, рентгенография, анализы крови) и т.д. «Немая справка» должна содержать также информацию о времени и месте приема населения главным врачом и его заместителями, адреса дежурных поликлиник и стационаров района (города), оказывающих экстренную специализированную помощь населению в воскресные дни и др.

Скорость обслуживания больных зависит от рационального размещения в регистратуре «Медицинских карт амбулаторного больного». Оптимальной считается система расстановки карт в барабанах по участкам, а внутри них — по улицам, домам и квартирам. Значительно облегчает работу медицинского регистратора система маркировки медицинских карт, когда каждый терапевтический участок имеет свою цветовую маркировку. Хорошо зарекомендовала себя номерная система, при которой поиск одной карты сокращается до нескольких секунд. Для этого каждому участку определяют количество номеров соответственно числу лиц, проживающих на данной

территории. В последнее время распространилась практика хранения медицинских карт амбулаторного больного на руках у пациентов. Это облегчает получение пациентом консультаций в других лечебно-профилактических учреждениях, однако в случае утери карты создаются серьезные затруднения. Выход из сложившейся ситуации заключается во внедрении в работу поликлиники современных информационных технологий.

В настоящее время в ряде городов страны реализуется проект ***«Электронная регистратура»***. Этим проектом предусмотрены значительное повышение оперативности записи населения на прием к врачу, а также система мониторинга доступности медицинской помощи в регионе, населенном пункте или отдельно взятом медицинском учреждении.

«Электронная регистратура» дает возможность записаться пациенту на прием к врачу следующими способами:

- по единому номеру телефона;
- через интернет;
- через информационный киоск, расположенный в вестибюле поликлиники;
- через регистратуру поликлиники.

«Электронная регистратура» предусматривает наличие единого для всех муниципальных поликлиник бесплатного номера телефона. Набрав его, пациент попадает в ***call-центр***, где специально обученные операторы в течение минуты оформляют запись к необходимому специалисту. Помимо call-центра запись к врачу можно сделать через специализированный интернет-портал с удобной навигацией. В случае, если врач по каким-либо причинам недоступен, пациенту предлагаются альтернативные варианты: либо записаться к специалисту в другое лечебное учреждение, либо встать в очередь. Информационные ресурсы call-центра позволяют оператору предложить пациенту наиболее быстрый и удобный вариант записи к врачу. На интернет-портале варианты записи предлагаются в автоматическом режиме.

«Электронная регистратура» не только повышает оперативность записи пациентов на прием к врачам, но и является эффективным управленческим инструментом для руководителей органов управления здравоохранением и амбулаторно-поликлинических учреждений. Создаваемая информационная база позволяет в течение короткого времени формировать необходимую отчетность, а также управлять потоками пациентов в АПУ в режиме онлайн.

В непосредственной близости от регистратуры располагается ***кабинет доврачебного приема***, который организуют в поликлинике для регулирования потока посетителей и выполнения функций, не требующих врачебной компетенции. Для работы в нем подбирают наиболее опытных медицинских сестер. В задачи кабинета доврачебного приема входят:

- распределение пациентов по срочности направления их к врачу;
- направление на лабораторные и другие диагностические исследования больных, которые не нуждаются в день обращения во врачебном приеме;
- проведение антропометрии, измерение артериального и глазного давления, температуры тела и др.;
- заполнение паспортной части «Санаторно-курортной карты» (ф. 072/у-04), «Направления на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь» (ф. 088/у-06), а также внесение в них данных лабораторных и других диагностических исследований, оформление справок, выписок и других медицинских документов;
- участие в организации и проведении медицинских осмотров.

Основной фигурой городской поликлиники для взрослых является ***участковый терапевт***, который обеспечивает в поликлинике и на дому квалифицированную терапевтическую помощь населению, проживающему на закрепленном участке. Терапевтические участки формируют из расчета 1700 жителей в возрасте 18 лет и старше на один участок. В своей работе участковый терапевт непосредственно подчиняется заведующему терапевтическим отделением. Участковый терапевт обеспечивает:

- своевременную квалифицированную терапевтическую помощь населению своего участка в поликлинике и на дому;
- своевременное направление больных на госпитализацию с обязательным предварительным обследованием при плановой госпитализации;
- использование в своей работе современных методов профилактики, диагностики и лечения;
- экспертизу временной нетрудоспособности больных в соответствии с действующим положением;

- проведение комплекса мероприятий по диспансеризации взрослого населения участка, анализ эффективности и качества диспансеризации;
- раннее выявление, диагностику, лечение инфекционных заболеваний и направление в центры гигиены и эпидемиологии «Извещения о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса урогенитального, с аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки» (ф. 089/у-кв), «Извещения о больном с впервые в жизни установленным диагнозом туберкулеза, с рецидивом туберкулеза» (ф. 089/у-туб);
- систематическое повышение своей профессиональной квалификации и уровня медицинских знаний участковой медицинской сестры;
- пропаганду среди населения участка здорового образа жизни и др.

Работа участкового терапевта осуществляется по графику, утверждаемому заведующим отделением или главным врачом поликлиники, в котором предусматриваются фиксированные часы амбулаторного приема, время для оказания помощи на дому, профилактической и другой работы. Распределение времени приема в поликлинике и помощи на дому осуществляется в зависимости от численности и состава населения участка, от сложившейся посещаемости и др.

Важную роль в организации амбулаторно-поликлинической помощи населению играют врачи узких специальностей (кардиолог, эндокринолог, невропатолог, уролог, офтальмолог и др.), которые в своей работе непосредственно подчиняются заведующему отделением или заместителю главного врача по лечебной работе.

12.3. ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА ДЛЯ ДЕТЕЙ

Детская городская поликлиника является ведущим АПУ по оказанию медицинской помощи детям от рождения и до 18 лет. Детская поликлиника может быть самостоятельным учреждением, а может являться структурным подразделением детской областной (краевой, республиканской, окружной, городской) или центральной районной больницы. В настоящее время часть детских поликлиник реорганизуется

зованы в отделения городских поликлиник, оказывающих помощь как взрослому населению, так и детям.

Основными задачами детской поликлиники являются:

- организация и проведение комплекса профилактических мероприятий среди детского населения;
- оказание квалифицированной лечебно-профилактической помощи детям в поликлинике и на дому;
- направление при необходимости детей на лечение в стационары, санатории, специализированные детские ясли-сады, учреждения детского отдыха и др.;
- организация лечебно-профилактической работы в детских образовательных учреждениях;
- проведение комплекса противоэпидемических мероприятий (совместно со специалистами Роспотребнадзора);
- обеспечение правовой защиты детей.

По вопросам охраны здоровья детей и подростков детская поликлиника координирует работу всех других медицинских учреждений: собирает, обобщает и анализирует информацию о состоянии и проблемах соматического, репродуктивного, психического здоровья, — на основе которой определяет приоритетные направления профилактической, лечебно-оздоровительной и коррекционной работы, разрабатывает предложения по улучшению охраны здоровья детей и подростков на соответствующей территории.

Для выполнения поставленных задач в детской поликлинике функционируют профилактические, лечебные, диагностические и другие подразделения, перечень которых должен соответствовать примерной организационной структуре, представленной на рис. 12.2.

Структура и организация работы детской поликлиники строится с учетом противоэпидемического режима и утверждается органом управления здравоохранением по подчиненности.

Детская поликлиника, так же как поликлиника для взрослых, работает по участковому принципу. Педиатрические участки организуют из расчета 800 детей в возрасте от 0 до 18 лет на один участок. С учетом большого объема профилактической работы в детской поликлинике, в отличие от других АПУ, на каждый педиатрический участок выделяют 1,5 должности медицинской сестры участковой, которая является непосредственным помощником врача-педиатра участкового.



Рис. 12.2. Примерная организационная структура детской городской поликлиники

Штатные нормативы врачебного персонала детских городских поликлиник устанавливают соответствующими приказами МЗиСР РФ и носят рекомендательный характер (табл. 12.2).

Таблица 12.2. Штатные нормативы врачебного персонала детских городских поликлиник в городах с населением свыше 25 тыс. человек

Врачебная специальность	Число должностей на 10 000 детей в возрасте до 17 лет 11 мес 29 дней, прикрепленных к поликлинике
Врач-педиатр участковый	12,5
Врачи узких специальностей:	
детский хирург	0,5
травматолог-ортопед	0,75
уролог	0,5
акушер-гинеколог	1,25
отоларинголог	1,25
офтальмолог	1,5
невролог	1,5
кардиолог (ревматолог)	0,3
детский эндокринолог	0,5
детский онколог (гематолог)	0,1
аллерголог-иммунолог	0,1
Итого врачей узких специальностей	8,25

Ведущей фигурой детской поликлиники является ***участковый врач-педиатр***. Участковый педиатр работает под руководством заведующего отделением по плану, составленному на основе анализа состояния здоровья детского населения. Главными задачами в работе участкового врача-педиатра являются дальнейшее снижение заболеваемости и смертности детей всех возрастов, обеспечение оптимального физического и нервно-психического развития детей путем широкого внедрения комплекса профилактических мероприятий как специфического, так и неспецифического характера.

В этих целях участковый врач-педиатр:

– проводит динамическое медицинское наблюдение за физическим и нервно-психическим развитием детей;

- проводит диагностическую и лечебную работу на дому и в поликлинике;
- 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;
- передает информацию о детях и семьях социального риска в отделение медико-социальной помощи детской поликлиники, органы опеки, попечительства;
- организует работу стационара на дому;
- разрабатывает и контролирует выполнение индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов;
- принимает участие в организации 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 неонаталь-

ного скрининга, и патронаж семей, имеющих детей указанной категории;
- своевременно направляет извещения в установленном порядке в территориальные центры гигиены и эпидемиологии о случаях инфекционных заболеваний и поствакцинальных осложнений;
- обеспечивает медицинскую помощь юношам в период подготовки к военной службе;
- проводит работу по врачебному консультированию и профессиональной ориентации с учетом состояния здоровья детей;
- готовит медицинскую документацию для перевода детей по достижении соответствующего возраста в поликлинику для взрослых;
- руководит деятельностью среднего медицинского персонала, осуществляющего оказание первичной медико-санитарной помощи.

Кроме того, участковый врач-педиатр своевременно информирует руководство поликлиники (отделения) обо всех тяжелобольных детях и подростках на участке и не госпитализированных по каким-либо причинам.

Важнейшей задачей участкового врача-педиатра является разработка программ профилактики расстройств соматического, репродуктивного, психического здоровья, а также медицинского наблюдения, лечения, коррекции, оздоровления, реабилитации на основании оценки состояния здоровья детей и подростков.

Наряду с участковой службой в детских поликлиниках организована специализированная помощь. Большая роль в лечении и оздоровлении детей и подростков принадлежит ***врачам узких специальностей (врачи-специалисты).*** Количество работающих в поликлинике врачей-специалистов определяется в соответствии со штатными нормативами, приведенными в табл. 12.2. Врач-специалист детской городской поликлиники оказывает медицинскую помощь детскому населению по своей специальности. Основными задачами врача узкой специальности являются организация и проведение лечебной и профилактической работы с детьми и подростками.

С этой целью врач-специалист:
- проводит прием детей и подростков с отклонениями в состоянии здоровья и профилактические осмотры согласно утвержденному администрацией графику;

- оказывает необходимую консультативную и лечебную помощь заболевшим на дому;
- берет на диспансерное наблюдение детей с длительными заболеваниями и обеспечивает их систематическое наблюдение и лечение до снятия с учета по медицинским показаниям, изучает эффективность диспансеризации и лечения;
- проводит санитарно-просветительную работу среди населения по своей специальности;
- систематически повышает свою квалификацию, участвует в работе по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала по своей специальности.

Врач-специалист работает в тесном контакте с другими врачами детской городской поликлиники (отделения), участвует в оздоровлении детей и подростков в образовательных учреждениях. Специализированная помощь детской поликлиники может усиливаться приемами специалистов по вопросам репродуктивного здоровья (детская гинекология, андрология, консультирование по профилактике ИППП, нежелательной беременности), психического здоровья и др.

В детской поликлинике выделяют следующие основные разделы работы: профилактическую, лечебную, противоэпидемическую, по формированию здорового образа жизни, по поддержке грудного вскармливания.

Организация профилактической работы. Главной целью профилактической работы являются проведение мероприятий, способствующих правильному физическому и нервно-психическому развитию детей, широкое внедрение гигиенических навыков в повседневную жизнь семьи.

Основным методом профилактической работы является ***диспансерный метод*** — активное динамическое наблюдение не только за больными, но и за здоровыми детьми. Диспансерный метод позволяет наиболее полно реализовать одно из важнейших положений профилактической работы — не только сохранять, но и улучшать здоровье здоровых. В педиатрической практике действует система сплошной диспансеризации детского населения, что является несомненным преимуществом отечественной системы здравоохранения.

Диспансерное наблюдение за детьми осуществляется в соответствии с утвержденными МЗиСР РФ стандартами.

Организация профилактических мероприятий, направленных на охрану здоровья ребенка, фактически начинается до его рождения.

Наблюдение за здоровьем беременной осуществляется совместно женской консультацией и детской поликлиникой. С момента взятия беременной на учет поликлиника осуществляет патронаж беременной, совместно с женской консультацией проводит занятия в школе молодых матерей, организует посещение беременными кабинета здорового ребенка поликлиники.

Участковым педиатром и медицинской сестрой должно быть проведено не менее двух дородовых патронажей. В ходе дородовых патронажей проводятся сбор и оценка данных генеалогического, биологического и социального анамнеза. Выявляются группы риска, даются рекомендации по режиму и питанию беременной, социально-гигиеническим условиям жизни, профилактике пограничных состояний и заболеваний, уходу за новорожденным и его вскармливанию. Беременные должны посетить кабинет здорового ребенка, где с ними проводят индивидуальные и групповые беседы, на наглядных пособиях обучают уходу за новорожденным и т.д.

Согласно существующему положению врач-педиатр и медицинская сестра детской поликлиники посещают новорожденного в первые 2 дня после выписки из родильного дома. Если в семье родился первый ребенок, двойня или у матери нет молока, патронаж рекомендуется провести в первый же день после выписки.

В дальнейшем медицинское наблюдение за развитием ребенка осуществляется регулярно по графику, составленному согласно утвержденным МЗиСР РФ стандартам, с учетом как индивидуальных особенностей ребенка, так и наиболее ответственных периодов его жизни. Врач осуществляет контроль за правильным физическим и нервно-психическим развитием ребенка, дает необходимые рекомендации матери по вскармливанию, организации режима дня, закаливанию, физическому воспитанию, профилактике рахита и по другим вопросам.

Все дети из двоен, недоношенные, родившиеся с крупной массой тела, получившие родовую травму, родившиеся у матерей с патологией беременности и родов или перенесших инфекционные заболевания во время беременности матери, дети, выписанные из отделений патологии новорожденных, а также дети из неблагоприятных социально-бытовых условий относятся к группам риска и находятся под особым наблюдением участкового педиатра. Работа с ними проводится по индивидуальному плану.

Для осуществления профилактической работы со здоровыми детьми раннего возраста в составе детской поликлиники организуют

кабинет профилактической работы с детьми (кабинет здорового ребенка). Для работы в нем в поликлинике, обслуживающей до 10 тыс. детей, предусмотрена 1 должность, свыше 10 тыс. детей — 2 должности медицинских сестер по профилактической работе со здоровыми детьми. Руководство работой кабинета осуществляет заведующий одного из педиатрических отделений.

Основными задачами кабинета здорового ребенка являются:

- пропаганда здорового образа жизни в семье;
- обучение родителей основным правилам воспитания здорового ребенка (режим, питание, физическое воспитание, закаливание, уход и др.);
- санитарное просвещение родителей по вопросам гигиенического воспитания детей, профилактики заболеваний и отклонений в развитии ребенка.

В этих целях медицинский персонал кабинета здорового ребенка:

- оказывает помощь участковым врачам-педиатрам в проведении организуемых в кабинете занятий школ молодых матерей, отцов;
- проводит индивидуальные и коллективные беседы с родителями детей раннего возраста, выдает им памятки и методическую литературу по вопросам охраны здоровья ребенка;
- обучает родителей уходу за детьми, организации режима дня, массажу, гимнастике, проведению закаливающих процедур, технологии приготовления детского питания, правилам введения докорма и прикорма;
- проводит работу по профилактике рахита у детей;
- совместно с участковым педиатром и участковой медицинской сестрой проводит индивидуальную подготовку детей к поступлению в детское дошкольное учреждение;
- обучает участковых медицинских сестер проведению профилактики заболеваний у детей, массажу, гимнастике, закаливающих процедур и др.;
- сообщает участковым педиатрам и медицинским сестрам о выявленных нарушениях в развитии ребенка и ошибках, допускаемых родителями в уходе за детьми;
- осуществляет связь с центром здоровья для изучения и распространения новых материалов по развитию и воспитанию здорового ребенка;
- комплектует материалы для оформления кабинета, соответствующую санитарно-просветительную литературу, таблицы,

плакаты, пособия, памятки, выставки по основным вопросам профилактической работы со здоровыми детьми;

– ведет необходимую рабочую документацию и учет инструктивно-методических материалов по развитию и воспитанию детей раннего возраста.

Кабинет здорового ребенка должен быть обеспечен методическими материалами и наглядными пособиями по основным вопросам развития и воспитания здорового ребенка, профилактике заболеваний.

Важнейшим звеном диспансеризации детского населения является организация медицинских осмотров, сроки и порядок которых определяются соответствующими приказами МЗиСР РФ.

В поликлиниках выделяют три группы детей, подлежащих профилактическим осмотрам:

1) дети до 7-летнего возраста, не посещающие детские дошкольные учреждения;
2) дети, посещающие детские дошкольные учреждения;
3) школьники.

Для первой группы детей наиболее целесообразным является выделение в поликлиниках профилактических дней, когда все специалисты принимают только здоровых детей. Число профилактических дней зависит от мощности поликлиники. Для упорядочения работы матерям вручают памятку о том, какими специалистами должен быть осмотрен ребенок в разные возрастные периоды его жизни. В вестибюле вывешивается справка аналогичного содержания. Частота профилактических осмотров врачами-специалистами определяется таким образом, чтобы своевременно выявить отклонения в состоянии здоровья детей и организовать необходимые лечебные и оздоровительные мероприятия.

Профилактические осмотры детей, посещающих образовательные учреждения, проводят в виде обязательных углубленных обследований в соответствии с декретированными возрастными группами и включают три обязательных этапа: доврачебный, педиатрический, специализированный.

На доврачебном этапе организуются скрининг и лабораторно-инструментальные исследования. На педиатрическом проводится осмотр педиатром с анализом данных доврачебного обследования и оценкой состояния здоровья. Перед поступлением в школу, а также в школьном возрасте этот этап носит характер врачебно-педагогического. В его проведении с целью оценки психологического статуса,

функциональной готовности и адаптации к обучению принимают участие педагоги и психологи. Врачебно-педагогический этап оформляется совместным медико-педагогическим заключением. На специализированном этапе диспансеризация осуществляется бригадой врачей-специалистов. По завершении профилактических осмотров проводится комплексная оценка здоровья, оформляемая в форме заключения о состоянии здоровья ребенка.

Организация лечебной работы. Это большой комплекс современных лечебных и организационных мероприятий, который включает:

- лечение на дому детей с острыми заболеваниями и обострениями хронических заболеваний до полного клинического выздоровления;
- прием в детской поликлинике реконвалесцентов с острыми заболеваниями, не представляющими опасности для окружающих;
- госпитализацию по показаниям;
- активное выявление больных с хроническими заболеваниями на ранних стадиях, постановку их на учет, своевременное лечение и оздоровление;
- комплексное этиопатогенетическое лечение заболеваний с использованием средств восстановительного лечения (физиотерапия, лечебная физкультура, водолечение и др.);
- осуществление преемственности в лечении больных детей с детскими образовательными учреждениями, стационарами, санаториями;
- экспертизу временной нетрудоспособности работающих подростков и родителей больных детей.

Дети в поликлинике должны получать квалифицированную медицинскую помощь в возможно короткие сроки. График работы участковых врачей и врачей по специальностям составляется таким образом, чтобы матери с детьми в течение недели могли быть приняты своим участковым врачом в утренние, дневные и вечерние часы (скользящий график).

Особенностью работы детской поликлиники является то, что все больные дети с острыми заболеваниями наблюдаются участковым врачом на дому. В поликлинике проводится прием в основном здоровых детей, а также страдающих хроническими заболеваниями, повторных больных с инфекционными заболеваниями без острых явлений и реконвалесцентов.

Участковый врач обязан посетить заболевшего ребенка в день вызова и активно (без вызова) посещать больных детей на дому до полного выздоровления или госпитализации. Кратность и интервалы посещений регулируются в зависимости от характера, тяжести заболеваний, возраста ребенка.

В лечении детей, особенно раннего возраста, имеет исключительное значение своевременное начало лечения. Участковые врачи-педиатры, выполняя вызов к больному ребенку, должны иметь набор необходимых медикаментов и в случае надобности оказать больному помощь на дому сразу же после установления диагноза даже тогда, когда ребенок направляется в стационар. При необходимости врач должен обеспечивать ребенка медикаментами на один прием.

Участковая медицинская сестра выполняет назначения врача по лечению больного ребенка на дому, контролирует выполнение родителями врачебных рекомендаций по лечению, питанию, режиму и уходу за больным ребенком. По заявке лечащего врача детская поликлиника обеспечивает больному ребенку проведение на дому необходимых лабораторных, функциональных исследований и консультаций врачей узких специальностей. Заведующий отделением детской поликлиники осуществляет контроль за организацией лечения больных детей на дому, при необходимости оказывает консультативную помощь.

Участковый врач в случае необходимости организует госпитализацию ребенка и продолжает наблюдение за его здоровьем после выписки из стационара. При невозможности госпитализировать ребенка (отказ родителей, отсутствие места в стационаре, карантин и др.) организуется стационар на дому. При этом ребенку обеспечиваются весь комплекс необходимых лечебных и диагностических мероприятий, лабораторных обследований в соответствии с тяжестью и характером заболевания, пост медицинской сестры или ее регулярное посещение несколько раз в день. Ночью ребенку оказывает помощь врач-педиатр неотложной или скорой помощи. Участковый врач посещает больного ежедневно до полного выздоровления, кроме того, ребенок в обязательном порядке должен быть осмотрен заведующим отделением.

При выявлении хронического заболевания больного следует поставить на диспансерный учет либо у участкового педиатра, либо у врача соответствующего профиля. Каждому ребенку, взятому на учет, должны быть обеспечены тщательное наблюдение и активное

лечение. Содержание диспансерной работы отражается в индивидуальных планах диспансерного наблюдения, которые разрабатываются врачами конкретно для каждого больного. В конце года врачи составляют на каждого состоящего на учете больного этапный эпикриз, в котором дается оценка состояния здоровья и эффективности проведения лечебно-профилактических мероприятий. Критериями оценки результатов проводимой диспансеризации являются выздоровление, улучшение, состояние без перемен, ухудшение.

Важным элементом работы участкового педиатра следует считать экспертизу временной нетрудоспособности члена семьи в связи с заболеванием ребенка. При выдаче листков нетрудоспособности участковый врач руководствуется действующими инструкциями.

Противоэпидемическая работа. Структура и вся организация работы детской поликлиники построена с учетом противоэпидемического режима. К его элементам относятся: оказание помощи на дому остро заболевшим, выделение дней для профилактического приема, разделение по этажам кабинетов участковых врачей и врачей узких специальностей и т.д.

Матери, являющиеся с ребенком на прием, предварительно в фильтре должны осматриваться медицинской сестрой с целью выявления симптомов инфекционного или другого острого заболевания. В случае выявления ребенка с инфекционным или подозрительным на него заболеванием больной должен направляться в бокс, непосредственно примыкающий к фильтру и имеющий отдельный вход, где его принимает врач.

Однако в настоящее время прием детей в городских поликлиниках через фильтр, к сожалению, практически не осуществляется.

Борьба с инфекционными заболеваниями, обеспечение эпидемиологического благополучия проходят под руководством и контролем центров гигиены и эпидемиологии. Основными задачами этой работы являются раннее выявление и госпитализация инфекционных больных, наблюдение за возможным очагом инфекционного заболевания, контактными лицами, реконвалесцентами и бациллоносителями. Врачи несут ответственность за санитарное состояние участка и организуют профилактические прививки. Врачи поликлиники обеспечивают раннюю диагностику инфекционных заболеваний, устанавливают наблюдение за здоровьем детей, бывших в контакте с заболевшими. Для регистрации инфекционных заболеваний установлена специальная учетная форма (ф. 058/у).

При лечении на дому ребенка с острым инфекционным заболеванием педиатр знакомит всех проживающих в квартире с необходимыми мерами профилактики, периодически осматривает детей, контактирующих с инфекционным больным. Лечение ребенка проводится на дому до полного выздоровления.

Важную роль в снижении инфекционной заболеваемости играет активная иммунизация детского населения. Сроки проведения вакцинации определены Национальным календарем профилактических прививок, которые едины на всей территории страны и могут быть изменены только с разрешения МЗиСР РФ.

Профилактические прививки проводят детям в прививочных кабинетах при детских поликлиниках одноразовыми инструментами. Детям, посещающим образовательные учреждения, прививки делают в этих учреждениях. Категорически запрещается делать прививки на дому.

О дне проведения предстоящих профилактических прививок детям, посещающим дошкольные образовательные учреждения и школы, заранее оповещают родителей. Всех детей в день прививки обследуют врачи с учетом анамнестических данных и термометрии. Детям, имеющим относительные противопоказания, прививки проводят по индивидуальной схеме согласно рекомендациям соответствующих специалистов.

Острые инфекции и неинфекционные заболевания, обострения хронических заболеваний считают временными противопоказаниями для вакцинации. Плановые прививки проводят через 2–4 нед после выздоровления.

Участковая медицинская сестра на следующий день после прививки посещает ребенка на дому для выяснения характера реакции на прививку, сообщает о результатах участковому врачу-педиатру и фиксирует данные о реакции на прививку в «Истории развития ребенка» (ф. 112/у).

Учет и контроль за профилактическими прививками осуществляют на основе заполнения «Карты учета профилактических прививок» (ф. 063/у) на каждого новорожденного и каждого ребенка, вновь прибывшего в район деятельности детской поликлиники. В настоящее время в практику здравоохранения вводят «Прививочный сертификат». Из «Карт учета профилактических прививок» в детской поликлинике формируют прививочную картотеку.

Формирование здорового образа жизни. Задачами по формированию здорового образа жизни в детской поликлинике являются:

- распространение среди населения гигиенических знаний по охране здоровья детей;
- привитие родителям гигиенических навыков, необходимых для создания оптимальных условий развития детей и формирования у них поведения, соответствующего здоровому образу жизни;
- формирование готовности населения к участию в профилактических осмотрах детей, своевременному обращению за медицинской помощью, выполнению врачебных назначений;
- санитарное просвещение работников дошкольных и школьных учреждений;
- работа по формированию здорового образа жизни среди детей и подростков.

Гигиеническое воспитание и обучение на участке должны быть тесно связаны с лечебно-профилактической работой врача и медицинской сестры и проводиться по плану. Педиатры и врачи узких специальностей детской поликлиники проводят:

- индивидуальные беседы с родителями, детьми и подростками;
- выдачу (на врачебном приеме) санитарно-просветительных материалов (брошюр, памяток, буклетов, листовок и др.) для закрепления информации, а также для самостоятельного изучения;
- групповые лекции и беседы на общегигиенические темы с родителями, детьми и подростками, немедицинским персоналом детских дошкольных учреждений и школ;
- занятия с родителями в школах матерей, школах отцов, клубах молодых родителей, на факультетах народных университетов здоровья и других формах очно-заочного обучения;
- вечера вопросов и ответов, вечера молодых родителей, встречи за круглым столом в поликлинике.

Прогрессивной формой в системе гигиенического воспитания родителей являются групповые профилактические приемы детей 1-го года жизни. Профилактический прием должен предусматривать не только обследование, но и тщательный опрос матерей относительно режима жизни ребенка, вскармливания и ухода за ним.

Важную роль в формировании здорового образа жизни играют отделения медико-социальной помощи и кабинеты профилакти-

ческой работы с детьми (кабинеты здорового ребенка). Наличие специальных помещений с соответствующим оформлением и оборудованием создает больше удобства для проведения санитарно-просветительной работы и делает ее более эффективной.

Поддержка грудного вскармливания. Борьба за естественное вскармливание, его пропаганда должны быть одним из приоритетных направлений в работе детской поликлиники.

Участковая сестра детской поликлиники в ходе дородовых патронажей должна оценить отношение беременной к грудному вскармливанию, провести индивидуальные беседы с беременной, направленные на выработку доминанты лактации и психологического настроя членов семьи на поддержку грудного вскармливания, обучить технике грудного вскармливания.

Сразу после выписки из родильного дома участковая сестра детской поликлиники должна обучать мать технике вскармливания ребенка, исправлять ошибки в технике кормления при наблюдении на дому, контролировать прибавку массы тела в конце 1-го месяца жизни, проводить индивидуальные беседы с женщиной, направленные на поддержку грудного вскармливания.

В течение 1-го месяца жизни ребенка участковый педиатр должен беседовать с членами семьи о помощи кормящей матери и поддержке ее в отношении длительного грудного вскармливания, разъяснять кормящей матери преимущества грудного вскармливания для здоровья ребенка и матери, давать советы по организации свободного вскармливания, обеспечивать психологический настрой матери на длительную лактацию, рекомендовать частый контакт «кожа к коже», «глаза в глаза», знакомить мать с основными критериями достаточного количества молока, давать советы по рациональному питанию кормящей матери как важному фактору становления лактации, контролировать правильность прикладывания ребенка к груди. По истечении 1-го месяца жизни участковый педиатр должен контролировать соблюдение свободного вскармливания и техники грудного кормления, давать рекомендации по преодолению лактационных кризов, проводить рационализацию питания и питьевого режима матери, при подозрении на гипогалактию назначать контрольное взвешивание ребенка на протяжении суток.

Существенную роль в пропаганде грудного вскармливания, обучении матерей практике грудного вскармливания, технологии приготовления детского питания, правилам введения докорма и прикорма

должны играть кабинеты профилактической работы с детьми (кабинеты здорового ребенка).

В отличие от поликлиники для взрослых в структуру детской поликлиники входят отделение организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях и отделение медико-социальной помощи.

Отделение организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях обеспечивает организацию лечебно-профилактической работы среди детей и подростков в образовательных учреждениях общего и коррекционного типа, интернатных и учреждениях начального и среднего профессионального образования. Кроме того, оно осуществляет взаимодействие с военкоматами по постановке подростков на первичный воинский учет и подготовку к призыву в армию, обеспечивает работу по врачебно-профессиональному консультированию и профориентации.

Для обеспечения работы в образовательных учреждениях предусмотрено выделение должностей врачей-педиатров из расчета 1 должность на:

- 180–200 детей в детских яслях (ясельных группах в детских яслях-садах);
- 600 детей в детских садах (соответствующих группах в детских яслях-садах);
- 1200 учащихся в учреждениях школьного, начального и среднего профессионального образования.

Кроме того, в отделении предусмотрены должности медицинских сестер или фельдшеров из расчета 1 должность на 100 детей в детских садах и 600 учащихся в образовательных учреждениях.

Отделение медико-социальной помощи осуществляет медико-психологическую помощь, гигиеническое воспитание и правовую помощь детям и подросткам. Его основными задачами являются:

- медико-социальный патронаж семьи, выявление в них лиц с факторами риска и нуждающихся в медико-социальной защите и поддержке;
- гигиеническое (включая половое) воспитание, обеспечение мероприятий по подготовке молодежи к предстоящей семейной жизни;
- санитарно-просветительная работа, направленная на формирование потребности в здоровом образе жизни, отказ от так называемых саморазрушающих форм поведения (курение, зло-

употребление алкоголем, наркомания, токсикомания, ранняя сексуальная активность, правонарушения несовершеннолетних, бродяжничество и др.).

Структуру и штаты отделения устанавливают индивидуально в зависимости от численности прикрепленного контингента, характера и объема работы. В состав отделения могут быть введены должности психолога (медицинский психолог), врача-педиатра, врача-терапевта подросткового, социального работника. Для решения задач, касающихся репродуктивного здоровья, дополнительно могут привлекаться врач акушер-гинеколог, уролог, хирург или иной специалист. Для обеспечения правовой помощи в отделении может работать юрист.

По достижении подростками 18 лет медицинскую документацию на них передают в АПУ общей сети. Для этого создают специальную медицинскую комиссию, которую ежегодно утверждают совместным приказом главных врачей поликлиник для взрослых и детей.

12.4. ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

Женская консультация является лечебно-профилактическим учреждением, обеспечивающим амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь, а также планирование семьи и охрану репродуктивного здоровья с использованием современных медицинских технологий. Основные направления деятельности, организационно-функциональная структура, штатные нормативы, стандарты оснащения женской консультации устанавливаются в соответствии с приказом МЗиСР РФ от 02.10.09 № 808н.

Женская консультация организуется как самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение муниципального района (городского округа) или как структурное подразделение лечебно-профилактического учреждения (городской, центральной районной больниц) для оказания амбулаторной акушерско-гинекологической помощи женщинам.

Руководство женской консультацией, организованной как самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение муниципального района (городского округа), осуществляет ***главный врач***, который назначается на должность и освобождается руководителем органа управления здравоохранением муниципального образования. Руководство женской консультацией, созданной в структуре лечебно-

профилактического учреждения, осуществляет ***заведующий консультацией***, которого назначает на должность руководитель лечебно-профилактического учреждения. Примерная организационная структура женской консультации представлена на рис. 12.3.

Штатные нормативы медицинского персонала женских консультаций устанавливаются в соответствии с вышеупомянутым приказом МЗиСР РФ, согласно которому 1 должность врача акушера-гинеколога выделяется на 2200 женщин фертильного возраста. На 40 тыс. взрослого населения, проживающего на обслуживаемой территории, выделяется по 1 должности врача-терапевта, врача-стоматолога и врача-офтальмолога, на 10 тыс. детского населения — 1,25 должности врача акушера-гинеколога. На каждые 10 должностей врачей-специалистов предусмотрено по 1 ставке врача клинической лабораторной диагностики, врача функциональной диагностики, врача-психотерапевта (медицинского психолога), врача-специалиста по выявлению заболеваний молочных желез; на 15 должностей — врача-физиотерапевта, на 20 должностей — врача лечебной физкультуры. В женской консультации с более чем 8 должностями врачей акушеров-гинекологов организуется специализированный прием, для проведения которого выделяется по 1 должности врача соответствующего профиля (гинеколог-эндокринолог, по невынашиванию беременности, патологии шейки матки, бесплодию).

На каждую должность врача акушера-гинеколога в женской консультации должна быть выделена должность акушерки, а на каждую должность врача-специалиста — должность медицинской сестры, на 7 должностей врачей-специалистов — должность процедурной сестры. Кроме того, в женской консультации должны быть предусмотрены должности операционной медицинской сестры, медицинских сестер кабинета функциональной диагностики, инструкторов по лечебной физкультуре, медицинского статистика и других средних и младших медицинских работников.

При наличии в женской консультации дневного стационара в нем на каждые 15 коек выделяется должность врача акушера-гинеколога, на 10 коек — медицинской сестры и санитарки, кроме того, в дневном стационаре должна быть предусмотрена 1 должность врача анестезиолога-реаниматолога.

Для руководства деятельностью женской консультации предусматриваются должности ***главного врача (заведующего консультацией) и главной (старшей) акушерки***.

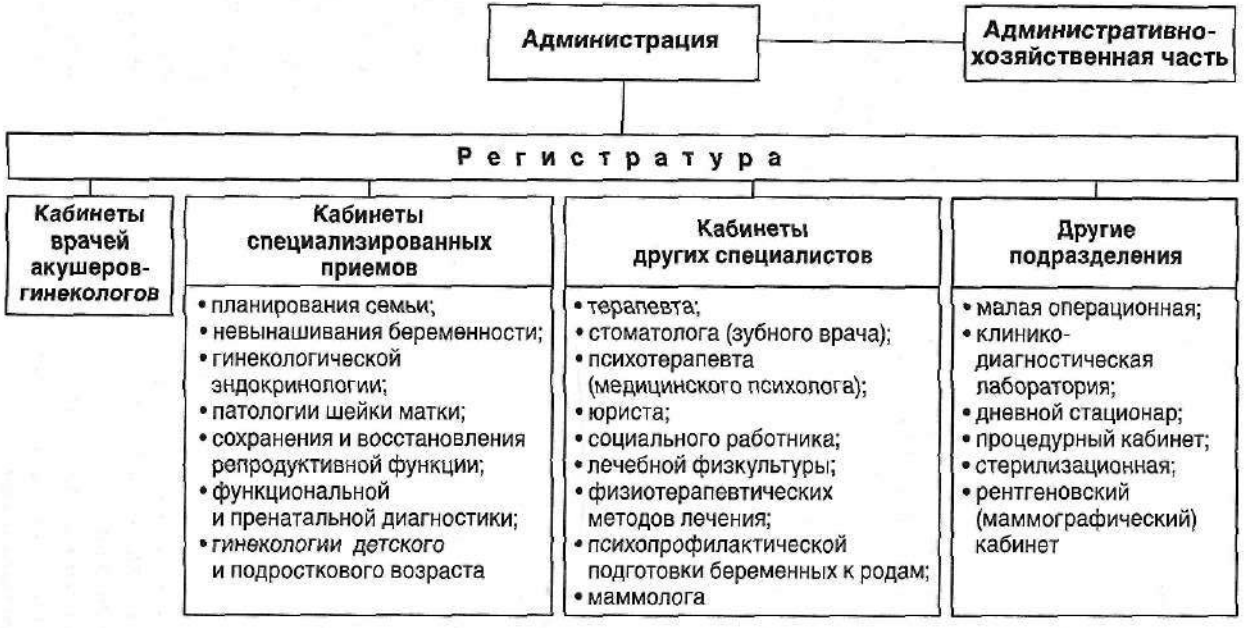


Рис. 12.3. Примерная организационная структура женской консультации

Кроме того, в штатном расписании женской консультации следует предусмотреть должности юриста, социального работника, медицинского психолога, программиста.

Основными задачами женской консультации являются:

- диспансерное наблюдение беременных, в том числе выделение женщин групп риска в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;
- проведение пренатального скрининга для формирования групп риска по внутриутробному поражению плода;
- выявление, установление медицинских показаний и направление беременных, родильниц, женщин с гинекологическими заболеваниями для получения специализированной медицинской помощи;
- проведение физической и психопрофилактической подготовки беременных к родам, в том числе подготовка семьи к рождению ребенка;
- проведение патронажа беременных и родильниц;
- консультирование и оказание услуг по вопросам охраны репродуктивного здоровья, применение современных методов профилактики абортов и подготовки к беременности и родам;
- организация и проведение профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний, патологии молочных желез;
- обследование и лечение беременных и женщин с гинекологическими заболеваниями с использованием современных медицинских технологий, в том числе в условиях дневного стационара и на дому (стационар на дому);
- диспансеризация женщин с гинекологическими заболеваниями в соответствии со стандартами медицинской помощи, включая реабилитацию;
- установление медицинских показаний и направление на санаторно-курортное лечение беременных 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-, криохирургия);

- обеспечение взаимодействия в обследовании и лечении беременных, родильниц, женщин с гинекологическими заболеваниями между женской консультацией и другими учреждениями здравоохранения (кожно-венерологическим, онкологическим, психоневрологическим, наркологическим, противотуберкулезным диспансерами), территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми компаниями, региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации;
- проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам вне беременности, в период беременности, послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности по беременности, родам, в связи с гинекологическими заболеваниями и выдача листков нетрудоспособности, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода женщины по состоянию здоровья на другую работу, направление в установленном порядке на медико-социальную экспертизу женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности;
- оказание правовой, психологической и медико-социальной помощи женщинам и членам их семей на основе индивидуального подхода;
- проведение консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности;
- социально-психологическая помощь несовершеннолетним, направленная на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовка к семейной жизни, ориентация на здоровую семью;
- медико-психологическая и социальная помощь женщинам-инвалидам, особенно по формированию репродуктивного поведения;
- 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 по повышению санитарной культуры населения, пропаганд здорового образа жизни, по сохранению репродуктивного здоровья женщин, профилактике абортов, а также ИППП, в том числе ВИЧ-инфекции;
– анализ показателей работы женской консультации, эффективности и качества медицинской помощи, разработка предложений по улучшению качества акушерско-гинекологической помощи.

Режим работы женской консультации организуют с учетом обеспечения максимальной доступности акушерско-гинекологической помощи женскому населению. Время работы рекомендуется устанавливать с 8 до 20 ч; в субботу, предпраздничные и праздничные дни — с 8 до 18 ч. Расписание работы женской консультации, приема врачей всех специальностей, врачей лечебных и диагностических кабинетов, работы школы материнства размещается у регистратуры. Неотложная акушерско-гинекологическая помощь обеспечивается специализированными отделениями больниц или родильных домов. Помощь на дому беременным, родильницам и женщинам с гинекологическими заболеваниями оказывает в день вызова лечащий или дежурный врач женской консультации. Лечебные и диагностические манипуляции на дому выполняет средний медицинский персонал (по назначению врача).

Женщине предоставляют право выбора ***акушера-гинеколога*** по ее желанию. В целях оптимизации преемственности рекомендуется наблюдение женщины вне беременности, в период беременности и после родов одним и тем же врачом.

В соответствии со своими функциональными обязанностями врач акушер-гинеколог:

– осуществляет диспансерное наблюдение за беременными (в том числе патронаж беременных и родильниц), формирует группы высокого акушерского и перинатального риска в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;
– организует проведение пренатального скрининга для формирования групп риска по внутриутробному поражению плода;
– проводит физическую и психопрофилактическую подготовку беременных к родам, в том числе подготовку семьи к рождению ребенка;

- организует и проводит профилактические мероприятия по выявлению, предупреждению и снижению гинекологических и онкологических заболеваний, патологии молочных желез, ИППП, ВИЧ-инфекции, в том числе 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 женщинам с гинекологическим заболеваниями независимо от их места жительства в случае их непосредственного обращения в женскую консультацию при возникновении острых состояний;
- организует в случаях необходимости консультирование беременных и женщин с гинекологическим заболеваниями главным врачом (заведующим женской консультацией), врачами других специальностей женской консультации и других учреждений здравоохранения;
- определяет медицинские показания и направляет на своевременную госпитализацию беременных, родильниц и женщин с гинекологическими заболеваниями в учреждения здравоохранения, в том числе в учреждения здравоохранения субъектов РФ и в федеральные учреждения здравоохранения для получения специализированной и высокотехнологичной 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 беременности, период беременности, в послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий;
- осуществляет санитарно-гигиеническое образование прикрепленного женского населения по вопросам охраны репродуктивного здоровья, профилактики абортов;
- организует и проводит мероприятия по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима, руководствуясь санитарными нормами и правилами;

– организует совместно с органами социальной защиты медико-социальную помощь для беременных и кормящих матерей;
– организует деятельность среднего и младшего медицинского персонала женской консультации;
– организует ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством, и др.

Во время приема больных основную помощь врачу акушеру-гинекологу оказывает акушерка, которая готовит инструменты, медицинскую документацию, взвешивает беременных, измеряет артериальное давление, оформляет выдачу направлений на анализы и консультации, проводит лечебные процедуры, патронаж на дому.

В работе женской консультации выделяют несколько основных разделов: организация наблюдения и медицинской помощи беременным, организация наблюдения родильниц, оказание амбулаторной помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями, оказание амбулаторной специализированной акушерско-гинекологической помощи, обеспечение консультирования и оказание услуг по планированию семьи, социально-правовая помощь.

Организация наблюдения и медицинской помощи беременным. Проводимые женской консультацией мероприятия по охране здоровья беременной и антенатальной охране плода могут быть эффективны лишь при условии регулярного наблюдения женщины в период беременности. Для этого необходимо, чтобы женщина встала на учет в консультации на ранних сроках беременности. Своевременная постановка беременной на учет позволяет снизить число ошибок в определении срока родов, своевременно провести оздоровление женщины, в случае необходимости — госпитализацию. Важно, чтобы все беременные вставали на учет до 12 нед беременности. Поздняя (после 28 нед беременности) постановка женщин на учет может неблагоприятно сказаться на течении родов, здоровье ребенка.

При первом обращении женщины в консультацию по поводу беременности врач знакомится с общим и акушерско-гинекологическим анамнезом, обращая особое внимание на семейный анамнез, перенесенные в детстве и зрелом возрасте соматические и гинекологические заболевания, особенности менструального цикла и репродуктивной функции. Выясняет возраст и состояние здоровья мужа, группу его крови и резус-принадлежность, а также наличие профессиональных

вредностей, вредных привычек и других социальных факторов риска. Осмотр беременной проводится в соответствии с действующими стандартами, уточняется срок беременности и предполагаемых родов.

Частота посещений врача акушера-гинеколога и других специалистов женщинами с нормально протекающей и осложненной беременностью, частота лабораторных и других исследований, лечебно-оздоровительных мероприятий, показания к госпитализации содержатся в соответствующих стандартах, утвержденных приказами МЗиСР РФ. Периодичность посещений и объем обследований, необходимость их выполнения врач акушер-гинеколог должен обсудить с беременной и получить ее согласие. При физиологическом течении беременности может быть установлена частота наблюдения врачом акушером-гинекологом до 6–8 раз (до 12, 16, 20, 28, 32–33, 36–37 нед) при условии регулярного (каждые 2 нед) наблюдения. Изменение числа посещений беременными врача акушера-гинеколога может быть введено регламентирующим документом местного органа управления здравоохранением при наличии условий и подготовленных специалистов.

Особого наблюдения требуют курящие беременные, употребляющие алкоголь или наркотики. В целях убеждения в необходимости полного отказа от курения в течение всей беременности и кормления грудью с курящими женщинами проводится разъяснительная работа. При выявлении употребления алкоголя или наркотиков беременную следует убедить обратиться к врачу психиатру-наркологу по месту жительства в интересах сохранения своего здоровья и здоровья будущего ребенка. Дальнейшее наблюдение за течением беременности, а также после родов осуществляется врачом акушером-гинекологом с выполнением рекомендаций врача психиатра-нарколога.

Беременные, инфицированные ВИЧ, наблюдаются врачом акушером-гинекологом женской консультации совместно с врачом-инфекционистом.

После первого осмотра врачом акушером-гинекологом беременная направляется на обследование к терапевту, который осматривает ее в течение физиологически протекающей беременности дважды (после первого осмотра врачом акушером-гинекологом и в сроке 30 нед беременности). При наличии экстрагенитальных заболеваний врач-терапевт совместно с врачом акушером-гинекологом решает вопрос о возможности пролонгирования беременности. Сведения об экстрагенитальных заболеваниях, впервые выявленных во время беремен-

ности или в послеродовом периоде, передаются в общелечебную сеть. Динамическое наблюдение за беременными с экстрагенитальными заболеваниями врач акушер-гинеколог осуществляет совместно с терапевтом и другими специалистами.

Кроме того, беременная осматривается стоматологом, окулистом, оториноларингологом и по показаниям другими специалистами.

В целях повышения эффективности дородовой диагностики и предупреждения рождения детей с врожденной и наследственной патологией всем беременным проводится пренатальная диагностика, сроки и кратность которой определены соответствующими приказами МЗиСР РФ.

На основании данных обследования и лабораторных анализов определяются факторы риска неблагоприятного исхода беременности (социально-биологические, акушерско-гинекологический анамнез, экстрагенитальные заболевания, осложнения беременности). К социально-биологическим факторам относят возраст матери (до 18 лет и старше 35 лет), возраст отца (старше 40 лет), профессиональные вредности у родителей, курение, алкоголизм, наркомания, токсикомания, массо-ростовые показатели матери (рост 150 см и менее, масса тела на 25% выше или ниже нормы).

Все беременные группы риска осматриваются главным врачом (заведующим) женской консультации, а по показаниям направляются на консультацию к соответствующим специалистам для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности.

Все данные обследования, результаты клинико-лабораторных исследований, заключения других специалистов, советы и назначения, а также индивидуальный план наблюдения за течением беременности, который согласуется с главным врачом (заведующим) женской консультации, заносятся в «Индивидуальную карту беременной и родильницы» (ф. 111/у) при каждом посещении с указанием диагнозов и даты последующей явки на прием и подтверждаются подписью врача.

«Индивидуальные карты беременной и родильницы» хранятся в кабинете врача акушера-гинеколога в картотеке по датам очередного посещения. В картотеке должны быть выделены также карты родивших, женщин, подлежащих патронажу, и беременных, госпитализированных в стационар. Для патронажа отбираются карты женщин, не явившихся в назначенный срок. Патронаж на дому проводится акушеркой по назначению врача. Для проведения осмотра на дому аку-

шерка должна иметь тонометр, фонендоскоп, сантиметровую ленту, акушерский стетоскоп или портативный ультразвуковой аппарат. Записи о результатах патронажного посещения акушеркой заносятся в «Индивидуальную карту беременной и родильницы» и фиксируются в «Тетради учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки)». В наиболее сложных случаях патронаж на дому проводится врачом акушером-гинекологом.

Беременные с акушерской патологией по показаниям госпитализируются в отделение патологии беременных родильного дома (отделения). При наличии экстрагенитальной патологии и сроке беременности до 36–37 нед больные госпитализируются в отделение больницы по профилю заболевания. После 37 нед рекомендуется госпитализация в отделение патологии беременных родильного дома. Беременные с тяжелой акушерской или экстрагенитальной патологией могут быть госпитализированы в специализированный родильный дом или перинатальный центр.

Для госпитализации беременных, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, в составе женских консультаций рекомендуется развертывание стационаров дневного пребывания.

При наличии вредных и опасных условий труда беременным с момента первой явки выдается «Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу» (ф. 084/у) с сохранением среднего заработка по прежней работе.

Врач женской консультации выдает на руки беременной в сроки 22–23 нед «Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы» (ф. 113/у).

Листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается врачом акушером-гинекологом, а при его отсутствии — врачом, ведущим общий прием. При оформлении отпуска по беременности и родам женщинам разъясняется необходимость регулярного посещения консультации и предоставляется подробная информация по уходу за будущим ребенком.

В совместной Декларации ВОЗ и ЮНИСЕФ (1989 г.) подчеркивается особая роль акушерско-гинекологической службы в охране, поддержке и поощрении грудного вскармливания. Врач женской консультации должен наблюдать за состоянием молочных желез беременной, контролировать деятельность акушерки женской консультации, обучающей беременную технике и практике грудного вскармливания, давать индивидуальные рекомендации по питанию беременной с уче-

том ее особенностей, привычек, рекомендаций терапевта, добиваться выработки доминанты лактации путем проведения индивидуальных бесед о пользе грудного вскармливания и его неоспоримых преимуществах перед искусственным, условиях становления и сохранения полноценной лактации. Акушерка женской консультации должна обучать беременных технике и практике грудного вскармливания, гигиеническим правилам ухода за грудными железами, контролировать выполнение режима питания и отдыха беременной.

Подготовка к родам и материнству в женской консультации проводится как индивидуально, так и в группах. Наиболее перспективной и эффективной формой занятий является семейная подготовка к рождению ребенка, направленная на привлечение членов семьи к активному участию в дородовой подготовке. Присутствие отца ребенка во время родов и послеродовом периоде способствует изменению образа жизни беременной и ее семьи, ориентирует на рождение желанного ребенка.

Наряду с семейной формой подготовки к деторождению используют традиционные методы психофизической подготовки беременных к родам, а также обучают их правилам личной гигиены, подготовки к будущим родам и уходу за ребенком в школах материнства, организуемых в женских консультациях. При этом используют демонстрационные материалы, наглядные пособия, технические средства и предметы ухода за ребенком.

С 2006 г. на женские консультации возложена обязанность выдачи ***родовых сертификатов***. Введение родовых сертификатов имеет своей целью повышение материальной заинтересованности медицинских учреждений в предоставлении качественной медицинской помощи беременным.

Сертификат выдают в женской консультации по месту жительства при сроке беременности начиная с 30 нед и более (в случае многоплодной беременности — с 28 нед). Обязательными условиями выдачи сертификата являются постановка на учет и непрерывное наблюдение в этой женской консультации не менее 12 нед. Сертификат выдают на женщину, а не на ребенка, поэтому даже в случае многоплодной беременности сертификат всего один. Женщине, которая во время беременности наблюдалась в женской консультации на платной основе или заключила договор с родильным домом об оказании платных услуг, родовой сертификат не может быть выдан. При отсутствии регистрации по месту жительства (прописки) жен-

щина может встать на учет в женской консультации того населенного пункта, где фактически проживает. При выдаче сертификата в нем делается отметка о причине отсутствия регистрации. Женщина имеет также возможность выбрать роддом в любом городе по своему желанию. Сертификат выдается независимо от того, совершеннолетняя женщина или нет, работает она или нет.

Родовой сертификат состоит из 6 частей: регистрационной (корешок), четырех талонов и собственно сертификата.

Корешок родового сертификата предназначен для подтверждения его выдачи, остается в лечебно-профилактическом учреждении, выдавшем сертификат. Талон № 1 предназначен для оплаты медицинских услуг, оказанных женской консультацией в период беременности. Передается из консультации в региональное отделение Фонда социального страхования для оплаты. Талон № 2 используется для оплаты медицинской помощи, оказанной женщине во время родов в учреждениях родовспоможения. Передается из родильного дома или родильного отделения в региональное отделение Фонда социального страхования для оплаты. Талон № 3 состоит из двух частей. Талон № 3-1 родового сертификата предназначен для оплаты учреждениям здравоохранения услуг за первые 6 мес диспансерного наблюдения ребенка. Талон № 3-2 родового сертификата предназначен для оплаты учреждениям здравоохранения услуг за вторые 6 мес диспансерного наблюдения ребенка. Талоны № 3 передаются из детских поликлиник в региональное отделение Фонда социального страхования для оплаты. Родовой сертификат служит подтверждением оказания медицинской помощи женщине в период беременности и родов, а также ребенку в 1-й год жизни учреждениями здравоохранения. Родовой сертификат (без талонов), где записываются дата рождения, масса, рост младенца, выдается женщине при выписке из родильного дома. К родовому сертификату прилагается памятка, содержащая информацию о правах и обязанностях женщины в рамках реализации программы «Родовой сертификат».

Организация наблюдения родильниц. Информация о родильнице передается в виде телефонограммы в женскую консультацию из родильного дома (отделения), где произошли роды. Акушерка женской консультации осуществляет активный патронаж родильниц на дому на 2–3-и сутки после выписки с последующим патронажем врача акушера-гинеколога по показаниям, в том числе после оперативного родоразрешения.

При первом посещении родильницы врач акушер-гинеколог знакомится с выпиской из стационара о течении и исходе родов, выявляет жалобы, характер лактации и обращает внимание на состояние молочных желез, брюшной стенки и характер лохий. Влагалищное исследование (с тщательным соблюдением правил асептики и антисептики) производится по показаниям.

У всех родильниц выясняется вопрос об особенностях лактации. Следует убеждать женщину в необходимости исключительно грудного вскармливания в первые 4–6 мес жизни младенца, учитывая важную роль материнского молока в формировании здоровья ребенка. В послеродовом периоде осуществляется подбор метода контрацепции. При этом необходимо разъяснить достоинства и недостатки выбранного метода с учетом грудного вскармливания.

Родильницы с осложненным течением послеродового периода, не явившиеся в установленные врачом сроки в женскую консультацию, подлежат патронажу на дому.

Сведения о родах, данные осмотра и проведенных исследованиях родильницы, назначения и сведения о методе контрацепции заносятся в «Индивидуальную карту беременной и родильницы». В карту вкладывается вся медицинская документация родильницы: «Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы», выписной эпикриз из родильного дома (отделения) и др. Медицинская документация в течение послеродового периода хранится в специальной ячейке картотеки.

Оказание амбулаторной помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями. Амбулаторная гинекологическая помощь населению ориентирована на профилактику и диагностику нарушений репродуктивного здоровья женщин, онкологических и гинекологических заболеваний и их осложнений. Выявление гинекологических заболеваний осуществляется в женской консультации при самообращении, при осмотре женщин на дому (по вызову), при проведении профилактических осмотров. На каждую женщину, обратившуюся или направленную в женскую консультацию, заводится «Медицинская карта амбулаторного больного» (ф. 025/у).

Лечение женщин с гинекологическими заболеваниями проводится в основном в женских консультациях или специализированных лечебно-профилактических учреждениях при выявлении соответствующих заболеваний (онкологический, противотуберкулезный, кожно-венерологический диспансеры и др.). Лечебные процедуры

выполняются акушеркой (процедурной медицинской сестрой) в процедурном кабинете и регистрируются в «Журнале учета процедур».

Для проведения малых гинекологических операций и манипуляций в женской консультации рекомендуется иметь малую операционную и комнату временного пребывания больных (стационар дневного пребывания). Операции и манипуляции регистрируются в «Журнале записи амбулаторных операций».

В необходимых случаях медицинская помощь больным с гинекологическими заболеваниями может быть оказана на дому (осмотр, анализы, инъекции, консультации).

При наличии показаний к стационарному лечению женщинам выдают направление на госпитализацию с указанием диагноза и результатов проведенного обследования. После выписки больной из стационара врач женской консультации решает вопрос о методах и сроках реабилитации с учетом рекомендаций, указанных в выписном эпикризе. Излечение женщины подтверждается данными проведенного обследования, после чего она снимается с учета.

Значительная часть женщин с гинекологическими заболеваниями нуждается в динамическом наблюдении и контроле. Динамическому наблюдению подлежат больные с хроническим течением заболевания, относящегося к группе риска по возникновению онкологической патологии или нарушения репродуктивного здоровья. На каждую женщину заполняется «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (ф. 030/у-04), где указываются диагноз заболевания, по которому она поставлена на учет, частота осмотров, проводимые методы обследования и лечения. После излечения, подтвержденного контрольными обследованиями, женщина может быть снята с учета в женской консультации.

В целях раннего выявления злокачественных новообразований рекомендуется проводить ежегодные профилактические осмотры женщин. Ежегодному осмотру подлежат все женщины в возрасте старше 30 лет. Особого внимания требуют женщины в возрасте 40 лет и старше, а также относящиеся к группе риска по развитию рака молочной железы. Результаты профилактического осмотра заносятся в «Медицинскую карту амбулаторного больного». Кроме того, рекомендуется проводить осмотр и пальпацию молочных желез у всех пациенток при обращении в женскую консультацию. Доступным методом раннего выявления патологии молочных желез является самообследование. Этой методике рекомендуется обучить каждую

женщину. Это может осуществлять средний медицинский работник, прошедший специальную подготовку.

Контроль за качеством медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями осуществляет главный врач (заведующий) женской консультации. С этой целью в течение месяца просматривается медицинская документация около 50% пациенток, принятых врачом акушером-гинекологом, проводится экспертиза ведения «Контрольных карт диспансерного наблюдения» и «Медицинских карт амбулаторного больного». При этом оценивается соблюдение регулярности осмотров, объема проведенных профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, наличие эпикризов, а также эффективность проведенного лечения.

Оказание амбулаторной специализированной акушерско-гинекологической помощи. Специализированная акушерско-гинекологическая помощь организуется в крупных женских консультациях (при наличии 8 и более акушерско-гинекологических участков). Вопрос о видах специализированной помощи, месте ее размещения определяют местные органы управления здравоохранением, исходя из наличия контингента беременных или больных с гинекологическими заболеваниями, соответствующих специалистов с необходимым уровнем подготовки, состояния материально-технической базы акушерско-гинекологических учреждений. Рекомендуется организовывать специализированную помощь при следующих заболеваниях и состояниях: невынашивании беременности, экстрагенитальных заболеваниях у беременных, гинекологических заболеваний у девочек до 18 лет, бесплодии, патологии шейки матки, женщинам старше 40 лет. Для работы в специализированных отделениях (кабинетах) должны привлекаться опытные (стаж работы не менее 5 лет) врачи акушеры-гинекологи, прошедшие специальную подготовку.

Консультирование и оказание услуг по планированию семьи. Предоставление женщинам права на охрану репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, является основополагающим условием их полноценной жизни и осуществления равенства полов. Реализации этого права способствуют развитие службы планирования семьи, расширение и внедрение специальных программ («Безопасное материнство» и др.), улучшение системы полового и гигиенического воспитания, обеспечение контрацептивами населения и в первую очередь молодежи и др.

Женская консультация наряду с центром планирования семьи и репродукции является важным звеном в работе по планированию семьи.

Регулирование деторождения осуществляется тремя способами: контрацепцией, производством медицинского аборта, стерилизацией. В соответствии с рекомендациями ВОЗ одними из компонентов репродуктивного здоровья являются наличие у женщины и мужчины права на получение необходимой информации и доступ к безопасным, эффективным и приемлемым методам регулирования рождаемости по собственному выбору.

Контрацепция. Работу по вопросам планирования семьи осуществляют врачи акушеры-гинекологи и акушерки, имеющие специальную подготовку. Прием проводится по графику, причем время на этот вид приема пациенток не ограничивается и определяется индивидуально в каждом конкретном случае.

Специализированный кабинет по планированию семьи оснащается аудио- и видеотехникой с демонстрацией средств контрацепции, наглядными пособиями, печатными информационными материалами для населения по планированию семьи и профилактике абортов. В программу занятий с беременными по подготовке к родам необходимо включать беседы о методах контрацепции с целью выработки у женщин мотивации к использованию их после родов.

При выборе того или иного контрацептива следует учитывать следующие положения:

- любой метод предохранения лучше отсутствия предохранения вообще;
- наиболее приемлемый метод — это тот, который удовлетворяет обоих партнеров.

Основными требованиями к способам предохранения от беременности являются:

- надежность;
- доступность;
- гигиеничность;
- минимальное воздействие на полового партнера;
- простота применения;
- безопасность;
- быстрое восстановление фертильности.

При первоначальном консультировании особое внимание уделяется общему и репродуктивному анамнезу, выявляется наличие экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, особенно ИППП,

число беременностей, родов, абортов, а также степень осведомленности пациентки о методах контрацепции. Выясняются также сведения о состоянии здоровья мужа (партнера). Врач информирует пациентку о всех методах контрацепции (механизм действия, эффективность, возможные побочные эффекты и т.д.), помогает выбрать наиболее приемлемый метод контрацепции с учетом состояния ее здоровья, желания и планов на деторождение. Сведения о назначенном методе контрацепции заносятся в «Медицинскую карту амбулаторного больного». На женщин, использующих внутриматочные и гормональные (оральные, инъекционные, импланты) средства, врач оформляет «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (ф. 030/у-04) и осуществляет динамическое наблюдение за этими пациентками.

Консультирование по конкретно выбранному методу включают подробный инструктаж по его использованию, возможным побочным эффектам и осложнениям, рекомендации по наблюдению у врача и сроках его посещения. На повторных приемах выясняется степень удовлетворенности пациентки используемым методом, оценивается правильность его применения и эффективность, наличие побочных явлений. При наличии осложнений или по желанию женщины подбирается другой метод контрацепции.

Работа с молодежью, представляющей группу риска по возникновению нежелательной беременности и ИППП, может осуществляться путем выделения специальных часов на специализированных приемах в кабинетах планирования семьи.

Консультирование пациенток, подбор методов контрацепции, отбор женщин на консультацию к врачу акушеру-гинекологу, наблюдение за женщинами после родов и прерывания беременности возлагается на акушерок (фельдшеров, медицинских сестер), прошедших специальную подготовку. Они ведут учет работы и распространяют контрацептивы.

Врач акушер-гинеколог проводит образовательные программы с населением по планированию семьи и профилактике абортов, в том числе через средства массовой информации.

Аборт. К сожалению, до сих пор в России аборт остается одним из основных способов регулирования рождаемости. В 2009 г. было произведено около 1 млн 162 тыс. абортов, что составляет 30,5 на 1000 женщин фертильного возраста. Если в конце 80-х годов XX в. в СССР делалась примерно 1/3 всех абортов в мире, то с начала 90-х годов благодаря развитию службы планирования семьи частота

абортов постепенно снижается. Тем не менее сегодня на каждые 100 родов приходится 67 абортов.

В соответствии с законодательством Российской Федерации каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Аборт может проводиться по желанию женщины (при сроке беременности до 12 нед), по социальным показаниям (при сроке беременности до 22 нед), по медицинским показаниям (независимо от срока беременности). Аборт должен проводиться только в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, врачами, имеющими специальную подготовку.

При наличии медицинских показаний для прерывания беременности и согласии женщины ей выдается комиссионное заключение с полным клиническим диагнозом, подписанное специалистами (в зависимости от профиля заболевания), врачом акушером-гинекологом, главным врачом (заведующим) женской консультации и заверенное печатью учреждения. Женщинам, получающим направление на прерывание беременности, рекомендуется обязательное посещение врача акушера-гинеколога после прерывания беременности для подбора метода контрацепции и проведения необходимых реабилитационных мероприятий.

Вопрос о прерывании беременности по социальным показаниям решает комиссия в составе врача акушера-гинеколога, руководителя учреждения (отделения), юриста при наличии заключения о сроке беременности, установленном врачом акушером-гинекологом, и соответствующих юридических документов (свидетельство о смерти мужа, о разводе, письменное заявление женщины). При наличии социальных показаний беременной выдают заключение, заверенное подписями членов комиссии и печатью учреждения.

Стерилизация. В целях охраны здоровья женщин, снижения числа абортов и смертности от них в Российской Федерации разрешена хирургическая стерилизация женщин (мужчин). Хирургическая стерилизация производится по желанию женщины при наличии соответствующих показаний. Имеется большой перечень медицинских и социальных показаний и противопоказаний для проведения хирургической стерилизации, которую нельзя расценивать как оптимальный способ предохранения от беременности.

Социально-правовая помощь. Оказание социально-правовой помощи в женской консультации является одним из звеньев в системе

мер по охране материнства и детства. Эта работа осуществляется юристом, который непосредственно подчиняется руководителю учреждения.

Работа юриста чаще носит индивидуальный, реже — групповой характер. Женщины могут направляться на прием к юристу врачами акушерами-гинекологами и другими специалистами, а также обращаться самостоятельно. Сведения о пациентках и принятых решениях заносятся в «Книгу записей работы старшего юриста, юриста учреждения здравоохранения».

В женской консультации могут быть созданы специальные информационные стенды или организованы групповые беседы по правовым вопросам.

12.5. ЦЕНТР ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ (СЕМЕЙНОЙ) ПРАКТИКИ

Центры общей врачебной (семейной) практики (ЦОВП) принимают активное участие в оказании первичной медико-санитарной помощи населению. В 2009 г. в России действовало более 3200 ЦОВП.

ЦОВП организуются на территории муниципальных районов и городских округов. Участок врача общей практики формируют из расчета 1500 человек взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), участок семейного врача — 1200 человек взрослого и детского населения.

Как показывает накопленный за последнее десятилетие опыт, привлечение ЦОВП к оказанию первичной медико-санитарной помощи ведет к значительному улучшению качества, доступности медицинской помощи, усилению профилактической работы, укреплению здоровья семьи.

Организация ЦОВП позволит со временем заменить действующую сеть врачебных амбулаторий в сельской местности и тем самым улучшит оказание населению первичной медико-санитарной помощи.

Сложившаяся в последние годы практика показывает, что деятельность ЦОВП ориентирована на оказание медицинской помощи населению по следующим основным специальностям: терапия, акушерство и гинекология, хирургия, стоматология, офтальмология, отоларингология, геронтология и др. Примерная организационная структура ЦОВП представлена на рис. 12.4.



Рис. 12.4. Примерная организационная структура центра общей врачебной (семейной) практики

На должность ***врача общей практики (семейного врача)*** назначают специалистов, имеющих высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия», окончивших клиническую ординатуру по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» или прошедших переподготовку и получивших сертификат специалиста по этой специальности.

В обязанности врача общей практики (семейного врача) входит:

- ведение амбулаторного приема, посещений больных на дому, оказание неотложной помощи;
- проведение комплекса профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, направленных на раннюю диагностику заболеваний, лечение и динамическое наблюдение больных;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- организация медико-социальной и бытовой помощи совместно с органами социальной защиты и службами милосердия одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным;

– проведение санитарно-просветительной работы по гигиеническому воспитанию населения, пропаганде здорового образа жизни, планированию семьи;
– ведение утвержденных форм учетной и отчетной документации.

Врач общей практики (семейный врач), как правило, является руководителем ЦОВП.

12.6. СТАТИСТИКА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Основными формами первичной учетной медицинской документации амбулаторно-поликлинических учреждений являются:
– Медицинская карта амбулаторного больного (ф. 025/у-87, 025/у-04);
– Талон на прием к врачу (ф. 025-4/у-88);
– Талон на законченный случай временной нетрудоспособности (ф. 025-9/у-96);
– Единый талон амбулаторного пациента (ф. 025-8/у-95) или Талон амбулаторного пациента (ф. 025-6-7/у-89, 025-10/у-97, 025-11/у-02, 025-12/у);
– Контрольная карта диспансерного наблюдения (ф. 030/у-04);
– Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг (ф. 030-П/у);
– Дневник работы врача общей практики (семейного врача) (ф. 039/у-ВОП) и др.

На основе этих и других форм медицинской документации разрабатывают статистические показатели, которые используются для анализа деятельности отдельных учреждений здравоохранения и амбулаторно-поликлинической помощи в целом и которые можно объединить в следующие 4 группы:
1) обеспеченность кадрами;
2) объем амбулаторно-поликлинической помощи;
3) нагрузка персонала;
4) профилактическая работа.

Показатели обеспеченности кадрами. К этой группе показателей относятся:
– обеспеченность врачебными кадрами (средними медицинскими работниками);

- укомплектованность врачебных должностей (средних медицинских работников);
- коэффициент совместительства врачей (средних медицинских работников);
- удельный вес врачей (средних медицинских работников), имеющих высшую (I, II) квалификационную категорию;
- удельный вес врачей (средних медицинских работников), имеющих сертификат специалиста.

Одним из показателей, характеризующих доступность населению амбулаторно-поликлинической помощи, является **показатель обеспеченности врачебными кадрами (средними медицинскими работниками).** При анализе обеспеченности по административной территории (субъекту РФ, муниципальному району, городскому округу) расчет проводится на 10 тыс. постоянного населения на конец анализируемого периода (года) по формуле:

$$\textbf{Обеспеченность врачебными кадрами (средними медицинскими работниками)} = \frac{\text{Число физических лиц врачей (средних медицинских работников)}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 10\,000.$$

В 2009 г. в Российской Федерации показатель обеспеченности врачебными кадрами составил 44,1, средними медицинскими работниками — 94,1 на 10 тыс. населения.

В зависимости от поставленной задачи показатель также может быть рассчитан исходя из штатных или занятых должностей. Кроме того, этот показатель может рассчитываться для конкретного АПУ (на 10 тыс. прикрепленного населения), по отдельным врачебным специальностям, например:

$$\textbf{Обеспеченность офтальмологами} = \frac{\text{Число физических лиц врачей-офтальмологов в АПУ}}{\text{Численность населения, обслуживаемого данным АПУ на конец года}} \times 10\,000.$$

Аналогично рассчитывают обеспеченность другими категориями медицинских работников.

Показатель укомплектованности врачебных должностей (средних медицинских работников), характеризующий соотношение занятых и штатных должностей медицинского персонала АПУ в процентном выражении, рассчитывают по формуле:

$$\text{Укомплектованность врачебных должностей (средних медицинских работников)} = \frac{\text{Число занятых врачебных должностей (средних медицинских работников)}}{\text{Число штатных врачебных должностей (средних медицинских работников)}} \times 100.$$

В 2009 г. в Российской Федерации этот показатель для врачей составил 92,7%, для средних медицинских работников — 95,5%.

Показатель можно рассчитывать по административной территории (субъекту РФ, муниципальному району, городскому округу), для конкретного АПУ, отдельно по врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу, по различным специальностям медицинских работников, например:

$$\text{Укомплектованность должностей участковых терапевтов} = \frac{\text{Число занятых должностей участковых терапевтов в АПУ}}{\text{Число штатных должностей участковых терапевтов в АПУ}} \times 100.$$

Коэффициент совместительства врачей (средних медицинских работников), характеризующий число должностей, занимаемых одним физическим лицом, рассчитывают по формуле:

$$\text{Коэффициент совместительства врачей (средних медицинских работников)} = \frac{\text{Число занятых врачебных должностей (средних медицинских работников)}}{\text{Число физических лиц врачей (средних медицинских работников)}}.$$

Показатель свыше 1,0 может отрицательно сказаться на качестве оказываемой медицинской помощи и состоянии здоровья работников.

Показатель может рассчитываться по административной территории (субъекту РФ, муниципальному району, городскому округу), для конкретного АПУ, отдельно по врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу, по различным специальностям медицинских работников, например:

$$\text{Коэффициент совместительства участковых терапевтов} = \frac{\text{Число занятых должностей участковых терапевтов в АПУ}}{\text{Число физических лиц участковых терапевтов в АПУ}}.$$

Показатель удельного веса врачей (средних медицинских работников), имеющих высшую (I, II) квалификационную категорию, характеризует распределение аттестованных по отдельным квалификационным категориям и косвенно определяет качество и результаты медицинской помощи. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Удельный вес врачей (средних медицинских работников), имеющих высшую (I, II) квалификационную категорию} = \frac{\text{Число врачей (средних медицинских работников), имеющих высшую (I, II) квалификационную категорию}}{\text{Число физических лиц врачей (средних медицинских работников) на конец отчетного периода}} \times 100.$$

В 2009 г. в Российской Федерации этот показатель для врачей составляет соответственно 27; 21; 7%, для среднего медицинского персонала — 28; 25; 8%.

Показатель удельного веса врачей (средних медицинских работников), имеющих сертификат специалиста, характеризует уровень профессиональной подготовки медицинских работников. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Удельный вес врачей (средних медицинских работников), имеющих сертификат специалиста} = \frac{\text{Число врачей (средних медицинских работников), имеющих сертификат специалиста}}{\text{Число физических лиц врачей (средних медицинских работников) на конец отчетного периода}} \times 100.$$

В настоящее время все медицинские работники со средним и высшим образованием должны иметь сертификаты на право заниматься медицинской деятельностью. В 2009 г. в Российской Федерации этот показатель для врачей составил 83%, для среднего медицинского персонала — 76%.

Показатели объема амбулаторно-поликлинической помощи. Объем амбулаторно-поликлинической помощи характеризуется следующими показателями:

– средним числом посещений на 1 жителя;
– удельным весом профилактических посещений АПУ;
– удельным весом посещений АПУ по поводу заболеваний;
– удельным весом посещений на дому.

Большое значение для оценки доступности населению амбулаторно-поликлинической помощи, а также расчета необходимых для ее развития ресурсов имеет **показатель среднего числа посещений на 1 жителя**. Фактическое значение этого показателя за отчетный период сравнивают с показателем планового объема амбулаторно-поликлинической помощи, который ежегодно утверждается как норматив в территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Среднее число посещений на 1 жителя} = \frac{\text{Число врачебных посещений АПУ и на дому} + \text{Число посещений среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием, на конец отчетного периода}}{\text{Среднегодовая численность населения}}.$$

Показатель может быть рассчитан отдельно по посещениям на приеме и по посещениям на дому.

Кроме того, важно иметь представление о посещениях врачей конкретной специальности, например:

$$\text{Среднее число посещений хирурга на 1 жителя} = \frac{\text{Число посещений хирургов АПУ} + \text{Число посещений хирургами на дому на конец отчетного периода}}{\text{Среднегодовая численность населения}}.$$

В ряде случаев возникает необходимость раздельно проанализировать посещения, сделанные с профилактической целью и по поводу заболеваний. Для этого рассчитывают **показатели удельного веса посещений с профилактической целью и в связи с заболеваниями** по формулам:

$$\text{Удельный вес профилактических посещений АПУ} = \frac{\text{Число врачебных посещений АПУ с профилактической целью на конец отчетного периода}}{\text{Общее число врачебных посещений АПУ на конец отчетного периода}} \times 100.$$

Этот показатель должен составлять не менее 30% числа всех врачебных посещений.

$$\text{Удельный вес посещений АПУ по поводу заболеваний} = \frac{\text{Число врачебных посещений АПУ по поводу заболеваний на конец отчетного периода}}{\text{Общее число врачебных посещений АПУ на конец отчетного периода}} \times 100.$$

Для анализа активности медицинского наблюдения больных, страдающих острыми и хроническими заболеваниями, рассчитывают **показатель удельного веса посещений на дому**:

$$\text{Удельный вес посещений на дому} = \frac{\text{Число врачебных посещений на дому на конец отчетного периода}}{\text{Общее число врачебных посещений АПУ и на дому на конец отчетного периода}} \times 100.$$

Этот показатель в пределах 15–20% свидетельствует о доступности амбулаторно-поликлинической помощи этим категориям больных.

Показатели нагрузки персонала. Нагрузка медицинского персонала оценивается по показателям:

– фактической среднечасовой нагрузки врача на приеме в АПУ;
– плановой функции врачебной должности (на приеме, на дому);
– фактической функции врачебной должности (на приеме, на дому);
– выполнения функции врачебной должности.

Показатель фактической среднечасовой нагрузки врача на приеме в АПУ используют для оперативного ежедневного анализа нагрузки врачей различных специальностей и рассчитывают по формуле:

$$\text{Фактическая среднечасовая нагрузка врача на приеме в АПУ} = \frac{\text{Число врачебных посещений АПУ за день}}{\text{Количество отработанных часов в день}}.$$

Показатель может быть рассчитан отдельно по посещениям на приеме в АПУ и по посещениям на дому по отдельным врачебным специальностям. Плановые показатели по отдельным врачебным специальностям представлены в табл. 12.3.

Таблица 12.3. Рекомендуемые (плановые) показатели среднечасовой нагрузки врачей отдельных специальностей на амбулаторно-поликлиническом приеме

Врачебная специальность	Рекомендуемое значение показателя (число посещений в час)
Врач общей практики	4,0 (на дому 1,5)
Терапевт	4,0 (на дому 1,5)
Хирург	6,0
Педиатр	4,0 (на дому 2,0)
Акушер-гинеколог	4,0
Невролог	3,0
Офтальмолог	5,0
Отоларинголог	5,0
Эндокринолог	3,0
Кардиолог	3,0
Психиатр	4,0 (на дому — 1,0)
Инфекционист	4,0

Окончание табл. 12.3

Врачебная специальность	Рекомендуемое значение показателя (число посещений в час)
Фтизиатр	4,0 (на дому – 0,8)
Онколог	3,0

Исходя из планового показателя среднечасовой нагрузки врача-специалиста, рассчитывают **показатель плановой функции врачебной должности**, который представляет собой плановую годовую нагрузку врача-специалиста суммарно на амбулаторно-поликлиническом приеме и на дому. Этот показатель ежегодно утверждает руководитель организации здравоохранения, исходя из показателя планового объема амбулаторно-поликлинической помощи в рамках муниципального задания по реализации территориальной программы госгарантий.

Плановая функция врачебной должности на приеме* = Плановый показатель среднечасовой нагрузки врача-специалиста на приеме. × Плановое количество рабочих часов на приеме за год (неделю, месяц, квартал).

Плановая функция врачебной должности на дому* = Плановый показатель среднечасовой нагрузки врача-специалиста на дому × Плановое количество рабочих часов на дому за год (неделю, месяц, квартал).

Плановая функция врачебной должности* = Плановая функция врачебной должности на приеме + Плановая функция врачебной должности на дому.

* Показатели рассчитываются по отдельным врачебным специальностям.

Показатель плановой функции врачебной должности используют для анализа нагрузки и расчета необходимого числа врачебных должностей с учетом планируемых объемов амбулаторно-поликлинической помощи и фонда оплаты труда.

Плановые показатели функции врачебной должности представлены в табл. 12.4.

Таблица 12.4. Рекомендуемые (плановые) показатели функции врачебной должности по отдельным врачебным специальностям

Врачебная специальность	Рекомендуемое значение показателя (число посещений в год)
Врач общей практики	5106
Терапевт	3996
Хирург	7925
Педиатр	4440
Акушер-гинеколог	5283
Невролог	3962
Офтальмолог	6604
Отоларинголог	6604
Эндокринолог	3962
Кардиолог	3962
Психиатр	4556
Инфекционист	3552
Фтизиатр	3605
Онколог	3962

С этим показателем сравнивают **показатель фактической функции врачебной должности**, который позволяет проводить оперативный (еженедельный, ежемесячный, ежеквартальный) анализ нагрузки врачей различных специальностей и представляет собой сумму показателей фактической функции врачебной должности на приеме и на дому:

$$\text{Фактическая функция врачебной должности на приеме*} = \text{Фактическая среднечасовая нагрузка врача на приеме} \times \text{Количество отработанных часов за год на приеме (неделю, месяц, квартал)}$$

Фактическая функция врачебной должности на дому* = Фактическая среднечасовая нагрузка врача при посещениях на дому × Количество отработанных часов за год при посещениях на дому (неделю, месяц, квартал).

Фактическая функция врачебной должности* = Фактическая функция врачебной должности на приеме + Фактическая функция врачебной должности на дому.

* Показатели рассчитываются по отдельным врачебным специальностям.

Отношение фактической функции врачебной должности к плановой позволяет анализировать работу врачей по выполнению плановых объемов амбулаторно-поликлинической помощи населению.

$$\textbf{Выполнение функции врачебной должности} = \frac{\text{Фактическая функция врачебной должности}}{\text{Плановая функция врачебной должности}} \times 100.$$

Постоянное изучение нагрузки персонала необходимо для анализа эффективности использования трудовых и финансовых ресурсов, разработки прогрессивных форм оплаты труда, которые дифференцированно учитывали бы объем и качество выполняемой работы.

Показатели профилактической работы. Для анализа профилактической работы используют показатели:

- полноты охвата населения медицинскими осмотрами;
- полноты охвата населения диспансерным наблюдением;
- полноты охвата больных диспансерным наблюдением;
- своевременности взятия больных под диспансерное наблюдение;
- эффективности диспансеризации.

Показатель полноты охвата населения медицинскими осмотрами является основной характеристикой профилактической деятельности поликлиники и рассчитывается по формуле:

$$\text{Полнота охвата населения медицинскими осмотрами} = \frac{\text{Число осмотренных лиц}}{\text{Число лиц, подлежащих медицинским осмотрам}} \times 100.$$

Оптимальный показатель должен приближаться к 100%.

Кроме того, охват населения профилактической работой оценивается по результатам целевых (скрининговых) медицинских осмотров по выявлению социально значимых заболеваний (злокачественных новообразований, туберкулеза, ИППП и др.), например:

$$\text{Охват населения медицинскими осмотрами с целью выявления больных туберкулезом} = \frac{\text{Всего осмотрено лиц с целью выявления больных туберкулезом}}{\text{Среднегодовая численность прикрепленного населения}} \times 100.$$

По результатам осмотров рассчитывают частоту выявления отдельных заболеваний (патологическая пораженность), определяют группы диспансерного наблюдения.

Показатель полноты охвата населения диспансерным наблюдением дает общее представление об организации диспансеризации населения и рассчитывается по формуле, %:

$$\text{Полнота охвата населения диспансерным наблюдением} = \frac{\text{Число лиц, состоявших под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода}}{\text{Среднегодовая численность прикрепленного населения}} \times 100.$$

По отдельным субъектам Российской Федерации показатели колеблются в интервале 60–70%.

Показатель полноты охвата больных диспансерным наблюдением используется для более глубокой оценки организации работы по диспансеризации населения. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\textbf{Полнота охвата больных диспансерным наблюдением} = \frac{\text{Число больных, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу данного заболевания, на конец отчетного периода}}{\text{Общее число больных, зарегистрированных с данным заболеванием, на конец отчетного периода}} \times 100.$$

Для больных, страдающих социально значимыми заболеваниями (болезни системы кровообращения, сахарный диабет, злокачественные новообразования, психические расстройства и расстройства поведения, ВИЧ-инфекция, туберкулез и др.), этот показатель должен приближаться к 100%.

Показатель своевременности взятия больных под диспансерное наблюдение является важной характеристикой работы медицинских учреждений и позволяет оценить, в течение какого периода времени больной с впервые в жизни установленным диагнозом взят на учет для динамического наблюдения. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\textbf{Своевременность взятия больных под диспансерное наблюдение} = \frac{\text{Число больных, взятых под диспансерное наблюдение в течение года (из числа лиц с впервые установленным диагнозом)}}{\text{Общее число лиц с впервые в данном году установленным диагнозом}} \times 100.$$

Как правило, для расчета этого показателя берут временной интервал с момента выявления заболевания до момента постановки больного на диспансерный учет, равный 1 году. В то же время для отдельных нозологических форм (бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и др.) этот период времени не должен превышать 30 дней.

Показатель эффективности диспансеризации используют для анализа качества проводимой амбулаторно-поликлиническими учреждениями диспансерной работы и рассчитывают по формуле:

$$\text{Эффективность диспансеризации} = \frac{\text{Число больных, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу данного заболевания, с улучшением состояния (без изменения, с ухудшением) на конец отчетного периода}}{\text{Общее число больных, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу данного заболевания на конец отчетного периода}} \times 100.$$

Рекомендуемые показатели для социально значимых заболеваний на примере сахарного диабета следующие: с улучшением состояния — не менее 15%, без изменения — 80%, с ухудшением не более — 5%.

Анализ этих и других показателей очень важен для планирования, оценки качества амбулаторно-поликлинической помощи населению в целом, выработки приоритетных направлений ее развития. В то же время для углубленного статистического анализа деятельности женских консультаций, детских поликлиник используют ряд специальных показателей.

12.6.1. Особенности статистического анализа женских консультаций

Помимо форм первичной учетной медицинской документации, которые ведут во всех АПУ, в женских консультациях заполняют:

- Индивидуальную карту беременной и родильницы (ф. 111/у);
- Медицинскую карту прерывания беременности (ф. 003-1/у);
- Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы (ф. 113/у);
- Журнал записи родовспоможений на дому (ф. 032/у);
- Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу (ф. 084/у) и др.

Наряду с общими для всех АПУ показателями для анализа деятельности женских консультаций по оказанию женщинам квалифицированной амбулаторной акушерско-гинекологической помощи вне беременности, в период беременности и в послеродовом периоде на основе этих и других форм первичной учетной медицинской документации рассчитывают показатели:

- раннего охвата беременных диспансерным наблюдением;
- удельного веса беременных, осмотренных терапевтом;

– удельного веса беременных, осмотренных терапевтом до 12 нед беременности;
– охвата беременных диагностическими исследованиями;
– охвата женщин различными видами контрацепции;
– распространенности и структуры абортов;
– исходов беременности;
– соотношения абортов и родов.

Показатель раннего охвата беременных диспансерным наблюдением характеризует медицинскую активность женщин и рассчитывается по формуле:

$$\text{Ранний охват беременных диспансерным наблюдением} = \frac{\text{Число беременных, поступивших под диспансерное наблюдение со сроком до 12 нед}}{\text{Общее число беременных, поступивших под диспансерное наблюдение в женскую консультацию}} \times 100.$$

Оптимальный показатель должен приближаться к 100%.

Показатели удельного веса беременных, осмотренных терапевтом, и удельного веса беременных, осмотренных терапевтом до 12 нед беременности, относятся к показателям, характеризующим уровень диспансерной работы с беременными, и рассчитываются по формулам:

$$\text{Удельный вес беременных, осмотренных терапевтом} = \frac{\text{Число беременных, осмотренных терапевтом}}{\text{Общее число беременных, закончивших беременность родами и абортами}} \times 100.$$

$$\text{Удельный вес беременных, осмотренных терапевтом до 12 нед беременности} = \frac{\text{Число беременных, осмотренных терапевтом до 12 нед беременности}}{\text{Общее число беременных, закончивших беременность родами и абортами}} \times 100.$$

Показатель удельного веса беременных, осмотренных терапевтом, должен приближаться к 100%, однако на практике часть беременных

встает на учет и не наблюдается, а часть вообще не встает на учет. Показатель удельного веса беременных, осмотренных терапевтом до 12 нед беременности, зависит не только от работы терапевта, но и от активности самих женщин, обратившихся в женскую консультацию до 12 нед беременности. В Российской Федерации эти показатели в 2009 г. составили соответственно 96,8 и 80,5%.

К группе показателей, характеризующих **охват беременных диагностическими исследованиями**, относятся:

- удельный вес беременных, обследованных на реакцию Вассермана;
- удельный вес беременных, обследованных на резус-принадлежность;
- удельный вес беременных, охваченных УЗИ не менее 3 раз;
- удельный вес беременных, обследованных на альфа-фетопротеин (αФП) и хорионический гонадотропин человека (ХГЧ);
- удельный вес беременных, обследованных на ИППП.

Эти показатели рассчитывают по формулам:

$$\textbf{Удельный вес беременных, обследованных на реакцию Вассермана} = \frac{\text{Число беременных, обследованных на реакцию Вассермана}}{\text{Общее число беременных, закончивших беременность родами и абортами}} \times 100.$$

$$\textbf{Удельный вес беременных, обследованных на резус-принадлежность} = \frac{\text{Число беременных, обследованных на резус-принадлежность}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами и абортами}} \times 100.$$

$$\textbf{Удельный вес беременных, охваченных УЗИ не менее 3 раз} = \frac{\text{Число беременных, охваченных УЗИ не менее 3 раз за беременность}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами}} \times 100.$$

$$\textbf{Удельный вес беременных, обследованных на αФП и ХГЧ} = \frac{\text{Число беременных, обследованных на αФП и ХГЧ}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами}} \times 100.$$

$$\text{Удельный вес беременных, обследованных на ИППППП} = \frac{\text{Число беременных, обследованных на ИППППП}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами}} \times 100.$$

Удельный вес беременных, обследованных на реакцию Вассермана, рассчитывают отдельно по первой и второй половине беременности. Оптимальные показатели должны приближаться к 90–95%. По Санкт-Петербургу охват УЗИ составляет 85–90%, реакция Вассермана — 85–95%.

К группе **показателей охвата женщин различными видами контрацепции** относятся:

– охват женщин гормональной контрацепцией;
– охват женщин внутриматочными спиралями (ВМС).

Эти показатели характеризуют работу по охране репродуктивного здоровья женщин, реализацию мер по планированию семьи и рассчитываются по формулам:

$$\text{Охват женщин гормональной контрацепцией} = \frac{\text{Число женщин, использующих гормональную контрацепцию}}{\text{Число женщин фертильного возраста}} \times 1000.$$

$$\text{Охват женщин ВМС} = \frac{\text{Число женщин, использующих ВМС}}{\text{Число женщин фертильного возраста}} \times 1000.$$

Эти показатели имеют обратную связь с показателем частоты абортов.

Показатели распространенности и структуры абортов. К этой группе относятся:

– *частота абортов у женщин фертильного возраста;*
– частота абортов у женщин в разных возрастных группах;
– структура абортов по возрастным группам;
– структура абортов по видам абортов (спонтанные, медицинские легальные, по медицинским показаниям, криминальные, мини-аборты);
– структура абортов по срокам прерывания беременности (до 12 нед, 22–27 нед);

– частота абортов у первобеременных;
– удельный вес абортов у первобеременных.

Показатель частоты абортов у женщин фертильного возраста характеризует работу женских консультаций по планированию семьи и предупреждению нежелательных беременностей. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Частота абортов у женщин фертильного возраста} = \frac{\text{Число абортов у женщин фертильного возраста}}{\text{Число женщин фертильного возраста}} \times 1000.$$

Помимо показателя частоты абортов у женщин фертильного возраста рассчитывают **показатели частоты и структуры абортов в различных возрастных группах, структуру абортов по видам абортов, структуру абортов по срокам прерывания беременности.** Например:

$$\text{Частота абортов у женщин в возрасте 20–24 года} = \frac{\text{Число абортов у женщин в возрасте 20–24 года}}{\text{Число женщин в возрасте 20–24 года}} \times 1000.$$

$$\text{Удельный вес абортов у женщин в возрасте 15–19 лет} = \frac{\text{Число абортов у женщин в возрасте 15–19 лет}}{\text{Общее число абортов}} \times 100.$$

$$\text{Удельный вес самопроизвольных (спонтанных) абортов} = \frac{\text{Число самопроизвольных (спонтанных) абортов}}{\text{Общее число абортов}} \times 100.$$

$$\text{Удельный вес поздних абортов} = \frac{\text{Число абортов со сроком прерывания беременности 22–27 нед}}{\text{Общее число абортов}} \times 100.$$

Важно иметь представление о прерывании беременности у первобеременных, в связи с чем рассчитывают **частоту абортов у первобеременных** и **удельный вес абортов у первобеременных** по формулам:

$$\textbf{Частота абортов у первобеременных} = \frac{\text{Число абортов у первобеременных}}{\text{Число первобеременных}} \times 1000.$$

$$\textbf{Удельный вес абортов у первобеременных} = \frac{\text{Число абортов у первобеременных}}{\text{Общее число абортов}} \times 100.$$

Кроме того, рассчитывают смертность и летальность женщин после абортов (на число женщин или число абортов). Динамика отдельных показателей, характеризующих распространенность абортов в Российской Федерации, представлена в табл. 12.5.

Таблица 12.5. Динамика некоторых показателей по абортам в Российской Федерации (2005–2009 гг.)

Показатель	Годы				
	2005	2006	2007	2008	2009
Всего абортов:					
– абсолютное число, тыс.	1501,6	1407,0	1302,5	1236,4	1161,7
– на 1000 женщин фертильного возраста	38,2	35,8	33,5	32,2	30,5
– а 100 родившихся живыми и мертвыми	105,4	96,0	81,9	73,1	66,7
Аборты у первобеременных:					
– абсолютное число	161 485	159 393	149 807	136 759	118 853
– % к общему числу абортов	10,8	11,3	11,5	11,1	10,2
Самопроизвольные аборты:					
– абсолютное число	168140	168026	173938	175572	176409
– % к общему числу абортов	11,2	11,9	13,4	14,2	15,2
Абсолютное число абортов у женщин в возрасте:					
– до 14 лет включительно	966	904	793	828	678
– 15–19 лет	147 940	142 912	124 480	110 502	89 353
Число абортов на 1000 женщин в возрасте:					
– до 14 лет включительно	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2
– 15–19 лет	38,8	33,8	31,8	24,4	25,1

С учетом сохраняющейся высокой распространенности абортов одной из основных задач женской консультации остаются консультирование и оказание услуг по вопросам охраны репродуктивного здоровья, применение современных методов профилактики абортов.

К показателям исходов беременности относятся:

– удельный вес родов в срок;

– удельный вес преждевременных родов;

– удельный вес женщин, закончивших беременность абортами.

Эти показатели рассчитывают по формулам:

$$\text{Удельный вес родов в срок} = \frac{\text{Число женщин, закончивших беременность родами} - \text{Число женщин, закончивших беременность преждевременными родами}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами и абортами}} \times 100.$$

$$\text{Удельный вес преждевременных родов} = \frac{\text{Число женщин, закончивших беременность преждевременными родами}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами и абортами}} \times 100.$$

$$\text{Удельный вес женщин, закончивших беременность абортами} = \frac{\text{Число женщин, закончивших беременность абортами}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами и абортами}} \times 100.$$

В Российской Федерации удельный вес преждевременных родов составляет 3,9%.

В общем плане работу женской консультации по планированию семьи можно оценить по **показателю соотношения абортов и родов**, который рассчитывают по формуле:

$$\text{Соотношение абортов и родов} = \frac{\text{Общее число абортов}}{\text{Общее число родов}}$$

В настоящее время в Российской Федерации на 100 родов приходится 67 абортов, что свидетельствует о недостаточной работе по профилактике нежелательной беременности.

12.6.2. Особенности статистического анализа деятельности детских поликлиник

В работе детских поликлиник наряду с общими для всех амбулаторно-поликлинических учреждений формами первичной учетной медицинской документации используются следующие специальные формы:

- История развития ребенка (ф. 112/у);
- Карта профилактических прививок (ф. 063/у);
- Журнал учета профилактических прививок (ф. 064/у);
- Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов (ф. 026/у-2000);
- Санаторно-курортная карта для детей (ф. 076/у-04) и др.

В соответствии с приказом МЗиСР № 102 от 09.02.2007 на каждом врачебном участке должен заполняться ***«Паспорт врачебного участка (педиатрического)» (ф. 030/у-пед)*** (далее — Паспорт).

Паспорт предназначен для получения информации о прикрепленном детском населении, половозрастном и социальном составе детей, структуре заболеваемости, наличии детей, имеющих право на получение набора социальных услуг, а также для учета обеспечения их необходимой бесплатной медицинской помощью, восстановительным лечением, комплексной реабилитацией, в том числе на санаторно-курортном этапе. Паспорт дает возможность проводить анализ обоснованности медицинских назначений, проведения лечебно-профилактических мероприятий, качества оказания медицинской помощи. Наличие в Паспорте сведений о детях, находящихся в трудной жизненной ситуации (дети из групп социального риска, дети-инвалиды, дети, оставшиеся без попечения родителей и др.), позволяет своевременно проводить медико-социальные мероприятия, в том числе с привлечением правоохранительных органов и органов социальной защиты населения. Включение в Паспорт таблицы по юношам допризывного возраста дает возможность оценить лечебно-оздоровительные мероприятия по их подготовке к военной службе. Анализ данных Паспорта позволяет планировать работу на врачебном (педиатрическом) участке и оценивать эффективность работы врача-педиатра участкового. Паспорт составляется и ведется регулярно с учетом примечаний к разделам, в течение отчетного периода (календарного года) участковым врачом-педиатром на осно-

вании «Истории развития ребенка» (ф. 112/у) и других утвержденных форм медицинской документации. По завершению отчетного периода (календарного года) Паспорт подписывается участковым врачом-педиатром и сдается в отдел статистики учреждения здравоохранения, где хранится в течение 3 лет. К началу нового отчетного периода Паспорт заполняется с учетом данных на конец предыдущего отчетного периода. На основании данных Паспорта участковый врач-педиатр планирует ежемесячную, квартальную и годовую работу на врачебном участке и готовит пояснительную записку к отчету о проделанной работе.

Статистические показатели, характеризующие медицинскую деятельность детских поликлиник, можно объединить в следующие группы:

- заболеваемость детского населения[1];
- профилактическая работа;
- объем амбулаторно-поликлинической помощи;
- нагрузка персонала.

Расчет показателей объема амбулаторно-поликлинической помощи и нагрузки персонала детской поликлиники проводится аналогично таковым поликлиники для взрослых.

Показатели профилактической работы. Профилактическая работа является ведущим направлением в деятельности детских поликлиник. Основным методом реализации этого направления является диспансеризация. К этой группе относятся:

- общий показатель диспансеризации детского населения;
- полнота охвата детей, состоящих под диспансерным наблюдением, лечебно-профилактической помощью;
- полнота охвата больных детей, состоящих на диспансерном учете, лечебно-профилактической помощью;
- удельный вес детей, состоящих на диспансерном учете по поводу заболеваний;
- эффективность диспансеризации детского населения;
- охват патронажем детей 1-го года жизни;
- удельный вес детей, находившихся на грудном вскармливании от 3 до 6 мес и от 6 мес до 1 года;
- полнота охвата детей периодическими медицинскими осмотрами;

[1] Методика расчета и анализа показателей заболеваемости детского населения представлена в главе 3.

– полнота охвата детей профилактическими прививками;
– распределение детей по группам здоровья.

Общий показатель диспансеризации детского населения характеризует охват динамическим наблюдением здоровых и больных детей. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Общий показатель диспансеризации детского населения} = \frac{\text{Общее число больных и здоровых детей в возрасте 0–17 лет включительно, находящихся под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода}}{\text{Среднегодовая численность детского населения}} \times 1000.$$

* Показатель рассчитывают в целом и по отдельным видам помощи.

Этот показатель должен приближаться к 1000‰.

Показатель полноты охвата детей, состоящих под диспансерным наблюдением, лечебно-профилактической помощью уточняет общий показатель диспансеризации и характеризует уровень обеспечения детей отдельными видами помощи (стационарной, санаторно-курортной, противорецидивным лечением и др.). Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Полнота охвата детей, состоящих под диспансерным наблюдением, лечебно-профилактической помощью} = \frac{\text{Число детей, состоящих под диспансерным наблюдением, получивших различные виды помощи (стационарную, санаторно-курортную, противорецидивное лечение) на конец отчетного периода}}{\text{Общее число детей, состоящих пол диспансерным наблюдением и нуждающихся в различных видах помощи (стационарной, санаторно-курортной, противорецидивном лечении) на конец отчетного периода}} \times 100.$$

Рекомендуемый показатель — не менее 70%.

Показатель полноты охвата больных детей, состоящих на диспансерном учете, лечебно-профилактической помощью дополняет общий

показатель диспансеризации и характеризует уровень обеспечения больных детей, состоящих на диспансерном учете, отдельными видами помощи (стационарной, санаторно-курортной, противорецидивным лечением и др.). Показатель рассчитывают как в целом, так и по отдельным заболеваниям по формулам:

$$\text{Полнота охвата больных детей, состоящих на диспансерном учете, лечебно-профилактической помощью*} = \frac{\text{Число больных детей, состоящих на диспансерном учете, получивших различные виды помощи (стационарную, санаторно-курортную, противорецидивное лечение) на конец отчетного периода}}{\text{Общее число больных детей, состоящих на диспансерном учете и нуждающихся в различных видах помощи (стационарной, санаторно-курортной, противорецидивном лечении) на конец отчетного периода}} \times 100.$$

$$\text{Полнота охвата детей, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания — лечебно-профилактической помощью} = \frac{\text{Число больных детей, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания, получивших различные виды помощи (стационарную, санаторно-курортную, противорецидивное лечение) на конец отчетного периода}}{\text{Общее число больных детей, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания и нуждающихся в различных видах помощи (стационарной, санаторно-курортной, противорецидивном лечении) на конец отчетного периода}} \times 100.$$

* Показатель рассчитывается в целом и по отдельным видам помощи.

Удельный вес детей, состоящих на диспансерном учете по поводу заболеваний, дополняет общий показатель диспансеризации. Показатель рассчитывают как по всем заболеваниям суммарно, так и по отдельным видам патологии:

$$\text{Удельный вес детей, состоящих на диспансерном учете по поводу заболеваний} = \frac{\text{Общее число больных детей, находящихся на диспансерном учете на конец отчетного периода}}{\text{Среднегодовая численность детского населения}} \times 100.$$

Дети с хронической патологией берутся на диспансерный учет и наблюдаются педиатром на участке или врачом-специалистом по месту жительства с проведением противорецидивных курсов лечения до полного выздоровления или до состояния стойкой ремиссии.

Показатель эффективности диспансеризации детского населения также дополняет общий показатель диспансеризации и используется для анализа качества проводимой детскими поликлиниками и консультациями диспансерной работы. Этот показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Эффективность диспансеризации детского населения} = \frac{\text{Число больных детей, состоящих на диспансерном учете с выздоровлением (улучшением состояния, ухудшением, без изменения) на конец отчетного периода}}{\text{Общее число больных детей, состоящих на диспансерном учете, на конец отчетного периода}} \times 100.$$

* Показатель может рассчитываться по отдельным нозологическим формам.

Рекомендуемые показатели: с выздоровлением — не менее 10%, с улучшением состояния — не менее 30%.

Показатель охвата патронажем детей 1-го года жизни характеризует соблюдение стандартов систематического врачебного наблюдения детей данной возрастной группы. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Охват патронажем детей 1-го года жизни} = \frac{\text{Количество фактических врачебных патронажей детей 1-го года жизни}}{\text{Количество плановых врачебных патронажей детей 1-го года жизни}} \times 100.$$

Оптимальное значение этого показателя должно составлять 100%.

Показатели удельного веса детей, находившихся на грудном вскармливании от 3 до 6 мес и от 6 мес до 1 года, характеризуют охват детей первого жизни естественным вскармливанием. Удельный вес детей, находившихся на грудном вскармливании от 3 до 6 мес, определяется путем деления числа детей, достигших 1 года и получавших молоко матери не менее 3 мес, но не более 5 мес 29 дней, на общее число детей, достигших 1 года. Удельный вес детей, находившихся на грудном вскармливании от 6 мес до 1 года, определяется путем деления числа детей, достигших 1 года и получавших молоко матери 6 мес и более, на общее число детей, достигших 1 года. В эту группу входят также дети, которые получали молоко матери более 1 года.

$$\text{Удельный вес детей, находившихся на грудном вскармливании от 3 до 6 мес} = \frac{\text{Число детей, находившихся исключительно на грудном вскармливании от 3 до 6 мес}}{\text{Общее число детей, достигших 1 года к концу отчетного периода}} \times 100.$$

$$\text{Удельный вес детей, находившихся на грудном вскармливании от 6 мес до 1 года} = \frac{\text{Число детей, находившихся исключительно на грудном вскармливании от 6 мес до 1 года}}{\text{Общее число детей, достигших 1 года к концу отчетного периода}} \times 100.$$

В течение последних лет эти показатели в Российской Федерации составляют в среднем: удельный вес детей, находившихся на грудном вскармливании от 3 до 6 мес, — 40–41%; удельный вес детей, находившихся на грудном вскармливании от 6 мес до 1 года, — 36–39%. Рекомендуемые ВОЗ показатели должны составлять в среднем соответственно 80 и 60%.

Показатель полноты охвата детей периодическими медицинскими осмотрами характеризует работу детских поликлиник и консультаций по контролю за состоянием здоровья организованного детского населения. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Полнота охвата детей периодическими медицинскими осмотрами} = \frac{\text{Число детей, охваченных периодическими медицинскими осмотрами}}{\text{Общее число детей, подлежащих периодическим медицинским осмотрам}} \times 100.$$

* Показатель может рассчитываться по отдельным декретированным возрастным группам.

Этот показатель должен приближаться к 95%, для детей 1-го года жизни — к 100%.

Показатель полноты охвата детей профилактическими прививками характеризует работу детских поликлиник и консультаций по иммунизации детского населения в рамках Национального календаря профилактических прививок. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Полнота охвата детей профилактическими прививками} = \frac{\text{Число привитых детей}}{\text{Общее число детей, подлежащих иммунизации}} \times 100.$$

* Показатель может рассчитываться по каждому виду профилактических прививок, предусмотренных Национальным календарем профилактических прививок.

Этот показатель должен приближаться к 100%.

Показатель распределения детей по группам здоровья позволяет комплексно оценить здоровье детского населения и рассчитывается по формуле:

$$\text{Распределение детей по группам здоровья} = \frac{\text{Число детей I (II, III) группы здоровья}}{\text{Среднегодовая численность детского населения}} \times 100.$$

Этот показатель может рассчитываться по отдельным возрастным группам.

По данным всероссийской диспансеризации, 32,1% детей были признаны здоровыми (I группа здоровья), 51,7% имели функциональные отклонения (II группа здоровья), 16,2% имели хронические заболевания (III группа здоровья) (рис. 12.6).

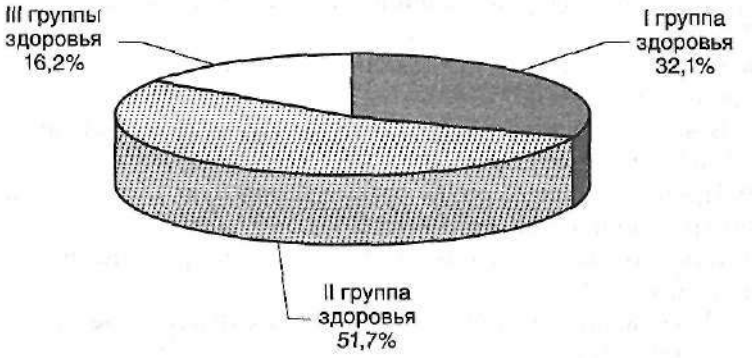


Рис. 12.6. Распределение детей по группам здоровья по итогам всероссийской диспансеризации

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Перечислите основные принципы оказания амбулаторно-поликлинической помощи. Раскройте их содержание.
2. Дайте определение термина «диспансеризация».
3. Перечислите основные задачи городской поликлиники для взрослых.
4. Приведите примерную организационную структуру городской поликлиники для взрослых.
5. Какие основные задачи решает регистратура поликлиники?
6. Как организуется запись пациентов на прием к врачам в поликлинике? Что такое «электронная регистратура»?
7. Перечислите основные функции участкового терапевта.
8. Какие основные задачи стоят перед детской поликлиникой?
9. Приведите примерную организационную структуру детской городской поликлиники.
10. Как организована прививочная работа в детской поликлинике?
11. Перечислите основные функции участкового врача-педиатра.
12. Какие задачи решают врачи-специалисты детской поликлиники?
13. Приведите примерную организационную структуру женской консультации. Перечислите основные задачи.
14. Каковы функциональные обязанности врача акушера-гинеколога?
15. Что представляет собой «Родовой сертификат»?

16. Раскройте содержание понятия «планирование семьи».

17. Какие способы регулирования деторождений вы знаете?

18. Какие требования предъявляются к способам предохранения от беременности?

19. В чем вы видите перспективы развития сети центров общей врачебной (семейной) практики?

20. Приведите примерную организационную структуру центра общей врачебной (семейной) практики.

21. Какие основные обязанности выполняет врач общей практики (семейный врач)?

22. Перечислите статистические показатели деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений. Приведите формулы их расчета, рекомендуемые значения.

23. Какие статистические показатели используют для анализа деятельность женских консультаций? Приведите формулы их расчета, рекомендуемые значения.

24. Какие статистические показатели используют для анализа деятельности детских поликлиник? Приведите формулы их расчета, рекомендуемые значения.

Глава 13

Организация стационарной помощи

13.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Стационарная помощь населению в Российской Федерации оказывается больничными учреждениями, к основным типам которых относятся ***больницы*** (участковая, районная, городская, областная и др.), специализированные больницы (гинекологическая, инфекционная, психиатрическая и др.), госпитали, медико-санитарная часть и др.

Стационарная (больничная, госпитальная) медицинская помощь в настоящее время является наиболее ресурсоемким сектором здравоохранения. В стационарных учреждениях сосредоточены основные материальные ресурсы отрасли (дорогостоящие здания, сооружения, оборудование, транспорт и др.), и на содержание учреждений этого типа тратится в среднем 60–70% всех ассигнований, выделяемых на здравоохранение.

Развитие стационарной помощи в конце XX – начале XXI вв. шло по пути перехода от общепрофильных отделений больниц к специализированным, от больниц небольшой мощности к мощным учреждениям на 600–1000 коек. По мнению известных специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения В.А. Миняева и Н.И. Вишнякова (2003), крупные больницы по сравнению с небольшими имеют следующие преимущества:

- больше возможностей развития специализированных, в том числе узкоспециализированных, видов медицинской помощи;
- более рациональное использование высококвалифицированных кадров, дорогостоящего лечебно-диагностического оборудования, медицинской техники, вспомогательных лечебно-диагностических отделений и служб.

Однако сверхмощные многопрофильные больницы на 1200 коек и более имеют и ряд недостатков, в частности определенные сложности в управлении. Поэтому оптимальной мощностью больницы следует считать 500–800 коек.

Концентрация материальных, финансовых и трудовых ресурсов в специализированных отделениях больниц позволяет в полном объ-

еме использовать современные медицинские технологии. В результате этого достигается наиболее высокий уровень медицинской и экономической эффективности больничной помощи.

13.2. ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ

Основной задачей **городской больницы** для взрослых является оказание квалифицированной стационарной специализированной лечебно-профилактической помощи на основе внедрения современных достижений медицинской науки и техники.

Примерная организационная структура городской больницы для взрослых представлена на рис. 13.1.

Возглавляет больницу ***главный врач***. Он отвечает за всю профилактическую, лечебно-диагностическую, финансово-хозяйственную деятельность, подбор и расстановку кадров.

Первым помощником главного врача является ***заместитель по медицинской части (начмед)***, который непосредственно руководит профилактической и лечебно-диагностической работой больницы, контролирует соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, качество диагностики, лечения и ухода за больными. Также он анализирует качество лечебного питания, правильность расходования медикаментов и изделий медицинского назначения, организует консультативную помощь больным. Особое место в деятельности начмеда занимает анализ случаев смерти больных в стационаре. За хозяйственную работу отвечает соответствующий ***заместитель по административно-хозяйственной части***. В его задачи входит обеспечение противопожарной безопасности, поддержание в порядке помещений, инженерных сетей, территории больницы, охрана зданий, обеспечение учреждения современными средствами связи, автотранспортом, горюче-смазочными материалами, продуктами лечебного питания, больничным бельем и решение других хозяйственных вопросов. В состав административно-хозяйственной части входят гараж, прачечная, пищеблок и другие подразделения.

Если больница объединена с поликлиникой, вводят должность ***заместителя главного врача по поликлинике***. В крупных больницах с числом хирургических коек не менее 300 выделяют должность ***заместителя главного врача по хирургии***. Кроме того, с учетом производственной необходимости могут вводиться должности заместите-

Рис. 13.1. Примерная организационная структура городской больницы для взрослых

лей главного врача по экономике, экспертизе нетрудоспособности, гражданской обороне и мобилизационной работе.

Деятельностью среднего и младшего медицинского персонала руководит ***главная медицинская сестра***.

Больной при поступлении в стационар в первую очередь попадает в ***приемное отделение***. Приемное отделение может быть централизованным и децентрализованным (для отдельных профильных отделений). В приемное отделение больницы пациенты попадают разными путями:

- по направлению из АПУ (плановая госпитализация);
- при доставке бригадами скорой медицинской помощи (экстренная госпитализация);
- переводом из другого стационара;
- при самостоятельном обращении в приемное отделение («самотек»).

Для более рационального использования конечного фонда больничных учреждений в крупных городах при станциях скорой медицинской помощи создаются ***центральные бюро госпитализации***, в которые поступают сведения о свободных койках в стационарах больниц города. В таких случаях госпитализация проводится в том числе по направлению этих бюро.

В задачи приемного отделения входят:

- прием больных, постановка предварительного диагноза и решение вопроса о необходимости госпитализации;
- регистрация больных и учет их движения в стационаре;
- оказание при необходимости экстренной медицинской помощи;
- санитарная обработка больных;
- выполнение функций справочного центра о состоянии больных.

В больницах мощностью 500 коек и более в штате учреждения выделяют ставки врачей приемного покоя (хирург, терапевт, травматолог, рентгенолог и др.). Кроме того, врачи приемного покоя имеют возможность вызывать врачей других специальностей, которые в это время дежурят в отделениях. В больницах меньшей мощности в приемном покое дежурят врачи отделений в соответствии с графиком. Врачи приемного отделения должны иметь возможность круглосуточно проводить в экстренном порядке экспресс-анализы, рентгенологические, эндоскопические, ультразвуковые и другие исследования.

Для оказания экстренной помощи в приемном отделении должен быть постоянный набор необходимых медикаментов и оборудования.

В приемных отделениях больниц целесообразно организовывать палаты интенсивной терапии и временной изоляции больных.

В приемном отделении ведут «Журнал приема больных и отказов в госпитализации» (ф. 001/у), заводят «Медицинскую карту стационарного больного» (ф. 003/у) со всеми вкладышами: «Температурный лист» (ф. 004/у), «Статистическая карта выбывшего из стационара...» (ф. 066/у-02).

Из приемного отделения больной поступает в соответствующее ***стационарное отделение***. Профиль и мощность отделений стационара определяются с учетом потребности населения в госпитальной помощи и структуры патологии. Штаты и оснащение зависят от числа коек и профиля отделения. Оптимальной мощностью стационарного отделения больницы считают 60–70 коек. Как правило, в больничных учреждениях мощностью до 300 коек организуются отделения терапевтического, хирургического, гинекологического, педиатрического, инфекционного, неврологического, кардиологического, травматологического и других профилей. В больницах большей мощности создаются узкоспециализированные отделения: урологическое, эндокринологическое, пульмонологическое, челюстно-лицевой хирургии и др.

Возглавляет работу отделения заведующий. На должность ***заведующего отделением*** назначают квалифицированного врача, имеющего опыт работы по соответствующей специальности и обладающего организаторскими способностями. Назначение на должность заведующего отделением и освобождение от должности осуществляются приказом главного врача. Заведующий отделением непосредственно руководит деятельностью медицинского персонала отделения и несет полную ответственность за качество и культуру медицинской помощи больным. В соответствии с задачами, стоящими перед больницей, заведующий отделением выполняет следующие обязанности:

- организует и обеспечивает своевременное обследование и лечение больных с учетом современных достижений медицинской науки и практики;
- проводит систематический контроль за работой ординаторов отделения по вопросам диагностики, лечения и его эффективности, а также качества ведения медицинской документации;
- проводит ежедневный утренний обход больных совместно с ординаторами и средним медицинским персоналом, осмотр вновь поступивших и наиболее тяжелобольных;

- разбирает с ординаторами отделения все случаи, представляющие затруднение в диагностике и лечении, расхождения диагнозов поликлиники с больничными и больничных с патологоанатомическими, а также все случаи смерти больных в отделении;
- созывает в необходимых случаях консилиум с участием врачей-специалистов и лично принимает участие в нем;
- обеспечивает соблюдение противоэпидемического режима в отделении;
- систематически проводит работу по повышению квалификации врачей, среднего и младшего медицинского персонала отделения, соблюдению принципов деонтологии;
- анализирует показатели деятельности отделения и представляет отчеты руководству больницы в установленные сроки;
- контролирует соблюдение персоналом отделения правил охраны труда, пожарной безопасности и внутреннего распорядка;
- организует санитарно-просветительную работу с больными;
- несет ответственность за правильное хранение, учет и выдачу ядовитых и сильнодействующих лекарств в отделении и др.

Заведующему отделением непосредственно подчиняется ***ординатор отделения,*** который является лечащим врачом и выполняет следующий объем работ:

- оказывает квалифицированную помощь больным с использованием современных методов диагностики и лечения;
- ежедневно проводит обход больных совместно с палатной медицинской сестрой, участвует в обходах заведующего отделением, в необходимых случаях консультируется с врачами-специалистами;
- ведет «Медицинскую карту стационарного больного» (ф. 003/у) и другую документацию с ежедневными записями в них о состоянии больных, их лечении, питании, режиме и т.д.;
- докладывает заведующему отделением о трудностях в установлении диагноза, лечении, а также об изменениях в состоянии больных;
- руководит работой среднего и младшего медицинского персонала, непосредственно ему подчиненного, проверяет правильность и своевременность выполнения ими врачебных назначений, а в случае невыполнения докладывает об этом заведующему отделением;

– проводит санитарно-просветительную работу с больными;
– сообщает перед уходом из стационара заведующему отделением, а в его отсутствие — дежурному врачу о тяжелых больных, требующих особого врачебного наблюдения;
– несет дежурство по больнице согласно установленному графику;
– сообщает заведующему отделением о больных, подлежащих переводу или выписке из отделения, оформляет на них соответствующие медицинские документы;
– встречается в установленные внутренним распорядком больницы дни и часы с родными и близкими пациентов, находящихся под его наблюдением.

Врач-ординатор обычно ведет 20–25 больных, однако это число меняется в зависимости от профиля отделения.

Врачу-ординатору отделения помогают ***палатные (постовые) медицинские сестры***, которые непосредственно подчиняются ***старшей медицинской сестре отделения*** и выполняют следующие обязанности:

– своевременно и точно выполняют назначения лечащего врача;
– организуют своевременное обследование больных в лаборатории, диагностических отделениях (кабинетах), у врачей-консультантов;
– наблюдают за состоянием больного: физиологическими отправлениями, сном, массой тела, пульсом, дыханием, температурой;
– немедленно информируют лечащего врача (в его отсутствие — заведующего отделением или дежурного врача) о внезапном ухудшении состояния больного, оказывают ему экстренную доврачебную помощь;
– осуществляют санитарно-гигиеническое обслуживание физически ослабленных и тяжелобольных (умывание, кормление, промывание по мере надобности рта, глаз, ушей и т.д.);
– изолируют больных в агональном состоянии, вызывают врача для констатации смерти, подготавливают трупы умерших для передачи их в морг и др.

В ночное время в больнице наряду со средним медицинским персоналом дежурят врачи. Дежурства обеспечиваются либо одним врачом по всей больнице небольшой мощности, либо по крупным профильным отделениям. Например, дежурный врач для отделений терапевтического профиля, дежурный врач для отделений хирургического профиля и др. ***Дежурные врачи***, приступая к дежурству,

получают от лечащих врачей или заведующих отделениями сведения о тяжелобольных, требующих особого наблюдения. Во время дежурства они отвечают за состояние всех больных, находящихся в стационаре, оказывают экстренную помощь по вызову постовых медицинских сестер, принимают поступающих больных.

В отделениях стационара больницы устанавливают звуковую и световую сигнализацию, которой пользуется больной для вызова дежурного медицинского персонала. Однако ее следует считать вспомогательной. Наблюдение за тяжелобольными должно проводиться активно, т.е. медицинская сестра и дежурный врач обязаны без вызова периодически их навещать.

Выделяют две системы организации ухода за больными: двухстепенную и трехстепенную. При двухстепенной системе непосредственный уход за больным осуществляют врачи и медицинские сестры, а младший медицинский персонал лишь помогает в создании надлежащего санитарно-гигиенического режима в отделении, осуществляет уборку помещений. При трехстепенной системе ухода младшие медицинские сестры принимают участие в уходе за больными. При этой системе обслуживания на должность ***младшей медицинской сестры по уходу за больными*** назначают лицо, окончившее специальные курсы младших медицинских сестер по уходу за больными.

В больнице строго соблюдают противоэпидемический и лечебно-охранительный режим. Противоэпидемический режим должен обеспечиваться всем персоналом больницы, а контроль за ним осуществляет Центр гигиены и эпидемиологии.

Лечебно-охранительный режим — система мер, направленных на создание оптимальных условий пребывания больных в стационаре, способствующих поднятию их общего психоэмоционального тонуса. Основными элементами лечебно-охранительного режима являются:

- рациональная планировка, размещение и оборудование палат и отделений (соответствующий интерьер отделений, изоляция операционных блоков, перевязочных, организация маломестных палат и др.);
- реализация принципа дифференцированного распределения больных по палатам с учетом состояния здоровья, пола, возраста и др.;
- устранение или максимальное уменьшение воздействия неблагоприятных факторов внешней среды (неудобные постели, плохое освещение, низкая или излишне высокая температура

в палатах, дурные запахи, стоны или крики больных, шум, плохое лечебное питание и др.);
- борьба с болью и страхом боли (психологическая подготовка к операциям, применение анестезирующих средств при болезненных перевязках, разумное использование болеутоляющих средств, высокое мастерство техники инъекции и других манипуляций, отказ от бесцельных исследований и др.);
- отвлечение больного от ухода в болезнь и преувеличенных представлений о возможных неблагоприятных последствиях (художественная литература, любимая музыка, увлекательные беседы, живопись, телевидение, возможность заняться любимым делом, прогулки по территории больницы для ходячих больных, трудотерапия в отделениях для хронически больных, различные игры, воспитательно-педагогическая работа в детских больницах и др.);
- организация режима дня больного (удлинение физиологического сна, сочетание покоя с допустимой физической активностью больных, общение с родственниками и близкими больного);
- разумное использование слова — одного из сильнейших условных раздражителей, способного оказывать значительное воздействие на течение патологического процесса и его исход (недопущение ятрогений);
- соблюдение персоналом медицинской этики (высокая культура медицинского персонала, чуткое, внимательное отношение к больному, его родственникам, соблюдение врачебной тайны и др.).

Выписку пациента из больницы производят при полном его выздоровлении, необходимости перевода в другие специализированные медицинские учреждения, стойком улучшении состоянии больного, когда дальнейшая госпитализация не нужна, хроническом течении заболевания, не поддающемся лечению в данном учреждении.

О выписке пациента, требующего долечивания на дому, сообщается по месту жительства в поликлинику с необходимыми лечебными рекомендациями стационара. В последующие дни в поликлинику направляется эпикриз с подробным описанием проведенного обследования, лечения и необходимых рекомендаций на будущее. Больных, нуждающихся в медицинской реабилитации, направляют в санаторно-курортные учреждения или центры восстановительной медицины.

13.3. ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА ДЛЯ ДЕТЕЙ

Организация работы ***детской городской больницы*** имеет много общего с работой стационара для взрослых, однако имеются и отличия.

Больные дети, как и взрослые, поступают в стационар детской больницы по направлению врачей детских поликлиник, при доставке бригадами скорой медицинской помощи, переводом из других медицинских учреждений, самотеком.

Структура детской больницы формируется в зависимости от потребности детского населения в стационарной помощи и включает приемное отделение, профильные стационарные отделения (педиатрическое, хирургическое, инфекционное и др.), лабораторию, отделения рентгенологической, эндоскопической, ультразвуковой, функциональной диагностики и др.

Приемное отделение и стационары детской больницы должны быть боксированы. Боксы составляют 3–5% общего числа коечного фона больницы. В небольших больницах при отсутствии боксов для приема детей должны быть предусмотрены не менее 2–3 изолированных смотровых кабинетов и 1–2 санпропускников. Наиболее удобными для работы являются индивидуальные боксы Мельцера–Соколова, которые включают предбокснык, палату, санитарный узел, шлюз для персонала.

При поступлении детей без ведома родителей последних немедленно извещают об этом работники приемного отделения. При отсутствии такой возможности сведения о ребенке заносятся в специальную книгу и сообщаются в полицию.

Отделения (палаты) стационара формируются по возрасту, полу, характеру и тяжести заболеваний, сроку поступления. В зависимости от возраста выделяют отделения (палаты) для недоношенных, новорожденных, детей грудного, младшего, старшего возраста. Палаты целесообразно иметь небольшие, на 2–4 койки, что даст возможность заполнять их с учетом возраста и заболевания. Целесообразно иметь застекленные перегородки между палатами, для того чтобы персонал мог наблюдать за состоянием детей и их поведением. Необходимо предусмотреть возможность пребывания в стационаре матери вместе с ребенком.

Важной особенностью организации детских отделений является необходимость проведения там воспитательной работы. Для этой цели в детских больницах вводят должности педагогов-воспитателей. С больными детьми, которые длительное время лечатся в стаци-

онаре, проводят учебную работу. Очень важным элементом создания лечебно-охранительного режима для детей является организация их досуга, особенно в вечерние часы. Проводимые в конце больничного дня ручной труд, лепка, рисование, чтение вслух улучшают настроение детей и способствуют спокойному сну. Важную роль в правильной организации досуга детей играют палатные (постовые) медицинские сестры.

В комплексе лечебно-профилактических мероприятий особое значение имеет правильно организованное лечебное питание. Для этого дети, находящиеся на естественном вскармливании, госпитализируются вместе с матерями или обеспечиваются грудным донорским молоком. Все другие продукты лечебного питания дети 1-го года жизни получают с детской молочной кухни. Детям старше 1-го года лечебное питание готовится на пищеблоке больницы.

В детских больницах в большей степени, чем в больницах для взрослых, следует опасаться внутрибольничных инфекций. При выявлении ребенка с острым инфекционным заболеванием в отделении устанавливают карантин на срок инкубационного периода для данного заболевания. При этом необходимо проводить учет контактировавших с больным ребенком детей, которых в течение инкубационного периода нельзя перемещать в другие палаты. В отдельных случаях в зависимости от выявленного острого инфекционного заболевания проводятся специальные противоэпидемические мероприятия (прививки, исследования на бактерионосительство и др.).

Анатомо-физиологические особенности новорожденных, своеобразный характер течения заболевания определяют необходимость создания специальных отделений для новорожденных и недоношенных детей в составе детских больниц. Основной задачей этих отделений являются оказание квалифицированной диагностической и лечебной помощи больным доношенным и недоношенным новорожденным, создание оптимальных условий выхаживания детей.

В работе отделения для новорожденных и недоношенных детей детских больниц осуществляются тесная взаимосвязь и преемственность с родильными домами и детскими поликлиниками.

13.4. РОДИЛЬНЫЙ ДОМ

Основным учреждением, оказывающим стационарную акушерско-гинекологическую помощь, является ***родильный дом***, деятельность

которого организуется в соответствии с приказом МЗиСР РФ № 808н от 02.10.09. В задачи родильного дома входят:

- оказание стационарной акушерско-гинекологической помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, медицинской помощи новорожденным, а также женщинам с заболеваниями репродуктивной системы;
- профилактика, диагностика и лечение заболеваний репродуктивной системы;
- оказание медицинской помощи в связи с искусственным прерыванием беременности;
- санитарно-гигиеническое обучение женщин правилам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и ИППП;
- направление женщин и новорожденных в учреждения здравоохранения для оказания им специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности, выдача листков нетрудоспособности женщинам по беременности и родам, направление женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности на медико-социальную экспертизу;
- организация и обеспечение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в целях предупреждения и снижения заболеваемости внутрибольничными инфекциями женщин, новорожденных и персонала;
- проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам и новорожденным;
- анализ причин гинекологических заболеваний, акушерских и экстрагенитальных осложнений у женщин, заболеваемости новорожденных, материнской и перинатальной смертности;
- вакцинопрофилактика новорожденных и их обследование на наследственные заболевания;
- проведение антиретровирусной профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции ВИЧ-инфицированным роженицам и их новорожденным.

Руководство деятельностью родильного дома осуществляет ***главный врач***, работу среднего и младшего медицинского персонала организует ***главная медицинская сестра (акушерка)***. Примерная организационная структура родильного дома представлена на рис. 13.2.

В структуру родильного дома может входить ***женская консультация***.

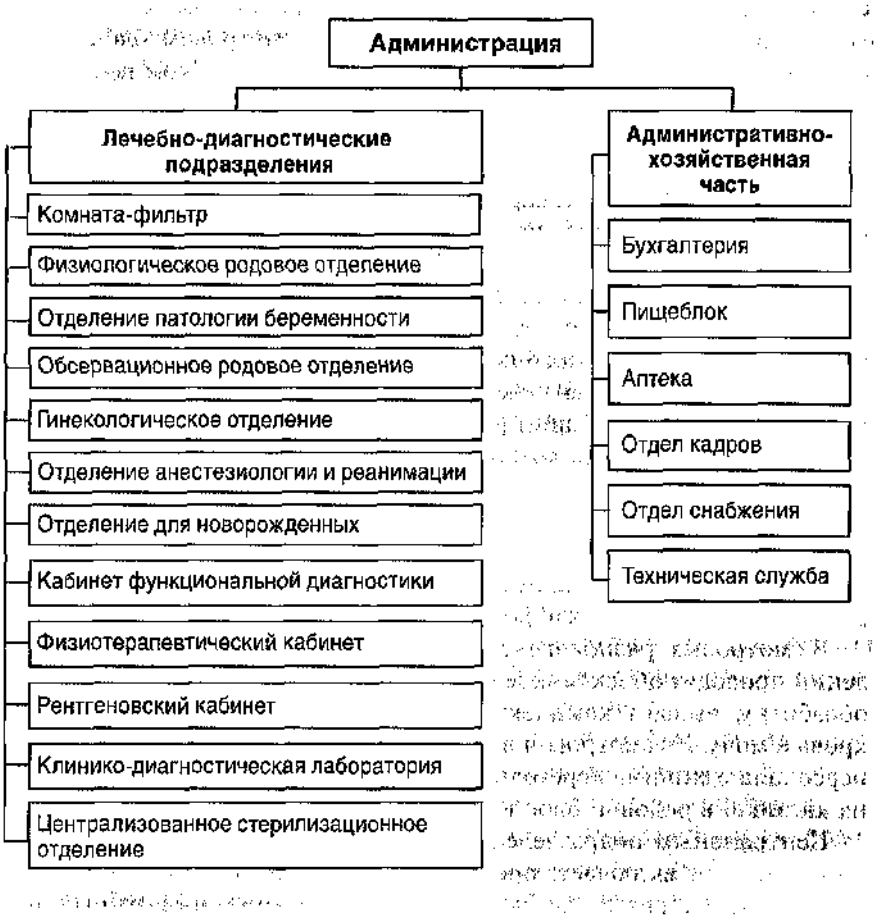


Рис. 13.2. Примерная организационная структура родильного дома

В родильный дом подлежат госпитализации беременные (при наличии медицинских показаний), роженицы, а также родильницы в раннем послеродовом периоде (в течение 24 ч после родов) в случае родов вне лечебного учреждения. При поступлении в родильный дом роженица или родильница направляются в приемно-смотровой блок, где предъявляют паспорт и «Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы» (ф. 113/у). Прием женщин в приемно-смотровом блоке проводит врач (в дневные часы — врачи

отделений, затем — дежурные врачи) или акушерка, которая при необходимости вызывает врача. В приемно-смотровом блоке целесообразно иметь 1 комнату-фильтр и 2 смотровые комнаты. Одна смотровая комната предусмотрена для приема женщин в физиологическое родовое отделение, другая — в обсервационное.

Врач (или акушерка) оценивает общее состояние поступающей, знакомится с «Обменной картой...», выясняет, переносила ли женщина инфекционные, воспалительные заболевания до и во время беременности, обращая особое внимание на заболевания, перенесенные непосредственно перед поступлением в родильный дом, устанавливает наличие хронических воспалительных заболеваний, наличие и длительность безводного периода.

В результате сбора анамнеза, осмотра, знакомства с документами в комнате-фильтре женщин разделяют на два потока: с нормальным течением беременности, которых направляют в ***физиологическое родовое отделение***, и представляющих эпидемическую опасность для окружающих, которых направляют в ***обсервационное родовое отделение***.

Кроме того, в обсервационное отделение направляют женщин при отсутствии «Обменной карты...», а также родильниц в раннем послеродовом периоде в случае родов вне лечебного учреждения.

В смотровых физиологического и обсервационного родовых отделений проводят объективное обследование женщины, ее санитарную обработку, выдают комплект стерильного белья, берут на анализы кровь и мочу. Из смотровой в сопровождении среднего медицинского персонала женщина переходит (при наличии показаний перевозится на каталке) в родовой блок или отделение патологии беременности.

Центральным подразделением родильного дома является ***родовой блок***, который включает: предродовые палаты, родовой зал, палату интенсивной терапии, детскую комнату, операционные, санитарные помещения. В предродовой палате женщина проводит весь первый период родов. Дежурная акушерка или врач постоянно наблюдают за состоянием роженицы. В конце первого периода родов женщина переводится в родовой зал.

При наличии двух родильных залов прием родов в них осуществляется поочередно. Каждый родовой зал работает в течение 1–2 сут, затем в нем проводят генеральную уборку. При наличии одного родового зала прием родов осуществляют поочередно на различных рахмановских кроватях. Два раза в неделю проводится генеральная уборка родового зала. Нормально протекающие роды принимает акушерка.

После рождения ребенка акушерка показывает его матери, обращая внимание на пол и наличие врожденных аномалий развития (если таковые имеются). Далее ребенка переносят в детскую комнату. Родильница должна находиться в родовом зале под наблюдением не менее 2 ч.

Акушерка после мытья рук под проточной водой и их обработки проводит вторичную обработку пуповины, первичную обработку кожных покровов, взвешивание ребенка, измерение длины тела, окружностей груди и головы. К рукам ребенка привязывают браслетки, а после пеленания поверх одеяла — медальон. На них указывают фамилию, имя, отчество, номер истории родов матери, пол ребенка, массу, рост, час и дату его рождения. После окончания обработки новорожденного акушерка (врач) заполняет необходимые графы в «Истории родов» (ф. 096/у) и «Истории развития новорожденного» (ф. 097/у).

При нормальном течении послеродового периода спустя 2 ч после родов женщина переводится на каталке вместе с ребенком в ***послеродовую палату***, которая находится в составе физиологического родового отделения.

При заполнении послеродовых палат необходимо соблюдать строгую цикличность — одну палату разрешается заполнять в течение не более 3 сут. При появлении у рожениц или новорожденных первых признаков заболеваний их переводят в обсервационное родовое отделение или в другое специализированное учреждение.

В обсервационное родовое отделение помещают больных женщин, имеющих здорового ребенка, здоровых женщин, имеющих больного ребенка, а также больных женщин, имеющих больного ребенка.

Палаты для беременных и родильниц в обсервационном родовом отделении должны быть по возможности профилированы. Недопустимо размещение беременных и родильниц в одной палате.

В палатах для новорожденных обсервационного родового отделения находятся дети, рожденные в этом отделении, родившиеся вне родильного дома, переведенные из физиологического родового отделения, родившиеся с тяжелыми врожденными аномалиями, с проявлениями внутриутробной инфекции, с массой тела менее 1000 г. Для больных детей в обсервационном родовом отделении выделяется изолятор на 1–3 койки. При наличии показаний дети могут быть переведены в отделение новорожденных детской больницы.

В течение 1-х суток после рождения каждый ребенок находится под интенсивным наблюдением медицинского персонала. Врачи-

педиатры проводят ежедневный осмотр детей. Если в родильном доме работает один педиатр, то во время его отсутствия осмотр детей осуществляет дежурный акушер-гинеколог. В необходимых случаях, требующих экстренного вмешательства, акушер-гинеколог вызывает педиатра. По окончании осмотра новорожденных педиатр (акушер-гинеколог) сообщает матерям о состоянии детей и проводит с ними санитарно-просветительную работу.

В современном родильном доме не менее 70% коек физиологического родового отделения должны быть выделены для ***совместного пребывания матери и ребенка***. Такое совместное пребывание значительно снижает частоту заболеваний родильниц в послеродовом периоде и частоту заболеваний новорожденных. Основной особенностью таких родильных домов или акушерских отделений является активное участие матери в уходе за новорожденным. Совместное пребывание матери и ребенка ограничивает контакт новорожденного с медицинским персоналом, снижает возможность его инфицирования. При таком режиме обеспечивается раннее прикладывание новорожденного к груди, происходит активное обучение матери навыкам практического ухаживания и ухода за новорожденным.

При совместном пребывании матери и ребенка они размещаются в боксах или полубоксах (на 1–2 кровати).

Противопоказаниями к совместному пребыванию матери и ребенка со стороны родильницы являются:

- тяжелые гестозы беременных;
- экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации;
- повышенная температура;
- разрыв или разрезы промежности II степени.

Со стороны новорожденного:

- недоношенность, недозрелость;
- длительно перенесенная внутриутробная гипоксия плода;
- внутриутробная гипотрофия II–III степени;
- родовая травма, асфиксия при рождении;
- аномалия развития;
- гемолитическая болезнь.

Совместное пребывание матери и ребенка в родильном доме требует строжайшего соблюдения санитарно-эпидемиологического режима.

С целью снижения перинатальной смертности, организации постоянного наблюдения за состоянием жизненно важных функций новорожденных, своевременного проведения корригирующих и диагности-

ческих мероприятий в родовспомогательных учреждениях создаются специальные ***палаты интенсивной терапии и реанимации новорожденных***. Создание таких палат в родильных домах мощностью 80 коек и более для новорожденных является обязательным. При меньшей мощности родильного дома организуются посты интенсивной терапии.

Основными критериями для выписки женщины из родильного дома являются: удовлетворительное общее состояние, нормальные температура, частота пульса, артериальное давление, состояние грудных желез, инволюция матки, нормальные результаты лабораторных исследований.

При обострении экстрагенитальных заболеваний родильницы могут быть переведены в соответствующий стационар, а при возникновении осложнений послеродового периода — в обсервационное родовое отделение.

При неосложненном течении послеродового периода у родильницы и раннего неонатального периода у новорожденного, при отпавшей пуповине и хорошем состоянии пупочной ранки, положительной динамике массы тела мать с ребенком могут быть выписаны на 5–6-е сутки после родов.

Выписка осуществляется через специальные выписные комнаты, которые должны быть раздельные для родильниц из физиологического и обсервационного отделений. Выписные комнаты должны иметь 2 двери: из послеродового отделения и из помещения для посетителей. Нельзя использовать для выписки родильниц приемные помещения.

Перед выпиской педиатр еще в палате проводит беседу с родильницами об уходе и вскармливании ребенка в домашних условиях. Медицинская сестра (в палате) должна дополнительно обработать и перепеленать ребенка. В выписной комнате медицинская сестра отделения новорожденных пеленает ребенка в принесенное домашнее белье, обучает мать пеленанию, обращает ее внимание на запись фамилии, имени и отчества на браслетках и медальоне, состояние кожных покровов и слизистых оболочек ребенка, еще раз рассказывает об особенностях ухода в домашних условиях.

В «Истории развития новорожденного» медицинская сестра отмечает время его выписки из родильного дома и состояние кожных покровов, слизистых оболочек, знакомит мать с записью, которая удостоверяется подписями медицинской сестры и матери. Медицинская сестра выдает матери «Медицинское свидетельство о рождении»

(ф. 103/у-98) и «Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы» (ф. 113/у).

В день выписки ребенка старшая сестра отделения новорожденных сообщает по телефону в детскую поликлинику по месту проживания основные сведения о выписанном ребенке.

Отделение патологии беременности организуют в крупных родильных домах с мощностью 100 коек и более. В отделение патологии беременности госпитализируют женщин с экстрагенитальными заболеваниями, осложнениями беременности (гестозы, угроза прерывания и др.), неправильным положением плода, отягощенным акушерским анамнезом. В отделении работают акушеры-гинекологи, терапевты родильного дома, акушерки и другой медицинский персонал.

Планировка отделения патологии беременности должна предусматривать полную изоляцию его от других отделений, возможность транспортировки беременных в физиологическое и обсервационное отделения (минуя другие отделения), а также выход для беременных из отделения на улицу. В структуре отделения предусмотрены кабинет функциональной диагностики с современным оборудованием (в основном кардиологическим), смотровая, малая операционная, кабинет физиопсихопрофилактической подготовки к родам, крытые веранды или залы для прогулок беременных.

Из отделения патологии беременности женщин могут перевести в связи с улучшением состояния под наблюдение женской консультации, а также для родоразрешения — в физиологическое или обсервационное отделение. Перевод женщин в одно из этих отделений осуществляется обязательно через приемно-смотровой блок, где им проводят полную санитарную обработку.

Гинекологические отделения родильных домов бывают трех профилей:

- для госпитализации больных, нуждающихся в оперативном лечении;
- для больных, нуждающихся в консервативном лечении;
- для прерывания беременности (абортное).

В структуру отделения должны входить свой приемно-смотровой блок, перевязочная, манипуляционная, малая и большая операционные, физиотерапевтический кабинет, палата интенсивной терапии, комната для выписки. Кроме того, для диагностики и лечения больных с гинекологическими заболеваниями используют другие лечебно-диагностические подразделения родильного дома: лабораторию, кабинет функциональной диагностики, рентгеновский кабинет и др.

В целом работа гинекологического отделения во многом схожа с деятельностью обычного отделения многопрофильной больницы.

В последние годы отделения для искусственного прерывания беременности стараются выводить из акушерских стационаров, организуя их в структуре гинекологических отделений на базе многопрофильных больниц или дневных стационаров.

Так же как и нормативы персонала женских консультаций, штатные нормативы родильных домов (отделений) установлены приложением к приказу МЗиСР РФ от 02.10.09 № 808н.

В соответствии с этим приказом в акушерских отделениях (физиологическом и обсервационном), в отделении патологии беременности, в отделении для беременных, рожениц и родильниц, больных туберкулезом, на каждые 25 коек выделяется должность заведующего отделением, кроме того, предусмотрена должность заведующего в отделении анестезиологии-реаниматологии независимо от его мощности. В родильном доме на 80 коек и более (в родовом отделении стационарных учреждений сельской местности — на 40 коек и более) выделяется должность заведующего родовым отделением.

Должности врачей акушеров-гинекологов в отделении патологии беременности, в физиологическом родовом отделении, в обсервационном родовом отделении выделяются из расчета 1 должность на 10 коек. Кроме того, организуется по одному круглосуточному врачебному посту: на 3 индивидуальные родовые койки; на 1 предродовую и родовую койки; в приемном отделении; в дистанционном консультативном центре; в выездной анестезиолого-реанимационной (акушерской) бригаде скорой медицинской помощи. В акушерском стационаре должны быть предусмотрены должности врача-офтальмолога (1 должность), врача-терапевта (из расчета 1 должность в стационаре на 100 коек и дополнительно 0,25 должности на родильный дом, имеющий 40 коек и более для госпитализации беременных с экстрагенитальными заболеваниями), врача-фтизиатра (при наличии специализированного отделения из расчета 1 должность на 50 коек для беременных, рожениц и родильниц, больных туберкулезом), а также врача-трансфузиолога, врачей ультразвуковой и функциональной диагностики, количество должностей которых рассчитывается по отдельным методикам.

В акушерских отделениях всех профилей предусмотрена должность старшей акушерки, в отделении анестезиологии-реаниматологии — старшей медицинской сестры, в операционной — старшей

операционной медицинской сестры (1 должность при наличии не менее 3 должностей операционных медицинских сестер и медицинских сестер перевязочных). Должности акушерок выделяются из расчета 1 круглосуточного поста на: 2 индивидуальные родовые койки; 1 предродовую и 1 родовую койки; 20 коек в отделении патологии беременности; 25 коек в физиологическом родовом отделении; 15 коек в обсервационном родовом отделении; в приемном отделении; в отделениях (палатах) для беременных, рожениц и родильниц, больных туберкулезом (при наличии специализированного отделения).

Кроме того, в акушерских стационарах выделяются должности процедурных медицинских сестер (1 на 25 коек), палатных медицинских сестер (1 круглосуточный пост на 2 койки в отделении реанимации и интенсивной терапии), операционных медицинских сестер (1 должность и 1 круглосуточный пост на операционную) и других средних медицинских работников (медицинских сестер для работы в перевязочной, медицинских сестер кабинета ультразвуковой диагностики, медицинских сестер-анестезистов). Число должностей младших медицинских сестер по уходу за больными должно соответствовать количеству должностей акушерок.

В отделении для новорожденных (педиатрическом стационаре) на каждые 30 коек выделяется должность заведующего. Должности заведующих отделениями также предусмотрены при наличии отделений для недоношенных новорожденных (1 должность на 15 коек) и реанимации и интенсивной терапии (1 должность на отделение). На каждую должность заведующего отделением устанавливается должность старшей медицинской сестры.

Должности врачей-неонатологов выделяются из расчета 1 должность на: 25 коек для новорожденных физиологического родового отделения; 15 коек для новорожденных обсервационного родового отделения (палат) и детей от матерей, больных туберкулезом или септическими послеродовыми заболеваниями; 10 коек для недоношенных новорожденных.

Кроме того, в целях обеспечения круглосуточной неонатальной помощи устанавливается до 5 должностей врачей-неонатологов сверх числа перечисленных.

При наличии в педиатрическом стационаре отделения патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап) в нем должны быть предусмотрены ставки врача-невролога и врача-офтальмолога, а при наличии отделения реанимации и интенсивной терапии — врачей

анестезиологов-реаниматологов [1 пост: на 3 койки в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных; в дистанционном консультативном центре; в выездной анестезиолого-реанимационной (неонатальной) бригаде скорой медицинской помощи].

Должности палатных медицинских сестер в педиатрическом стационаре устанавливаются из расчета 1 круглосуточного поста на: 15 коек новорожденных физиологического родового отделения; 10 коек новорожденных обсервационного родового отделения, но не менее 1 круглосуточного поста; 5 коек недоношенных новорожденных, не нуждающихся в реанимации; 15 коек для новорожденных от матерей, больных туберкулезом (при наличии специализированного отделения); 4 койки на посту интенсивной терапии или в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных; 10 коек «мать и дитя» (при наличии отделения).

Кроме того, в педиатрическом стационаре должны быть предусмотрены должности процедурных медицинских сестер, медицинских сестер для поддержки грудного вскармливания, для неонатального и аудиологического скрининга, для обслуживания молочной комнаты.

При наличии в стационаре отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных и недоношенных детей или только новорожденных детей в них на каждые 6 коек устанавливается круглосуточный пост младших медицинских сестер, а в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей такой пост устанавливается на каждые 10 коек.

В ***гинекологическом отделении*** родильного дома на каждые 25 коек должны быть предусмотрены ставки заведующего отделением и старшей медицинской сестры. На каждые 10 коек отделения выделяется должность врача акушера-гинеколога и организуются 1 круглосуточный пост палатных медицинских сестер и 1 пост младших медицинских сестер по уходу за больными. Для оказания экстренной гинекологической помощи в отделении предусматривается организация круглосуточного поста врачей акушеров-гинекологов. Кроме того, в гинекологических отделениях должны быть предусмотрены должности процедурных медицинских сестер (1 на 25 коек), медицинских сестер перевязочной, операционной, медицинской сестры-анестезиста.

Помимо врачебного и сестринского персонала во всех отделениях родильного дома выделяются ставки санитарок, санитарок-уборщиц, санитарок-буфетчиц, сестер-хозяек.

В штатном расписании родильного дома должны быть выделены ставки общебольничного медицинского персонала: главного врача, главной акушерки (медицинской сестры), заместителей главного врача (по медицинской части, по клинико-экспертной работе, по экономике), врачей-рентгенологов, врача-диетолога, врача-физиотерапевта и т.д.

13.5. ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР

В целях повышения эффективности и качества медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным в ряде субъектов РФ организуются ***перинатальные центры***. В последние годы эта работа активизировалась в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». Развитие сети перинатальных центров должно оказать в дальнейшем существенное влияние на преодоление негативных тенденций и стабилизацию демографической ситуации, что определено Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года.

Их число и мощность определяются с учетом региональных особенностей заболеваемости в субъектах РФ.

Основными задачами перинатального центра являются:

- оказание консультативно-диагностической, лечебной и реабилитационной помощи наиболее тяжелому контингенту беременных, рожениц, родильниц и новорожденных;
- осуществление профилактики отдаленных последствий перинатальной патологии у детей (ретинопатии недоношенных, тугоухости с детства, детского церебрального паралича и др.);
- обеспечение системы реабилитационных мероприятий и восстановительной терапии, медико-психологической и социально-правовой помощи женщинам и детям раннего возраста;
- оказание анестезиолого-реанимационной помощи, организация выездных форм помощи женщинам и детям;
- апробация и внедрение в деятельность учреждений здравоохранения современных медицинских технологий профилактики, диагностики и лечения, направленных на снижение материнской, перинатальной смертности и инвалидности с детства, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин;
- проведение организационно-методической работы по повышению профессиональной подготовки врачей и среднего меди-

цинского персонала по вопросам перинатальной помощи, организация конференций, совещаний по актуальным вопросам охраны здоровья матери и ребенка;
- осуществление статистического мониторинга и анализа материнской, перинатальной и младенческой смертности;
- организация информационного обеспечения населения и специалистов по вопросам перинатальной помощи, охраны репродуктивного здоровья и безопасного материнства.

Примерная организационная структура перинатального центра представлена на рис. 13.3.

Штатные нормативы медицинского персонала перинатальных центров установлены приказом МЗиСР РФ от 02.10.09 № 808н.

Консультативно-диагностическое отделение (поликлинику) (КДО) перинатального центра возглавляет заведующий врач акушер-гинеколог. В каждом отделении КДО выделяется ставка заведующего (в отделении функциональной диагностики вместо 0,5 ставки врача) и старшей акушерки или старшей медицинской сестры.

В ***женской консультации КДО***, как и в обычной женской консультации, предусмотрена 1 должность врача акушера-гинеколога на 2200 женщин фертильного возраста, однако должность врача-терапевта выделяется не на 40 тыс. взрослого населения, проживающего на обслуживаемой территории, а на 30 тыс.

В ***отделении функциональной диагностики КДО*** расчет штатных должностей врачей (ультразвуковой диагностики, функциональной диагностики) осуществляется на основании норм времени на соответствующее исследование.

В ***отделении охраны репродуктивного здоровья*** может быть предусмотрено до 7 должностей врачей акушеров-гинекологов специализированного приема (из расчета 1 должность при обслуживании до 1 млн жителей): по невынашиванию беременности, бесплодию, патологии шейки матки, оказанию медицинской помощи детям, по выявлению заболеваний молочных желез. Кроме того, в отделении может быть выделено до 2 должностей врача-уролога, врача-сексопатолога, врача-психотерапевта.

В ***отделении вспомогательных репродуктивных технологий*** должности врачей акушеров-гинекологов для проведения экстракорпорального оплодотворения рассчитываются в зависимости от объема работы. Также в этом отделении должны быть предусмотрены ставки врача анестезиолога-реаниматолога и эмбриолога.



Рис. 13.3. Примерная организационная структура перинатального центра

В КДО на каждую должность врача акушера-гинеколога выделяется ставка акушерки, а на каждую должность врача-специалиста, ведущего консультативный прием, — должность медицинской сестры. Должностями среднего и младшего медицинского персонала обеспечиваются практически все структурные подразделения КДО.

Штаты ***акушерского*** и ***педиатрического стационаров***, а также ***гинекологического отделения*** перинатального центра несущественно отличаются от штатов соответствующих подразделений обычного родильного дома.

13.6. СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ

С учетом высокой ресурсоемкости стационарной помощи важное значение приобретают ***стационарзамещающие технологии (СЗТ)***, позволяющие существенно экономить имеющиеся ресурсы без снижения качества медицинской помощи. К таким организационным формам относятся:

- стационары дневного пребывания в АПУ;
- стационары дневного (ночного) пребывания в больничных учреждениях;
- стационары на дому.

Основными задачами по внедрению СЗТ являются:

- проведение комплексного лечения в объемах, оказываемых в стационарных условиях тем больным, которые по некоторым социально-бытовым причинам не могут быть госпитализированы;
- эффективное использование коечного фонда круглосуточных стационаров больниц для лечения прежде всего тяжелобольных;
- долечивание и социальная адаптация отдельных контингентов пациентов после лечения в круглосуточном стационаре;
- проведение в амбулаторных условиях отдельных сложных диагностических исследований, требующих специальной подготовки и последующего наблюдения медицинским персоналом;
- расширение объема и перечня хирургических вмешательств, подлежащих выполнению в амбулаторных условиях;
- сокращение сроков временной нетрудоспособности пациентов по поводу отдельных заболеваний.

Стационары дневного пребывания в АПУ организуются для обследования и лечения больных с острыми и обострениями хронических заболеваний, патологией беременности, не требующих круглосуточного стационарного режима, а также для реабилитации больных после

стационарного лечения. Опыт организации стационаров дневного пребывания в АПУ городов Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург показал их наибольшую эффективность при лечении следующих заболеваний: гипертонической болезни I–II степени, ишемической болезни сердца со стенокардией без нарушения ритма, обострении хронического бронхита, бронхиальной астмы (без гормональной зависимости), радикулитов, болевых синдромов на почве остеохондроза, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки (неосложненной), хронического гастрита, облитерирующего атеросклероза нижних конечностей, беременных, страдающих экстрагенитальными заболеваниями и др.

Отбор и направление больных на обследование и лечение в стационар дневного пребывания в АПУ проводится участковыми врачами-терапевтами, педиатрами и другими специалистами. При ухудшении течения заболевания больной, находящийся в стационаре дневного пребывания, должен быть незамедлительно переведен в соответствующее специализированное отделение больницы.

Мощность стационаров дневного пребывания и необходимая численность должностей медицинского персонала определяются индивидуально в каждом конкретном случае руководителем АПУ по согласованию с руководителем органа управления здравоохранением.

Расходы на приобретение медикаментов и перевязочных средств устанавливаются в соответствии с действующими в данном АПУ расчетными нормативами.

Стационар дневного пребывания пользуется в своей работе лечебно-диагностическими службами, имеющимися в поликлинике, в составе которой он организован.

Питание больных в стационарах дневного пребывания в АПУ организуется применительно к местным условиям и за счет самого больного.

Стационары дневного (ночного) пребывания в больничных учреждениях предназначены для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий у больных, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения. При этом используются современные медицинские технологии, соответствующие стандартам и протоколам ведения больных в дневное и ночное время.

На практике наибольшее распространение получили стационары дневного пребывания терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического, неврологического, дерматологического профиля

(*рис. 13.4*). *Стационары ночного пребывания организуются в больницах психиатрического профиля и имеют свои специфические особенности.*

Стационар дневного пребывания является структурным подразделением больницы и пользуется всеми имеющимися лечебно-диагностическими и консультативными службами.

Лечебно-диагностическая помощь в стационарах дневного пребывания проводится в следующем объеме:

- внутримышечные, подкожные, внутривенные инъекции и капельные инфузии лекарственных средств;
- проведение отдельных лабораторно-диагностических исследований;
- долечивание больных, выписанных из стационара в более ранние сроки, для завершения лечения в условиях активного режима;
- послеоперационное медицинское наблюдение за больными, оперированными в условиях стационара по поводу несложных хирургических вмешательств (удаление доброкачественных опухолей, вросшего ногтя, флегмон, панарициев и др.).

Дневной стационар может использоваться для проведения сложных диагностических исследований на базе профильных специализированных отделений круглосуточного стационара.

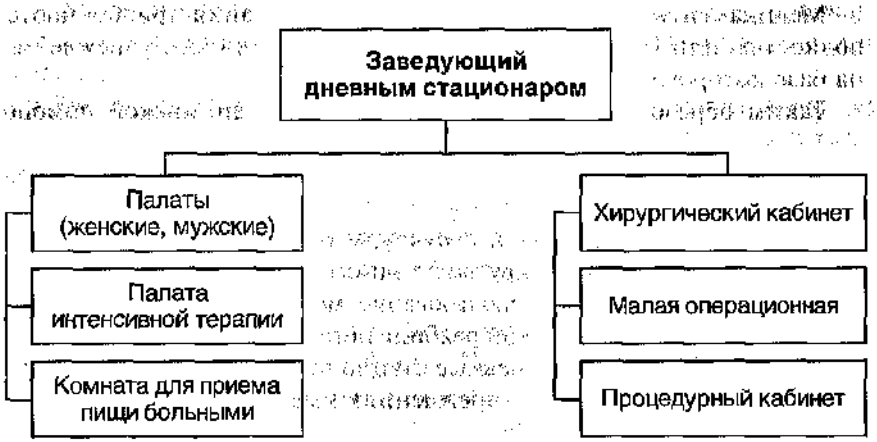


Рис. 13.4. Примерная организационная структура стационара дневного пребывания хирургического профиля

Коечная мощность стационара дневного пребывания определяется руководителем медицинского учреждения (в составе которого он организован), исходя из реальной потребности населения, по согласованию с уполномоченным органом здравоохранения. Режим работы стационара дневного пребывания определяется руководителем медицинского учреждения, на базе которого он расположен.

Штатные должности врачей, среднего и младшего медицинского персонала стационаров дневного пребывания устанавливаются главным врачом больничного учреждения, на базе которого они созданы, с учетом его мощности, профиля и режима работы. Если в штате дневного стационара нет врачей узких специальностей, то больные должны своевременно и в полном объеме обеспечиваться консультациями врачей узких специальностей круглосуточного стационара.

Финансовое обеспечение стационара дневного пребывания осуществляется из основных и дополнительных источников финансирования больницы и предусматривается в ее смете. Койки стационара дневного пребывания в больнице включаются в число сметных коек для круглосуточного пребывания больных.

Лечебное питание больных в дневном стационаре организуют исходя из реальной потребности. Обычно, если стационар входит в структуру больничного учреждения, пациенты пользуются двухразовым питанием по действующим нормативам стационара.

Медикаменты в стационаре дневного пребывания приобретаются полностью или частично за счет бюджета больничного учреждения, на базе которого он создан.

Таким образом, особенностями оказания медицинской помощи в условиях стационара дневного пребывания являются:

- максимально гибкий график работы в соответствии с пожеланиями пациентов;
- приближение объема и структуры оказываемой медицинской помощи к условиям круглосуточного стационара;
- преимущественное использование методов восстановительного лечения и медицинской реабилитации больных.

Следует отметить, что дневные стационары в больничных и амбулаторно-поликлинических учреждениях имеют некоторые отличия. В условиях дневных стационаров на базе больниц, как правило, возможно проведение более сложных лабораторно-диагностических обследований, проще организовать питание. Преимуществом днев-

ных стационаров на базе АПУ является возможность использования широкого комплекса восстановительного лечения.

Стационары на дому организуют в случаях, когда состояние больного и домашние (социальные, материальные) условия позводяют организовать медицинскую помощь и уход на дому.

Целью организации стационаров на дому являются лечение острых форм заболеваний (не требующих интенсивного стационарного наблюдения), долечивание и реабилитация хронически больных, медико-социальная помощь престарелым, наблюдение и лечение в домашних условиях лиц, перенесших несложные оперативные вмешательства, и др.

Стационары на дому могут быть организованы в составе поликлиник, поликлинических отделений больниц, диспансеров. Хорошо зарекомендовали себя стационары на дому в педиатрии и гериатрии.

Организация стационаров на дому предполагает ежедневное наблюдение больного врачом, проведение лабораторно-диагностических обследований, медикаментозной терапии (внутривенные, внутримышечные инъекции), различных процедур (банки, горчичники и др.) При необходимости в комплекс лечения больных включаются также физиотерапевтические процедуры, массаж, ЛФК и др. Более сложные диагностические обследования (фонокардиограмма, эхокардиограмма, рентгеноскопия и др.) производятся при наличии клинических показаний в поликлинике, куда больные доставляются санитарным транспортом. При необходимости больным в стационаре на дому оказывается консультативная помощь врачами узких специальностей.

Руководство стационаром на дому осуществляется заведующим соответствующим отделением, который в своей деятельности подчиняется главному врачу больницы и его заместителю по поликлинике. Отбор больных на лечение в стационаре на дому проводится заведующим отделением совместно с врачом стационара на дому по представлению участковых врачей или врачей других специальностей.

Стационары на дому могут быть организованы в централизованной и децентрализованной форме. Централизованная форма работы предусматривает выделение отдельного врача-терапевта и 1–2 медсестер. При этом нужно отметить, что медсестрой стационара на дому проводятся забор биологических материалов для анализов, процедуры и инъекции 1–2 раза в день. Дополнительные инъекции боль-

ным в стационаре на дому осуществляются участковой медсестрой поликлиники. При такой форме в стационаре на дому обслуживается в день 12–14 больных. При централизованной форме организации стационара на дому обеспечивается транспортом.

Наиболее целесообразной является организация работы стационара на дому в децентрализованной форме с участием участкового врача и участковой медсестры поликлиники. При этом в помощь участковым медсестрам выделяются 1–2 выездные процедурные медсестры для проведения больным в стационарах на дому процедур: инъекций, забора биологических сред для анализов. Участковыми врачом и медсестрой обслуживаются сразу 2–3 больных на близлежащих участках. Участок обслуживания выездной процедурной медсестры может включать до 20 тыс. населения, для чего она обеспечивается автотранспортом.

Таким образом, организация стационаров на дому максимально учитывает специфику обслуживаемых пациентов (дети, лица пожилого возраста, хронические больные). Кроме достижения конкретного медицинского и экономического эффекта лечение в стационарах на дому имеет важное социально-психологическое значение, так как позволяет осуществлять медицинскую помощь в привычных условиях семьи и не связано с нарушением микросоциальной среды больного. Это лечение по показателям медицинской и социальной эффективности в ряде случаев не уступает лечению в стационаре круглосуточного пребывания, но в то же время в 3–5 раз дешевле.

13.7. СТАТИСТИКА БОЛЬНИЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Основными формами первичной учетной медицинской документации больничных учреждений являются:

- Медицинская карта стационарного больного (ф. 003/у);
- Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении (ф. 007/у-02);
- Сводная ведомость движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек стационара круглосуточного пребывания, дневного пребывания при больничном учреждении (ф. 016/у-02);

– Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому (ф. 066/у-02).

На основе этих и других учетных первичных медицинских документов разрабатывают и анализируют показатели медицинской деятельности стационара, которые объединяют в следующие группы:

1) удовлетворенность населения стационарной помощью;
2) использование коечного фонда;
3) нагрузка персонала;
4) качество стационарной помощи:
5) преемственность в работе амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений.

Показатели удовлетворенности населения стационарной помощью используют для оценки доступности населению больничной помощи, выработки предложений по оптимизации структуры и мощности сети больничных учреждений, расчета необходимых для них финансовых, материально-технических, кадровых и других ресурсов. К этой группе относят следующие показатели:

– обеспеченность населения больничными койками;
– структуру коечного фонда;
– частоту (уровень) госпитализации;
– обеспеченность населения стационарной помощью.

Показатель обеспеченности населения больничными койками является наиболее общим для оценки удовлетворенности населения стационарной помощью. Показатель рассчитывают по формуле (в ‰):

$$\text{Обеспеченность населения больничными койками} = \frac{\text{Число больничных коек}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 10\,000.$$

В результате внедрения новых стационарзамещающих технологий (дневные стационары на базе АПУ, дневные стационары на базе больничных учреждений, стационары на дому) этот показатель за период 1995–2009 гг. снизился с 118,2 до 90,1 на 10 тыс. населения, что позволило повысить эффективность использования ресурсов здравоохранения, не снижая качества медицинской помощи.

Наряду с интенсивным показателем обеспеченности больничными койками для углубленного анализа удовлетворенности населения стационарной помощью рассчитывают экстенсивный **показатель структуры коечного фонда** по формуле (в %):

$$\text{Структура коечного фонда} = \frac{\text{Число коек терапевтического (хирургического, гинекологического и др.) профиля}}{\text{Общее число больничных коек}} \times 100.$$

Структура коечного фонда системы здравоохранения РФ по основным профилям представлена на рис. 13.5.

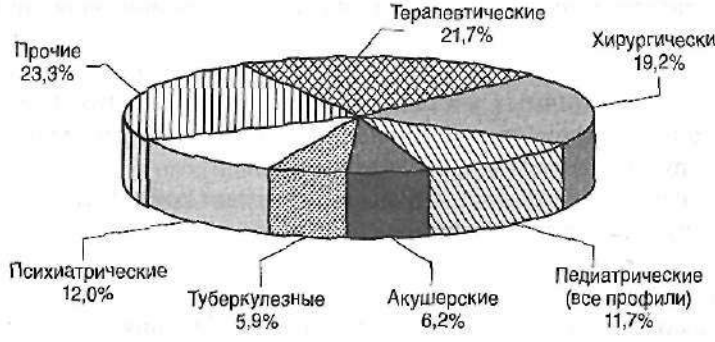


Рис. 13.5. Структура коечного фонда (по основным профилям) в Российской Федерации (2009 г.)

Показатель частоты (уровня) госпитализации используют для анализа удовлетворенности населения в госпитализации и расчета нормативов потребности в стационарной помощи. Показатель рассчитывают по формуле (в %):

$$\text{Частота (уровень) госпитализации*} = \frac{\text{Число поступивших в стационар за отчетный период}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100.$$

* Показатель рассчитывается по отдельным нозологическим формам и возрастно-половым группам больных.

Этот показатель в 2009 г. в Российской Федерации составил 22,5%. С учетом приоритета развития амбулаторно-поликлинической помощи, а также внедрения новых стационарзамещающих технологий уровень госпитализации населения в перспективе должен снижаться.

Показатель обеспеченности населения стационарной помощью используют для анализа выполнения муниципальных заданий в рамках территориальных программ госгарантий и рассчитывают по формуле (в ‰):

$$\text{Обеспеченность населения стационарной помощью} = \frac{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационарах в течение года}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

Сравнение фактического показателя с нормативным позволяет оценить степень удовлетворения потребности населения в госпитальной помощи.

Очевидно, что, приводя показатель обеспеченности населения больничными койками в соответствии с реальной потребностью в них, оптимизируя структуру коечного фонда, выполняя муниципальные задания территориальных программ госгарантий по обеспечению населения стационарной помощью, можно реально влиять на повышение экономической эффективности больничных учреждений.

Показатели использования коечного фонда характеризуют эффективность работы больничных коек. К ним относятся:

- среднее число дней занятости койки в году (функция больничной койки, работа койки);
- средняя длительность пребывания больного на койке;
- оборот койки;
- среднее время простоя койки.

Показатель среднего числа дней занятости койки в году (функция больничной койки, работа койки) характеризует эффективность использования финансовых, материально-технических, кадровых и других ресурсов больничных учреждений. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\textbf{Среднее число дней занятости койки в году} = \frac{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационаре, в течение года}}{\text{Среднегодовое число коек (фактически развернутых + свернутых на ремонт)}}.$$

Рекомендуемые показатели по отдельным профилям коек представлены в табл. 13.1:

Таблица 13.1. Рекомендуемые показатели среднего числа дней занятости койки в году и средней длительности пребывания больного на койке

Отделение (профиль коек)	Среднее число дней занятости койки в году	Средняя длительность пребывания больного на койке
Терапевтическое	330–340	13,7
Хирургическое	330–340	9,9
Акушерское	300–310	8,6
Неврологическое	330–340	15,3
Педиатрическое	330–340	10,9
Инфекционное	320–330	9,4
Офтальмологическое	330–340	9,9
Отоларингологическое	330–340	8,8
Дерматологическое	330–340	16,2
Венерологическое	330–340	15,3
Туберкулезное	330–340	80,0

Показатель средней длительности пребывания больного на койке является отношением числа койко-дней, проведенных больными в стационаре, к числу пролеченных больных. Для корректности исчисления этого показателя число пролеченных больных рассчитывают как полусумму поступивших, выписанных и умерших пациентов:

$$\textbf{Средняя длительность пребывания больного на койке} = \frac{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационаре}}{1/2\ (\text{поступивших} + \text{выписанных} + \text{умерших})\ \text{больных}}.$$



Рис. 13.6. Динамика показателей использования коечного фонда в больничных учреждениях Российской Федерации (1998–2009 гг.)

Рекомендуемые показатели средней длительности пребывания больного на койке представлены в табл. 13.1, динамика показателей использования коечного фонда в Российской Федерации — на рис. 13.6.

Показатель оборота койки дает представление о среднем числе больных, прошедших лечение в течение года на одной койке и рассчитывается по формуле:

$$\text{Оборот койки} = \frac{\text{Число пролеченных больных}}{\text{Среднегодовое число коек (фактически развернутых + свернутых на ремонт)}}.$$

Среднее время простоя койки (простой койки на один оборот) показывает среднее число дней простоя койки от момента выписки предыдущего больного до момента поступления следующего больного и рассчитывается по формуле:

$$\text{Среднее время простоя койки} = \frac{\text{365 (число дней в году)} - \text{Среднее число дней занятости койки в году}}{\text{Оборот койки}}.$$

Показатели нагрузки персонала. Оптимизация структуры и мощности больничных учреждений, внедрение современных технологий диагностики и лечения больных в стационарах, разработка системы дифференцированной оплаты труда должны сопровождаться разработкой и анализом показателей нагрузки персонала, работающего в больницах. К таким показателям относятся:

- среднее число коек на 1 должность врача (среднего медицинского персонала);
- среднее число койко-дней на 1 должность врача (среднего медицинского персонала).

Показатель среднего числа коек на 1 должность врача (среднего медицинского персонала) рассчитывают по формуле:

$$\text{Среднее число коек на 1 должность врача (среднего медицинского персонала)} = \frac{\text{Среднегодовое число коек}}{\text{Общее число занятых врачебных должностей (среднего медицинского персонала) в стационаре}}.$$

Например, для отделений кардиологического, травматологического профиля рекомендуемый показатель составляет 10–12 коек на 1 должность врача или 15 коек на 1 пост медицинских сестер, для отделения туберкулезно-легочного профиля — соответственно, 30 и 25 коек. Рекомендуемые значения показателя среднего числа коек на одну должность врача (среднего медицинского персонала) для основных профилей стационарных отделений представлены в табл. 13.2.

Таблица 13.2. Рекомендуемые показатели нагрузки на 1 должность врача (среднего медицинского работника) в многопрофильной больнице

Профиль стационарного отделения	Число коек на 1 должность врача	Число коек на 1 пост медицинских сестер
Кардиология	10–12	15
Ревматология	10–12	15
Гастроэнтерология	10–12	15
Пульмонология	10–12	15
Эндокринология	10–12	15
Нефрология	10–12	15
Гематология	10	10

Окончание табл. 13.2

Профиль стационарного отделения	Число коек на 1 должность врача	Число коек на 1 пост медицинских сестер
Аллергология	10–12	15
Сосудистая хирургия	10–12	15
Травматология	10–12	15
Ортопедия	10–12	15
Ожоговая травма	10–12	15
Урология	10–12	15
Нейрохирургия	10–12	15
Челюстно-лицевая хирургия	10–12	15
Торакальная хирургия	10–12	15
Онкология	10–12	15
Проктология	10–12	15
Общая хирургия	10–12	15
Патология беременности	10–12	15
Гинекология	10–12	15
Отоларингология	10–12	15
Офтальмология	10–12	15
Неврология	10–12	20
Педиатрия	10–12	15
Инфекционное	20	10
Акушерское	15	10
Кожно-венерологическое	30	25
Туберкулезно-легочное	30	20

Показатель среднего числа койко-дней на 1 должность врача (среднего медицинского персонала) рассчитывают по формуле:

$$\text{Среднее число койко-дней на 1 должность врача (среднего медицинского персонала)} = \frac{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационаре за год}}{\text{Общее число занятых врачебных должностей (среднего медицинского персонала) в стационаре}}.$$

Рекомендуемые показатели, например, для нейрохирургического и акушерско-гинекологического отделений составляют соответственно 1477 и 2052 койко-дней на 1 занятую должность врача.

Эти показатели необходимо рассматривать комплексно, во взаимосвязи с показателями использования коечного фонда.

Показатели качества стационарной помощи — группа показателей, анализ которых дает возможность оценить соответствие оказанной стационарной медицинской помощи действующим медико-экономическим стандартам (протоколам ведения больных). Эти показатели используют для проведения как ведомственной, так и вневедомственной экспертизы качества стационарной медицинской помощи. Ведомственную экспертизу проводят врачи-эксперты органов управления здравоохранением субъекта РФ, государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. Вневедомственную экспертизу осуществляют врачи-эксперты страховых медицинских организаций, территориальных фондов ОМС, управлений Росздравнадзора.

К показателям, характеризующим качество стационарной помощи, относятся:

- частота расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов;
- показатели летальности в стационаре.

Показатель частоты расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов имеет важнейшее значение для оценки качества лечебно-диагностической помощи и рассчитывается по формуле:

$$\text{Частота расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов} = \frac{\text{Число клинических диагнозов, не подтвержденных при патологоанатомических вскрытиях}}{\text{Общее число патологоанатомических вскрытий}} \times 100.$$

В Российской Федерации средний показатель колеблется в пределах 0,5–1,5%.

Показатели летальности в стационаре позволяют комплексно оценить уровень организации лечебно-диагностической помощи в стационаре, использование современных медицинских технологий. К ним относятся:

- больничная летальность;
- досуточная летальность;
- послеоперационная летальность.

Показатель больничной летальности рассчитывают по формуле:

$$\textbf{Больничная летальность}^{*} = \frac{\text{Число умерших в стационаре}}{\text{Число выбывших (выписанных + умерших) из стационара больных}} \times 100.$$

* Показатель рассчитывается по отдельным нозологическим формам и возрастно-половым группам больных.

Динамика этого показателя с 2000 по 2009 г. представлена на рис. 13.7.

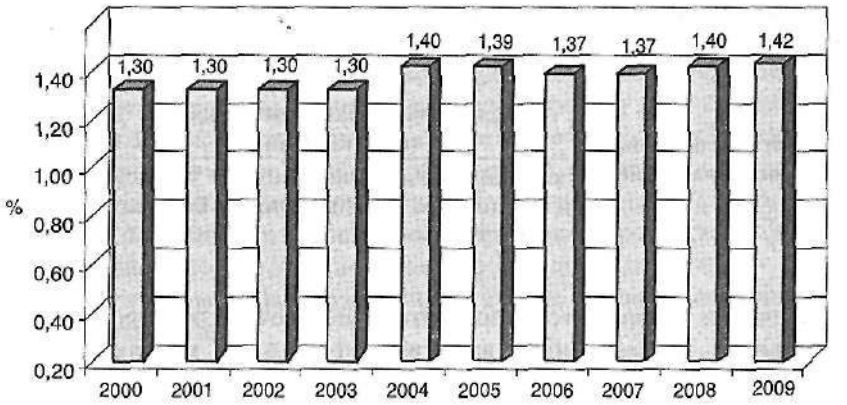


Рис. 13.7. Динамика показателя больничной летальности в Российской Федерации (2000–2009 гг.)

Для углубленного анализа качества стационарной медицинской помощи на отдельных этапах ее оказания рассчитывают специальные показатели летальности по формулам:

$$\textbf{Досуточная летальность} = \frac{\text{Число умерших в первые 24 ч пребывания в стационаре}}{\text{Общее число поступивших больных в стационар}} \times 100.$$

$$\textbf{Послеоперационная летальность} = \frac{\text{Число умерших после оперативных вмешательств}}{\text{Общее число прооперированных больных}} \times 100.$$

В 2009 г. эти показатели в учреждениях здравоохранения Новгородской области составили соответственно 0,2 и 1,13%.

Показатели преемственности в работе амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений служат индикатором взаимодействия амбулаторно-поликлинических учреждений, скорой медицинской помощи, приемного покоя и стационарных отделений больниц, а также дают возможность косвенно оценить уровень организации диспансерного наблюдения за больными на догоспитальном этапе. К этим показателям относятся:

– частота отказов в госпитализации;

– своевременность госпитализации.

Показатель частоты отказов в госпитализации рассчитывают по формуле:

$$\text{Частота отказов в госпитализации} = \frac{\text{Число больных, которым отказано в госпитализации}}{\text{Число выбывших (выписанных + умерших) из стационара больных + число больных, которым отказано в госпитализации}} \times 100.$$

Расчет и анализ этого показателя целесообразно проводить по отдельным заболеваниям, времени суток, дням недели, месяцам года. В оптимальном режиме взаимодействия амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений этот показатель должен приближаться к 0%.

Показатель своевременности госпитализации имеет наибольшую значимость для анализа госпитализации больных, страдающих ургентными заболеваниями (острое нарушение мозгового кровообращения, желудочно-кишечное кровотечение, травмы головного мозга и др.). Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Своевременность госпитализации} = \frac{\text{Число больных, поступивших в сроки, установленные протоколами (стандартами) ведения больных}}{\text{Общее число выбывших (выписанных + умерших) из стационара больных}} \times 100.$$

Оптимальный показатель устанавливается исходя из сроков госпитализации, определенных протоколами (стандартами) ведения больных.

13.7.1. Особенности статистического анализа деятельности родильных домов

Помимо общих для всех больничных учреждений, формами первичной учетной медицинской документации, которые ведутся в родильных домах, являются:

- Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц (ф. 002/у);
- Медицинская карта прерывания беременности (ф. 003-1/у);
- История родов (ф. 096/у);
- История развития новорожденного (ф. 097/у);
- Медицинское свидетельство о рождении (ф. 103/у-98);
- Медицинское свидетельство о перинатальной смерти (ф. 106-2/у-98) и др.

Для анализа деятельности родильных домов используют показатели, приведенные ранее и характеризующие работу всех больничных учреждений (показатели использования коечного фонда, качества стационарной помощи и др.). В то же время с учетом особенностей работы родильных домов применяют целый ряд специальных статистических показателей, характеризующих течение родов и послеродового периода и состояние здоровья новорожденных.

К показателям, характеризующим течение родов и послеродового периода, относятся:

- охват стационарным родовспоможением;
- частота внебольничных родов;
- удельный вес физиологических родов;
- частота применения кесарева сечения в родах;
- частота оперативных пособий при родах;
- частота осложнений в родах;
- частота применения обезболивания при родах;
- частота осложнений в послеродовом периоде.

К показателям, характеризующим состояние здоровья новорожденных, относятся:

- коэффициент перинатальной смертности[1];
- коэффициент мертворождаемости[2];
- частота недоношенности;
- заболеваемость новорожденных[3];

[1] Расчет и анализ показателя представлены в разделе 2.3.3.
[2] Расчет и анализ показателя представлены в разделе 2.3.3.
[3] Расчет и анализ показателей представлены в главах 3 и 12.

– охват новорожденных противотуберкулезными прививками;
– охват новорожденных неонатальным скринингом.

Показатели, характеризующие течение родов и послеродового периода. Одной из характеристик уровня организации работы родильного дома является **показатель охвата стационарным родовспоможением**, который рассчитывают по формуле:

$$\text{Охват стационарным родовспоможением} = \frac{\text{Число родов, принятых в стационаре}}{\text{Общее число родов (число родов, принятых в стационаре + поступивших родивших вне родильного учреждения)}} \times 100.$$

Только стационарные условия позволяют оказывать квалифицированную медицинскую помощь как женщине, так и ребенку, особенно в случаях возникновения каких-либо осложнений при родах. С учетом этого показатель охвата стационарным родовспоможением должен стремиться к 100%.

Показатель охвата стационарным родовспоможением целесообразно оценивать в комплексе с **показателем частоты внебольничных родов**, который рассчитывают по формуле:

$$\text{Частота внебольничных родов} = \frac{\text{Число родов, произошедших вне стационара}}{\text{Общее число родов (число родов, принятых в стационаре, + поступивших родивших вне родильного учреждения + родивших на дому без последующей госпитализации)}} \times 100.$$

Показатель удельного веса физиологических родов характеризует социально-экономические условия, образ жизни, состояние здоровья женщин, уровень диспансерного наблюдения беременных и рассчитывается по формуле:

$$\text{Удельный вес физиологических родов} = \frac{\text{Число физиологических родов}}{\text{Общее число родов (число родов, принятых в стационаре + поступивших родивших вне родильного учреждения)}} \times 100.$$

Этот показатель в 2009 г. в Российской Федерации составил 37,5%. При этом наблюдаются существенные региональные различия по отдельным субъектам РФ — от 17 до 70%. Соответственно, доля патологических родов в среднем по Российской Федерации составляет 60%. Показатели частоты физиологических и патологических родов свидетельствуют о состоянии здоровья беременных, качестве оказываемой им акушерской помощи, а также уровне квалификации медицинского персонала, участвующего в ведении родов.

Показатель частоты применения кесарева сечения в родах рассчитывают по формуле (в ‰):

$$\text{Частота применения кесарева сечения в родах} = \frac{\text{Число родов, завершенных операцией кесарева сечения}}{\text{Общее число родов в стационаре}} \times 1000.$$

Рост показателя до определенного предела (170–180‰) имеет положительное прогностическое значение для снижения перинатальной смертности, но превышение его увеличивает риск материнской смертности. В 2008 г. в Российской Федерации он составил 199,9‰. Для снижения этого показателя до оптимальных значений необходимо шире использовать современные перинатальные технологии подготовки и ведения родов.

Показатели частоты оперативных пособий при родах характеризуют качественную сторону деятельности акушерско-гинекологической службы и рассчитывают по формуле (в ‰):

$$\text{Частота оперативных пособий при родах*} = \frac{\text{Число оперативных пособий при родах (наложение щипцов, применение вакуум-экстрактора, ручного отделения последа и др.)}}{\text{Общее число родов в стационаре}} \times 1000.$$

* Показатель рассчитывается по отдельным видам оперативных пособий при родах.

В 2009 г. в Российской Федерации показатели частоты наложения щипцов при родах, применения вакуум-экстрактора составили соответственно 1,23 и 3,53 на 1000 родов. Однако с расширением практи-

ки обезболивания родов показатели объективно могут увеличиться. Оперативные пособия при родах имеют определенные показания со стороны как матери, так и плода. Поэтому определяющими при выборе тех или иных оперативных пособий при родах являются состояние здоровья беременной, своевременность и точность диагностики.

Показатель частоты осложнений в родах характеризует особенности течения беременности, размеры плода, уровень квалификации акушеров-гинекологов (акушерок) и др. Показатель рассчитывают по формуле (в ‰):

$$\textbf{Частота осложнений в родах*} = \frac{\text{Число родильниц, имевших осложнения в родах (разрывы промежности, кровотечение, нарушения родовой деятельности, сепсис и др.)}}{\text{Число женщин, родивших в стационаре} + \text{Число женщин, родивших вне стационара}} \times 1000.$$

* Показатель рассчитывается по отдельным видам осложнений.

Этот показатель в Российской Федерации в 2009 г. при разрывах промежности составил 0,16‰, при сепсисе — 1,1‰, при нарушениях роловой деятельности — 116,5‰.

В соответствии с законодательством РФ пациенты при получении медицинской помощи имеют право на облегчение боли, связанной с заболеванием и/или медицинским вмешательством, доступными способами и средствами. Роды часто сопровождаются болезненными ощущениями, поэтому с согласия женщины можно применять полное или частичное обезболивание родов. Для обезболивания используют различные методы, при этом учитывают цель обезболивания, выраженность боли, состояние роженицы, плода, этапа родов и др.

Для анализа частоты применения аналгезии используют специальный **показатель частоты применения обезболивания при родах**, который рассчитывают по формуле:

$$\textbf{Частота применения обезболивания при родах} = \frac{\text{Число родов с применением обезболивания}}{\text{Общее число родов в стационаре}} \times 1000.$$

Целесообразно анализировать не только частоту применения обезболивания в целом, но и структуру видов обезболивания, применяемых при родах.

Показатель частоты осложнений в послеродовом периоде характеризует состояние здоровья женщин, особенности течения родов, санитарно-эпидемиологическое состояние родильных домов и др. Показатель рассчитывают по формуле (в ‰):

$$\text{Частота осложнений в послеродовом периоде}^{*} = \frac{\text{Число родильниц, имевших осложнения в послеродовом периоде (кровотечение, эндометрит, расхождения швов промежности и др.)}}{\text{Общее число родов в стационаре}} \times 1000.$$

* Показатель рассчитывается по отдельным видам осложнений.

С целью разработки конкретных мер по снижению числа осложнений в послеродовом периоде целесообразно анализировать частоту осложнений по отдельным видам. Этот показатель в Российской Федерации в 2009 г. составил, например, при кровотечении 12,9 на 1000 родов.

Показатели, характеризующие состояние здоровья новорожденных. Методика расчета и анализа показателей перинатальной смертности, мертворождаемости, заболеваемости новорожденных (общей и по отдельным нозологическим формам) рассматривались в предыдущих главах.

Помимо перечисленных выше, к показателям, характеризующим состояние здоровья новорожденных, относится **показатель частоты недоношенности**. Недоношенностью считается рождение ребенка до окончания полного срока беременности, при этом ребенок имеет определенные клиническое признаки недоношенности. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Частота недоношенности} = \frac{\text{Число детей, родившихся недоношенными}}{\text{Общее число детей, родившихся живыми}} \times 1000.$$

В последние годы отмечают рост числа рождений недоношенных, что оказывает отрицательное воздействие на физическое здоровье детей

в последующие периоды их жизни, способствует увеличению заболеваемости, смертности, ведет к росту инвалидности. В настоящее время показатель частоты недоношенности колеблется в пределах 5–10%.

Среди показателей, позволяющих оценить деятельность родильного дома, немаловажное значение имеют те, которые характеризуют профилактическую работу учреждения. К ним относят показатель охвата новорожденных противотуберкулезными прививками и показатель охвата новорожденных неонатальным скринингом.

Показатель охвата новорожденных противотуберкулезными прививками рассчитывают по формуле:

$$\text{Охват новорожденных противотуберкулезными прививками} = \frac{\text{Число сделанных противотуберкулезных прививок новорожденным}}{\text{Общее число детей родившихся живыми}} \times 100.$$

Показатель охвата новорожденных противотуберкулезными прививками должен стремиться к 100%.

Согласно Национальному календарю профилактических прививок, всем новорожденным должны быть сделаны противотуберкулезные прививки. Однако есть определенные противопоказания, которыми нельзя пренебрегать, поэтому показатель ниже 100% не обязательно свидетельствует о плохо поставленной прививочной работе в родильном доме.

В настоящее время в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения (родильных домах) с целью раннего выявления наследственных заболеваний, их своевременного лечения, профилактики инвалидности и развития тяжелых клинических проявлений, а также снижения летальности от наследственных заболеваний предусмотрено проведение массовых обследований новорожденных (неонатальный скрининг). Для анализа этой работы рассчитывают **показатель охвата новорожденных неонатальным скринингом** по формуле:

$$\text{Охват новорожденных неонатальным скринингом} = \frac{\text{Число проведенных обследований новорожденных}}{\text{Общее число детей родившихся живыми}} \times 100.$$

Этот показатель должен приближаться к 100%.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что входит в задачи городской больницы для взрослых?
2. Приведите примерную организационную структуру городской больницы для взрослых.
3. Какие задачи стоят перед заведующим отделением стационара, ординатором отделения?
4. Какие две системы организации ухода за больными выделяют в стационаре?
5. Что такое лечебно-охранительный режим? Перечислите основные его элементы.
6. В чем отличие городской больницы для детей от больницы для взрослых?
7. Какие основные задачи стоят перед родильным домом? Приведите примерную его организационную структуру.
8. Как организованы прием и выписка женщин в родильном доме?
9. Как осуществляются наблюдение и выписка новорожденных в родильном доме?
10. В чем преимущества совместного пребывания матери и ребенка и каковы противопоказания?
11. Каковы основные задачи и примерная структура перинатального центра?
12. Что относится к стационарзамещающим технологиям?
13. Приведите примерную организационную структуру дневного стационара хирургического профиля.
14. В каких двух формах организуются стационары на дому?
15. В чем заключается медицинская и социальная эффективность дневных стационаров?
16. Какие основные формы первичной учетной медицинской документации используются в больничных учреждениях?
17. По каким статистическим показателям проводится анализ больничных учреждений? Приведите формулы их расчета и рекомендуемые значения.
18. В чем особенность статистического анализа родильных домов? По каким статистическим показателям проводится анализ родильных домов? Приведите формулы их расчета и рекомендуемые значения.

Глава 14

Организация специализированной медицинской помощи

14.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Специализированная медицинская помощь занимает особое место в системе здравоохранения РФ. Это связано прежде всего с тем, что она оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения, использования сложных медицинских технологий и, таким образом, привлечения большого объема материальных, финансовых ресурсов и высококвалифицированных специалистов.

Специализированная медицинская помощь организуется как в амбулаторно-поликлинических, так и в больничных учреждениях.

В АПУ помимо врача общей практики (семейного врача), участковых врачей-терапевтов (педиатров), могут работать врачи-специалисты (аллерголог-иммунолог, отоларинголог, травматолог-ортопед, эндокринолог, хирург, окулист, невропатолог, уролог и др.). В целях повышения эффективности работы врачей-специалистов для населения нескольких административных округов (районов) или города в целом на базе той или иной поликлиники организуются приемы специалистов соответствующего профиля. Иногда на базе таких поликлиник образуются специализированные кабинеты, центры или пункты, например городской кабинет по лечению косоглазия, круглосуточный травматологический пункт и др.

В настоящее время в крупных городах для оказания специализированных видов амбулаторно-поликлинической помощи создают ***консультативно-диагностические центры***, которые оснащают современным диагностическим оборудованием для проведения иммунологических, генетических, цитологических, радиоизотопных, лучевых и других уникальных методов исследования.

Важную роль в оказании специализированной стационарной помощи играют ***консультативно-диагностические отделения*** в структуре мощных многопрофильных больниц. Открытие таких отделений позволяет расширить объем специализированной медицинской

помощи, сделать уникальные возможности отдельных стационаров более доступными населению, эффективнее использовать дорогостоящее медицинское оборудование больницы и ее высококвалифицированный кадровый потенциал.

Больничную специализированную помощь оказывают также соответствующие отделения многопрофильных больниц, специализированные больницы (гинекологическая, гериатрическая, инфекционная, восстановительного лечения и др.), клиники научно-исследовательских институтов и высших учебных заведений. Важное место в оказании специализированной медицинской помощи населению принадлежит скорой медицинской помощи, центрам восстановительной медицины и реабилитации, санаторно-курортным учреждениям.

В системе организации специализированной медицинской помощи населению большое значение имеет сеть ***диспансеров***, которые предназначены для выработки и реализации комплекса профилактических мероприятий, а также активного выявления больных с определенными заболеваниями на ранних стадиях их лечения и реабилитации. В соответствии с номенклатурой учреждений здравоохранения выделяют следующие типы диспансеров: врачебно-физкультурный, кардиологический, кожно-венерологический, наркологический, онкологический, противотуберкулезный, психоневрологический и др. Диспансер оказывает помощь как взрослому, так и детскому населению и, как правило, включает в себя поликлиническое (диспансерное) отделение и стационар.

Учитывая ведущую роль диспансеров в оказании специализированной лечебно-профилактической помощи при социально значимых заболеваниях, следует более подробно остановиться на деятельности отдельных видов диспансеров.

14.2. ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР

В систему оказания онкологической помощи населению входят онкологические диспансеры, хосписы или отделения паллиативной помощи онкологическим больным, смотровые и онкологические кабинеты АПУ.

Основными задачами этих учреждений являются оказание специализированной медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями (ЗНО), проведение диспансерного наблюдения за такими больными, целевых (скрининговых) медицинских осмотров,

а также санитарно-просветительной работы по вопросам профилактики и раннего выявления онкологических заболеваний.

В системе оказания специализированной онкологической помощи ведущая роль принадлежит ***онкологическим диспансерам***, которые, как правило, организуют на уровне субъекта РФ (республики, края, округа, области). Работу диспансера возглавляет главный врач, который назначается и освобождается от должности руководителем соответствующего органа управления здравоохранением. Основной целью диспансера являются разработка стратегии и тактики совершенствования онкологической помощи населению, обеспечение квалифицированной онкологической помощи населению прикрепленной территории. В соответствии с этой целью диспансер решает следующие задачи:

- оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи онкологическим больным;
- анализ состояния онкологической помощи прикрепленному населению, эффективности и качества проводимых профилактических мероприятий, диагностики, лечения и диспансерного наблюдения за онкологическими больными;
- ведение территориального ракового регистра;
- разработка территориальных целевых программ по борьбе с онкологическими заболеваниями;
- подготовка и повышение квалификации врачей-онкологов, врачей основных специальностей и средних медицинских работников по вопросам оказания онкологической помощи населению;
- внедрение новых медицинских технологий оказания медицинской помощи онкологическим больным и больным с предопухолевыми заболеваниями;
- координация деятельности учреждений здравоохранения общелечебной сети по вопросам профилактики, раннего выявления ЗНО, диспансерного наблюдения и паллиативного лечения онкологических больных;
- организация и проведение санитарно-просветительной работы среди населения по формированию здорового образа жизни, предупреждению онкологических заболеваний.

Помимо традиционных для большинства диспансеров поликлинического и стационарного отделений, в состав онкологического диспансера входят отделение паллиативной помощи, лучевой терапии, химиотерапии, пансионат и др.

Основными формами первичной учетной медицинской документации онкологических диспансеров являются:

- Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием (ф. 027-1/у);
- Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования (ф. 027-2/у);
- Контрольная карта диспансерного наблюдения больного злокачественным новообразованием (ф. 030-6/у);
- Регистрационная карта больного злокачественным новообразованием (ф. 030/ГРР);
- Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (ф. 090/у) и др.

На основе этих и других форм медицинской документации рассчитывают статистические показатели, которые позволяют всесторонне анализировать деятельность онкологических диспансеров:

- контингент больных ЗНО;
- первичная заболеваемость ЗНО;
- смертность от ЗНО;
- одногодичная летальность;
- доля больных с I–II стадией ЗНО, выявленных при целевых медицинских осмотрах;
- запущенность ЗНО.

Показатель контингента больных ЗНО дает общее представление о распространенности ЗНО, организации статистического учета и диспансерного наблюдения онкологических больных. Показатель рассчитывают по формуле (на 100 тыс. населения):

$$\textbf{Контингент больных ЗНО*} = \frac{\text{Число больных ЗНО, находящихся под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\,000.$$

* Показатель может рассчитываться по отдельным возрастно-половым группам, локализациям. Также рассчитывают структуру этого показателя (в %) по возрастно-половым группам, локализации.

Последние 10 лет сохраняется тенденция роста показателя контингента больных ЗНО, который в 2009 г. в Российской Федерации составил 1897,0 на 100 тыс. населения.

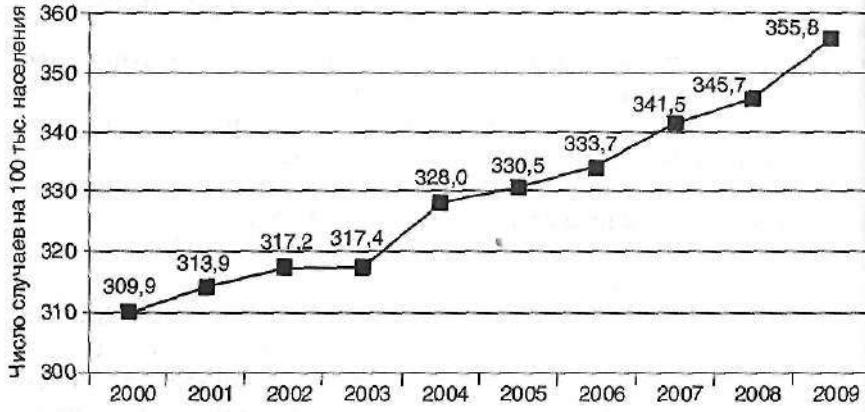


Рис. 14.1. Динамика показателя первичной заболеваемости ЗНО в Российской Федерации (2000–2009 гг.)

Показатель первичной заболеваемости ЗНО дополняет показатель контингента больных ЗНО и может служить одной из оценок эффективности реализации федеральных и региональных программ профилактики риска возникновения ЗНО (рис. 14.1). Показатель рассчитывают по формуле (на 100 тыс. населения):

$$\textbf{Первичная заболеваемость ЗНО*} = \frac{\text{Число случаев ЗНО, выявленных впервые в жизни в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\,000.$$

* Показатель может рассчитываться по отдельным возрастно-половым группам, локализациям. Также рассчитывают структуру этого показателя (в %) по возрастно-половым группам, локализации.

Последнее 10 лет этот показатель имеет стойкую тенденцию к росту и в 2009 г. составил 355,8 на 100 тыс. населения, что свидетельствует, в частности, о возросшем уровне диагностики в учреждениях здравоохранения

Показатель смертности от ЗНО может служить интегральной характеристикой уровня оказания специализированной медицинской помощи онкологическим больным. Показатель рассчитывают на 100 тыс. населения по формуле:

$$\text{Смертность от ЗНО} = \frac{\text{Число умерших от ЗНО за отчетный период}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\,000.$$

Динамика этого показателя в Российской Федерации за последние 10 лет представлена на рис. 14.2.

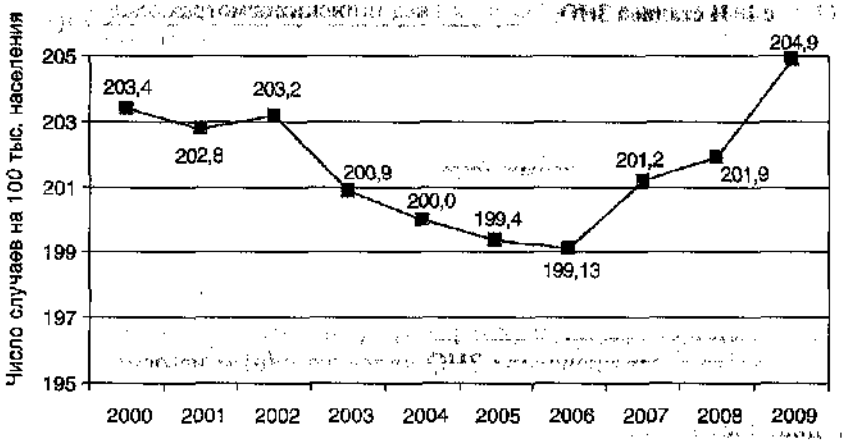


Рис. 14.2. Динамика показателя смертности от ЗНО населения Российской Федерации (2000–2009 гг.)

Показатель одногодичной летальности является одной из характеристик позднего выявления ЗНО, эффективности комплексной терапии и диспансеризации онкологических больных. Показатель рассчитывают по формуле (в %):

$$\text{Одногодичная летальность} = \frac{\text{Число умерших на 1-м году с момента установления диагноза ЗНО}}{\text{Общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО в предыдущем году}} \times 100.$$

Последние 10 лет в Российской Федерации наблюдается незначительное снижение этого показателя, который в 2009 г. составил 29,2%.

Показатель доли больных с I–II стадией ЗНО, выявленных при целевых медицинских осмотрах, характеризует эффективность проводимых целевых (скрининговых) медицинских осмотров населения. Показатель рассчитывают по формуле (в %):

$$\text{Доля больных с I–II стадией ЗНО, выявленных при целевых медицинских осмотрах} = \frac{\text{Число больных с I–II стадиями ЗНО, выявленных при целевых медицинских осмотрах}}{\text{Общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО I–II стадии}} \times 100.$$

По результатам целевых (скрининговых) медицинских осмотров, проводимых на отдельных территориях РФ, в среднем выявляется лишь 55% больных с I–II стадией ЗНО. Это свидетельствует, с одной стороны, о недостаточном уровне организации и проведения целевых медицинских осмотров населения, с другой — о недостаточной онкологической настороженности медицинских работников и самых пациентов.

Показатель запущенности ЗНО является одним из основных критериев качества работы всех лечебно-профилактических учреждений и диагностических служб (рентгенологической, эндоскопической, ультразвуковой, цитологической и др.). Показатель рассчитывают по формуле (в %):

$$\text{Запущенность ЗНО} = \frac{\text{Число больных с IV стадией ЗНО всех локализаций и с III стадией визуальных локализаций}}{\text{Общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО}} \times 100.$$

За последние 10 лет в Российской Федерации этот показатель имел тенденцию к уменьшению и составил в 2009 г. 30%.

14.3. ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР

Правовой основой организации психиатрической помощи населению является Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях

прав граждан при ее оказании». Ведущим учреждением в системе оказания населению специализированной психиатрической помощи является ***психоневрологический диспансер***, который решает следующие основные задачи:

- оказание амбулаторной психиатрической и психотерапевтической помощи больным, страдающим психическими расстройствами, а также диспансерное наблюдение за ними;
- стационарная помощь больным, страдающим непсихотическими видами психических заболеваний;
- проведение профилактических осмотров, освидетельствований, судебно-психиатрической, военно-врачебной и медико-социальной экспертиз;
- социально-трудовая реабилитация больных психическими заболеваниями;
- неотложная психиатрическая помощь, в том числе при чрезвычайных ситуациях;
- участие в решении вопросов опеки над недееспособными больными;
- оказание консультативной специализированной психоневрологической помощи больным, находящимся в соматических больницах и АПУ;
- психогигиеническая, санитарно-просветительная работа среди населения.

В структуру диспансера, как правило, входят лечебно-диагностическое отделение с кабинетами участковых психиатров, дневной стационар для краткосрочного пребывания больных, страдающих непсихотическими видами психических заболеваний, отделение детской и подростковой психоневрологии, отделение психопрофилактики и психогигиены, отделение «Телефон доверия», кабинет социально-психологической помощи и др. Кроме того, в составе психоневрологического диспансера могут быть государственные лечебно-производственные предприятия для проведения трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов.

Диспансер может организовывать психоневрологические отделения (кабинеты) при поликлиниках общего профиля для оказания населению специализированной психоневрологической помощи.

Основными формами первичной учетной медицинской документации психоневрологических диспансеров являются:

- Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью (ф. 030-1/у-02);
- Статистическая карта выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара (ф. 066-1/у-02);
- Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов) (ф. 100/у-03);
- Акт психиатрического освидетельствования лица, находящегося на принудительном лечении (ф. 104/у) и др.

К основным показателям, характеризующим медицинскую деятельность психоневрологических диспансеров, относятся:

- контингент больных с психическими расстройствами;
- первичная заболеваемость психическими расстройствами;
- повторность госпитализации больных с психическими расстройствами.

Показатель контингента больных с психическими расстройствами характеризует распространенность психических расстройств, уровень организации статистического учета и диспансерного наблюдения психически больных. Показатель рассчитывают по формуле (на 100 тыс. населения):

$$\text{Контингент больных с психическими расстройствами} = \frac{\text{Число больных с психическими расстройствами, состоящих под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\,000.$$

Последнее 10 лет отмечается тенденция к росту этого показателя за счет увеличения диспансерной группы психически больных (рис. 14.3).

Показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами служит косвенной характеристикой социального расслоения общества и нарушения адаптационных механизмов психического здоровья населения. Показатель рассчитывают по формуле (на 100 тыс. населения):

$$\text{Первичная заболеваемость психическими расстройствами} = \frac{\text{Число случаев психических расстройств, выявленных впервые в жизни в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\,000.$$



Рис. 14.3. Динамика показателей контингента больных и первичной заболеваемости психическими расстройствами населения Российской Федерации (2000–2009 гг.)

Последние годы этот показатель стабилизировался и в 2009 г. составил 303,7 на 100 тыс. населения (см. рис. 14.3).

Показатель повторности госпитализации больных с психическими расстройствами характеризует эффективность диспансерного наблюдения и качество стационарного лечения психических больных. Показатель рассчитывают по формуле (в %):

$$\text{Повторность госпитализации больных психическими расстройствами} = \frac{\text{Число выбывших (выписанных + умерших) больных с психическими расстройствами из стационара (из числа повторно госпитализированных) в течение года}}{\text{Общее число выбывших (выписанных + умерших) больных с психическими расстройствами из стационара в течение года}} \times 100.$$

Этот показатель по отдельным субъектам Российской Федерации колеблется в пределах 20–23%.

14.4. НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР

Наркологический диспансер является основным звеном в организации наркологической помощи населению, осуществляет рабо-

ту по профилактике и раннему выявлению расстройств психики и поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ (алкоголизм, алкогольные психозы, наркомания, токсикомания и др.), оказывает специализированную помощь и проводит диспансеризацию этих больных.

Основными задачами наркологического диспансера являются:

- широкая антиалкогольная и антинаркотическая пропаганда среди населения и прежде всего учащихся образовательных учреждений;
- раннее выявление, диспансерный учет, оказание специализированной амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи больным алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией;
- изучение заболеваемости населения алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, анализ эффективности оказываемой профилактической и лечебно-диагностической помощи;
- разработка территориальных целевых программ по борьбе с наркологическими заболеваниями;
- участие совместно с органами социальной защиты в оказании больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, находящимся под диспансерным наблюдением, социально-бытовой помощи;
- проведение медицинского освидетельствования, экспертизы алкогольного опьянения, других видов экспертиз;
- методическое руководство в организации предрейсовых осмотров водителей автотранспорта;
- организационно-методическая и консультативная помощь наркологическим кабинетам, входящим в состав других учреждений здравоохранения;
- оказание консультативной специализированной наркологической помощи больным, находящимся в соматических больницах и АПУ;
- подготовка и повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала по оказанию наркологической помощи населению.

Работа диспансера строится по участковому принципу. Оптимальная организационно-функциональная структура наркологического диспансера предусматривает следующие подразделения: кабинеты участковых психиатров-наркологов, подростковый кабинет, кабинеты экспертизы алкогольного опьянения, анонимного лече-

ния, антиалкогольной пропаганды, специализированные кабинеты (невропатолога, психолога, терапевта), стационарные отделения, дневной стационар, организационно-методический отдел. В состав диспансера также входят лаборатория, кабинет функциональной диагностики, гипнотарий, кабинет для проведения рефлексотерапии, электросна и др. Диспансер может иметь специализированный транспорт, оснащенный оборудованием для проведения совместно с сотрудниками ГИБДД экспертиз алкогольного опьянения. Для приближения наркологической помощи работникам промышленных предприятий, транспорта, сельского хозяйства и других отраслей, диспансер по инициативе руководителей этих предприятий может организовывать на их территории наркологические отделения или кабинеты.

Основными формами первичной учетной медицинской документации наркологических диспансеров являются:

- Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью (ф. 030-1/у-02);
- Статистическая карта выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара (ф. 066-1/у-02);
- Медицинская карта амбулаторного наркологического больного (ф. 025-5/у-88);
- Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании (ф. 091/у);
- Акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством (ф. 307/у-05) и др.

Медицинскую деятельность наркологических диспансеров характеризуют следующие показатели:

- контингент наркологических больных;
- первичная наркологическая заболеваемость;
- удельный вес больных алкоголизмом с ремиссией более 1 года;
- удельный вес больных наркоманией с ремиссией более 1 года;
- охват активным наблюдением больных алкогольными психозами;
- повторность госпитализации наркологических больных.

Показатель контингента наркологических больных характеризует распространенность заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ, а также уровень организации статистического учета и диспансерного наблюдения лиц, страдающих этими болезнями. Показатель рассчитывают на 100 тыс. населения по формуле:

$$\textbf{Контингент наркологических больных*} = \frac{\text{Число наркологических больных, находящихся под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\,000.$$

* Показатель рассчитывают как по всем, так и по отдельным заболеваниям (наркомания, токсикомания, хронический алкоголизм, алкогольные психозы).

В 2009 г. этот показатель в Российской Федерации составил 2290,7 на 100 тыс. населения с тенденцией к уменьшению. Последнее объясняется возрастающей смертностью больных наркомании среди контингентов, находящихся под диспансерным наблюдением.

Показатель первичной наркологической заболеваемости свидетельствует о распространенности среди населения алкоголизма, алкогольных психозов, наркомании, токсикомании, а также доступности спиртных напитков и наркотических веществ. Показатель рассчитывают на 100 тыс. населения по формуле:

$$\textbf{Первичная наркологическая заболеваемость*} = \frac{\text{Число наркологических заболеваний, выявленных впервые в жизни в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\,000.$$

* Показатель рассчитывают как по всем, так и по отдельным заболеваниям (наркомания, токсикомания, хронический алкоголизм, алкогольные психозы).

На рис. 14.4 предствлена динамика показателей первичной заболеваемости наркоманией, алкогольными психозами, токсикоманией населения РФ по данным государственной статистики. При этом необходимо еще раз подчеркнуть, что реальное распространение этих заболеваний во много раз больше и рост их продолжается.

Показатель удельного веса больных алкоголизмом с ремиссией более 1 года характеризует эффективность лечения и диспансерного наблюдения больных алкоголизмом. Показатель рассчитывают по формуле (в %):

$$\textbf{Удельный вес больных алкоголизмом с ремиссией более 1 года} = \frac{\text{Число больных алкоголизмом с ремиссией более 1 года}}{\text{Среднегодовое число находящихся под диспансерным наблюдением больных алкоголизмом}} \times 100.$$



Рис. 14.4. Динамика показателей первичной заболеваемости наркоманией, алкогольными психозами, токсикоманией населения Российской Федерации (2000–2009 гг.)

Этот показатель в 2009 г. в Российской Федерации составил 11,8%.

Показатель удельного веса больных наркоманией с ремиссией более 1 года показывает эффективность лечения и диспансерного наблюдения больных наркоманией. Показатель рассчитывают по формуле (в %):

$$\text{Удельный вес больных наркоманией с ремиссией более 1 года} = \frac{\text{Число больных наркоманией с ремиссией более 1 года}}{\text{Среднегодовое число находящихся под диспансерным наблюдением больных наркоманией}} \times 100.$$

В среднем этот показатель в 2009 г. в Российской Федерации составил 8,5%.

Показатель охвата активным наблюдением больных алкогольными психозами характеризует состояние диспансеризации этих пациентов. Показатель рассчитывают по формуле (в %):

$$\textbf{Охват активным наблюдением больных алкогольными психозами} = \frac{\text{Число больных алкогольными психозами, осмотренных психиатром (наркологом) не реже 1 раза в месяц}}{\text{Общее число больных алкогольными психозами, находящихся под диспансерным наблюдением}} \times 100.$$

Этот показатель должен приближаться к 100%.

Показатель повторности госпитализации наркологических больных характеризует эффективность диспансерного наблюдения и качество госпитальной помощи этим больным. Показатель рассчитывают по формуле (в %):

$$\textbf{Повторность госпитализации наркологических больных} = \frac{\text{Число выбывших (выписанных + умерших) наркологических больных из стационара (из числа повторно госпитализированных) в течение года}}{\text{Общее число выбывших (выписанных + умерших) наркологических больных из стационара в течение года}} \times 100.$$

Этот показатель в Российской Федерации в 2009 г. составил 26,0%.

14.5. ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР

Основные принципы организации специализированной помощи больным туберкулезом определены Законом РФ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации». Специализированным учреждением здравоохранения, обеспечивающим противотуберкулезную помощь населению на прикрепленной территории, является ***противотуберкулезный диспансер***, на который возлагают следующие задачи:

- систематический анализ эпидемической обстановки по туберкулезу и эффективности противотуберкулезных мероприятий на подведомственной территории, в том числе в учреждениях пенитенциарной системы;
- планирование совместно с центрами гигиены и эпидемиологии, учреждениями общелечебной сети вакцинации, ревакци-

нации БЦЖ и организационно-методическое руководство по их проведению;
- госпитализация бактериовыделителей и изоляция новорожденных от бактериовыделителей (на период формирования поствакцинного иммунитета);
- осуществление профилактических мероприятий в отношении лиц, находящихся в контакте с бактериовыделителями (регулярное диспансерное наблюдение за ними, текущая дезинфекция очагов, ревакцинация, химиопрофилактика и др.);
- проведение совместно с учреждениями общелечебной сети, центрами гигиены и эпидемиологии, предприятиями медицинских осмотров населения с использованием флюорографических, иммунологических, бактериологических и других методов исследования;
- оказание специализированной стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи больным туберкулезом, направление их в санаторно-курортные учреждения;
- проведение комплекса мероприятий по социально-трудовой реабилитации больных туберкулезом;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности больных туберкулезом и в случае необходимости направление их на МСЭ;
- диспансерный учет и динамическое наблюдение за больными туберкулезом (своевременное обследование, лечение, химиопрофилактика).

Структура противотуберкулезного диспансера, как правило, включает следующие подразделения: диспансерное отделение (для взрослых и детей), стационар, санаторий-профилакторий, лечебно-трудовые мастерские, клинико-диагностическая и бактерио-логическая лаборатории, рентгенологический, эндоскопический, физиотерапевтический кабинеты, отделение реабилитации больных с посттуберкулезными изменениями и неспецифическими заболеваниями органов дыхания, кабинет функциональной диагностики, дневной стационар и др.

Противотуберкулезные диспансеры проводят работу по участковому принципу. В крупных городах (с населением более 500 тыс. человек), а также в муниципальных районах субъекта РФ при наличии двух и более диспансеров на один из них возлагают функции ***межрайонного противотуберкулезного диспансера***.

Основными формами первичной учетной медицинской документации противотуберкулезных диспансеров являются:

- Контрольная карта диспансерного наблюдения контингентов противотуберкулезных учреждений (ф. 030-4/у);
- Медицинская карта больного туберкулезом (ф. 081/у);
- Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, с рецидивом туберкулеза (ф. 089/у-туб);
- Карта персонального учета на больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией (ф. 263/у-ТВ) и др.

Для анализа эпидемиологической ситуации по туберкулезу, эффективности проводимых профилактических и лечебно-диагностических мероприятий используют следующие статистические показатели:

- контингент больных всеми формами активного туберкулеза;
- первичная заболеваемость всеми формами активного туберкулеза;
- частота выявления больных всеми формами активного туберкулеза при медицинских осмотрах;
- смертность от туберкулеза.

Показатель контингента больных всеми формами активного туберкулеза характеризует распространенность активного туберкулеза, уровень организации статистического учета и диспансерного наблюдения этих больных. Показатель рассчитывают на 100 тыс. населения по формуле:

$$\textbf{Контингент больных всеми формами активного туберкулеза} = \frac{\text{Число больных всеми формами активного туберкулеза, находящихся под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\,000.$$

Этот показатель в Российской Федерации последние годы имел тенденцию к снижению и в 2009 г. составил 185,1 на 100 тыс. населения (рис. 14.5).

Показатель первичной заболеваемости всеми формами активного туберкулеза характеризует оперативную эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу. Показатель рассчитывают на 100 тыс. населения по формуле:

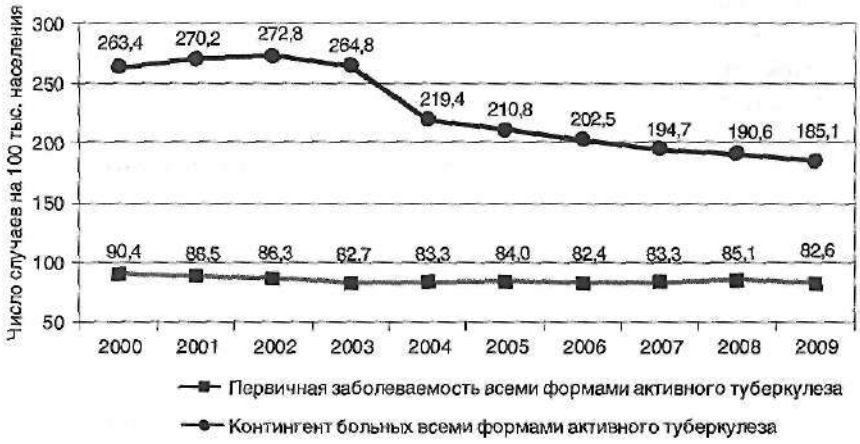


Рис. 14.5. Динамика показателей первичной заболеваемости и контингента больных всеми формами активного туберкулеза населения Российской Федерации (2000–2009 гг.)

$$\textbf{Первичная заболеваемость всеми формами активного туберкулеза} = \frac{\text{Число заболеваний всеми формами активного туберкулеза, выявленных впервые в жизни в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\,000.$$

В последние годы этот показатель характеризуется относительной стабильностью и в 2009 г. составил 82,6 на 100 тыс. населения (см. рис. 14.5).

Показатель частоты выявления больных всеми формами активного туберкулеза при медицинских осмотрах характеризует эффективность проводимых целевых (скрининговых) осмотров населения на туберкулез флюорографическим методом. Показатель рассчитывают по формуле (в ‰):

$$\textbf{Частота выявления больных всеми формами активного туберкулеза при медицинских осмотрах} = \frac{\text{Число больных всеми формами активного туберкулеза, выявленных при медицинских осмотрах}}{\text{Общее число осмотренных лиц}} \times 1000.$$

Этот показатель в Российской Федерации в 2009 г. составил 0,6 на 1000 осмотренных лиц.

Показатель смертности от туберкулеза характеризует результативность проводимых профилактических мероприятий, эффективность лечения и качество диспансеризации больных туберкулезом. Показатель рассчитывают по формуле (на 100 тыс. населения):

$$\text{Смертность от туберкулеза} = \frac{\text{Число больных, умерших от туберкулеза всех форм}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\,000.$$

Значение этого показателя в Российской Федерации в 2009 г. составило 16,8 на 100 тыс. населения.

14.6. КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР

Кожно-венерологический диспансер является самостоятельным специализированным медицинским учреждением, предназначенным для оказания профилактической, лечебно-диагностической помощи населению при заболеваниях кожи, подкожной клетчатки и ИППП, а также проведения противоэпидемических мероприятий.

С учетом этого основными задачами диспансера являются:

- оказание специализированной консультативной и лечебно-диагностической дерматовенерологической помощи населению в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях;
- разработка территориальных целевых программ по борьбе с ИППП;
- проведение совместно с центрами гигиены и эпидемиологии мониторинга ИППП и заразных кожных заболеваний;
- оказание организационно-методической и консультативной помощи учреждениям общелечебной сети по вопросам профилактики, диагностики и лечения больных, страдающих ИППП и заразными кожными заболеваниями;
- участие в работе лицензионных и экспертных комиссий органов управления здравоохранением, фондов ОМС, страховых меди-

цинских организаций для контроля за медицинской деятельностью коммерческих структур и частнопрактикующих врачей, оказывающих дерматовенерологическую, гинекологическую и урологическую помощь;
- внедрение в практику работы кожно-венерологических учреждений современных медицинских технологий профилактики, диагностики и лечения ИППП и дерматозов;
- пропаганда среди населения совместно с центрами медицинской профилактики знаний по предупреждению заразных кожных заболеваний, ИППП и др.

Диспансер может иметь в своей структуре следующие подразделения: поликлиническое, стационарные отделения, организационно-методический отдел (кабинет), отделения первичной профилактики и периодических медицинских осмотров, клинико-диагностическую, бактериологическую, иммунологическую лаборатории, косметологическое отделение (кабинет) и др.

Для повышения доступности экстренной диагностики и лечения больных ИППП, преодоления социальнонегативных мотиваций, препятствующих обращению пациентов за данным видом специализированной помощи, в кожно-венерологических диспансерах или других лечебно-профилактических учреждениях организуют кабинеты анонимного обследования и лечения, в которых анкетные данные пациента заполняются с его слов.

Основными формами первичной учетной медицинской документации кожно-венерологических диспансеров являются:
- Медицинская карта больного венерическими заболеваниями (ф. 065/у);
- Медицинская карта больного грибковым заболеванием (ф. 065-1/у);
- Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, урогенитального герпеса, аногенитальных бородавок, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки (ф. 089/у-кв) и др.

Для анализа медицинской деятельности кожно-венерологических диспансеров используют показатели:
- первичная заболеваемость всеми ИППП;
- первичная заболеваемость грибковыми кожными болезнями;
- первичная заболеваемость чесоткой;

– число обследованных контактов по ИППП (чесотке, грибковым кожным болезням) на одного зарегистрированного больного;
– контингент больных дерматозами.

Показатель первичной заболеваемости всеми ИППП характеризует эпидемиологическую ситуацию по ИППП, а также организационную работу кожно-венерологических диспансеров, учреждений общелечебной сети по их профилактике и своевременному выявлению. Показатель рассчитывают по формуле (на 100 тыс. населения):

$$\text{Первичная заболеваемость всеми ИППП*} = \frac{\text{Число случаев всех ИППП, выявленных впервые в жизни в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\,000.$$

* Показатель можно рассчитывать по отдельным нозологическим формам (сифилис, гонорея, трихомоноз, хламидиоз, урогенитальный герпес и др.).

Этот показатель в Российской Федерации в 2009 г. составил 381,9 на 100 тыс. населения. Динамика показателей первичной заболеваемости сифилисом и гонореей представлена на рис. 14.6.

Показатель первичной заболеваемости грибковыми кожными болезнями характеризует эпидемиологическую ситуацию по микроспории, трихофитии и др. Показатель рассчитывают по формуле (на 100 тыс. населения):



Рис. 14.6. Динамика показателей первичной заболеваемости сифилисом и гонореей в Российской Федерации (2000–2009 гг.)

$$\textbf{Первичная заболеваемость грибковыми кожными болезнями*} = \frac{\text{Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом грибковых кожных болезней}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\,000.$$

* Показатель можно рассчитывать по отдельным нозологическим формам (микроспория, фавус, трихофития, микоз стоп и др.).

Этот показатель в Российской Федерации в 2009 г. составил 45,5 на 100 тыс. населения.

Показатель первичной заболеваемости чесоткой характеризует эпидемиологическую ситуацию по чесотке, своевременность выявления этого заболевания, а также взаимодействие учреждений общелечебной сети со службами Роспотребнадзора. Показатель рассчитывают по формуле (на 100 тыс. населения):

$$\textbf{Первичная заболеваемость чесоткой} = \frac{\text{Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом чесотки}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\,000.$$

Этот показатель в Российской Федерации в 2009 г. составил 85,7 на 100 тыс. населения.

Показатель числа обследованных контактов по ИППППП (чесотке, грибковым кожным болезням) на одного зарегистрированного больного характеризует результативность проводимых эпидемиологических расследований. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\textbf{Число обследованных контактов по ИППППП (чесотке, грибковым кожным болезням) на одного зарегистрированного больного} = \frac{\text{Число обследованных контактов по ИППППП (чесотке, грибковым кожным болезням)}}{\text{Общее число зарегистрированных больных ИППППП (чесоткой, грибковыми кожными болезнями)}}.$$

Рекомендуемый показатель по ИППППП — 0,1–2,5; по грибковым кожным болезням — 1–10; по чесотке — 1–5.

Показатель контингента больных дерматозами характеризует распространенность заболеваний кожи и подкожной клетчатки (псориаз, буллезные дерматозы, красная волчанка, аллергодерматозы и др.), организацию статистического учета и диспансерного наблюдения за этими больными. Показатель рассчитывают по формуле (на 100 тыс. населения):

$$\text{Контингент больных дерматозами} = \frac{\text{Число всех зарегистрированных больных дерматозами}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\,000.$$

Этот показатель в Российской Федерации в 2009 г. составил 4926,4 на 100 тыс. населения.

14.7. ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИДОМ

В Российской Федерации действует единая специализированная служба профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией. На территориях субъектов РФ функционируют ***центры по профилактике и борьбе со СПИДом*** (далее — Центры), которые имеют свои структурные подразделения в муниципальных образованиях.

Основными задачами Центра являются:

- разработка и реализация комплекса мер по профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа;
- осуществление клинико-лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции, оппортунистических инфекций, вирусных парентеральных гепатитов;
- оказание медицинской, социально-психологической и юридической помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом;
- разработка территориальных целевых программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом;
- проведение совместно с центрами гигиены и эпидемиологии мониторинга ВИЧ-инфекции и СПИДа;
- организационно-методическое руководство деятельностью учреждений общелечебной сети по вопросам профилактики и своевременной диагностики ВИЧ-инфекции;

– организация пропаганды мер профилактики ВИЧ-инфекции и СПИДа среди населения.

Центр имеет следующие основные структурные подразделения: организационно-методический, эпидемиологический отделы, отделение профилактики, клинический отдел (диспансерное отделение и стационар, который в ряде случаев организуется на базе инфекционной больницы), лабораторно-диагностическое отделение, отдел медико-социальной и правовой помощи, административно-хозяйственную часть и др.

Основными формами первичной учетной медицинской документации Центров являются:

– Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (ежедневно при регистрации инфекционных заболеваний) (ф. 058/у);
– Извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью (ф. 309/у);
– Донесение о снятии с диспансерного наблюдения ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью (ф. 310/у);
– Донесение о подтверждении диагноза у ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью (ф. 311/у) и др.

К основным статистическим показателям, по которым анализируется медицинская деятельность Центров, а также эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции, относятся:

– контингент лиц с ВИЧ/СПИДом;
– первичная заболеваемость ВИЧ/СПИДом;
– удельный вес лиц, обследованных на ВИЧ;
– полнота охвата диспансеризацией ВИЧ-инфицированных;
– распределение ВИЧ-инфицированных по основным путям заражения.

Показатель контингента лиц с ВИЧ/СПИДом характеризует распространенность заболеваний, вызванных ВИЧ. Показатель рассчитывают по формуле (на 100 тыс. населения):

$$\textbf{Контингент лиц с ВИЧ/СПИДом} = \frac{\text{Число лиц с ВИЧ/СПИДом, находящихся под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\,000.$$

Этот показатель в 2009 г. в Российской Федерации составил 334,4 на 100 тыс. населения.

Показатель первичной заболеваемости ВИЧ/СПИДом характеризует эпидемиологическую ситуацию, связанную с распространенностью ВИЧ. Рассчитывают по формуле (на 100 тыс. населения):

$$\text{Первичная заболеваемость ВИЧ/СПИДом} = \frac{\text{Число случаев ВИЧ/СПИДа, выявленных впервые в жизни в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\,000.$$

За последние 10 лет этот показатель в Российской Федерации имеет тенденцию к росту и составил в 2009 г. 43,9 на 100 тыс. населения.

Показатель удельного веса лиц, обследованных на ВИЧ, характеризует полноту обследования населения из групп риска (беременные, потребители инъекционных наркотиков и др.). Показатель рассчитывают по формуле (в %):

$$\text{Удельный вес лиц, обследованных на ВИЧ} = \frac{\text{Число обследованных на ВИЧ}}{\text{Общее число лиц (из групп риска), подлежащих обследованию на ВИЧ}} \times 100.$$

Рекомендуемый показатель — 100%.

Показатель полноты охвата диспансеризацией ВИЧ-инфицированных характеризует уровень организации динамического наблюдения за ВИЧ-инфицированными и степень доверия между пациентом и врачом. Показатель рассчитывают по формуле (в %):

$$\text{Полнота охвата диспансеризацией ВИЧ-инфицированных} = \frac{\text{Число ВИЧ-инфицированных, находящихся под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода}}{\text{Общее число ВИЧ-инфицированных, зарегистрированных на конец отчетного периода}} \times 100.$$

Этот показатель в Российской Федерации в 2009 г. составил 78,5%.

Показатель распределения ВИЧ-инфицированных по основным путям заражения характеризует качество эпидемиологического расследования случаев заражения ВИЧ и рассчитывается по формуле:

$$\text{Распределение ВИЧ-инфицированных по основным путям заражения} = \frac{\text{Число ВИЧ-инфицированных с определенным путем заражения (половые контакты, вертикальный путь, внутривенное введение наркотиков, не установлен)}}{\text{Общее число ВИЧ-инфицированных}} \times 100.$$

Распределение ВИЧ-инфицированных по основным путям заражения представлено на рис. 14.7.

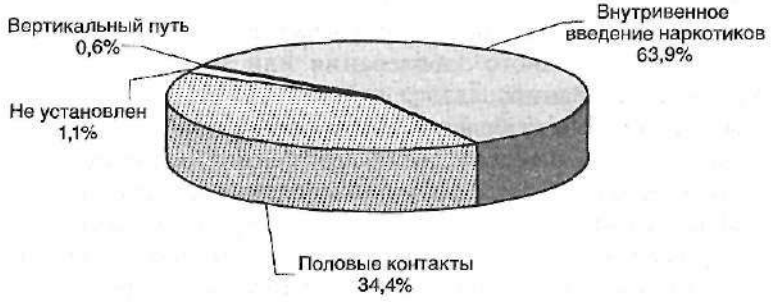


Рис. 14.7. Распределение ВИЧ-инфицированных по основным путям заражения (2009 г.)

Основными путями заражения ВИЧ-инфекцией являются внутривенное введение наркотиков (63,9%) и половые контакты (34,4%). Настораживает тот факт, что в 1,1% случаев путь заражения не установлен.

14.8. ПОРЯДОК НАПРАВЛЕНИЯ ГРАЖДАН РФ В ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ГОСУДАРСТВЕННЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

С целью повышения доступности населению специализированной медицинской помощи, оказываемой в федеральных государственных

учреждениях здравоохранения за счет средств федерального бюджета, МЗиРФ РФ (приказ от 16.04.10 № 243н) установлен определенный порядок направления граждан в эти учреждения.

Орган управления здравоохранением субъекта РФ осуществляет направление пациентов для оказания специализированной медицинской помощи в федеральные государственные учреждения в случаях:

- необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствия эффекта от проводимой терапии;
- отсутствия эффекта от повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, в том числе хирургических, а также высокотехнологичной медицинской помощи;
- высокого риска хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний;
- необходимости дообследования в диагностически сложных случаях или комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями для последующего хирургического лечения с применением высокотехнологичной медицинской помощи;
- необходимости повторной госпитализации по рекомендации федерального государственного учреждения.

В этих случаях на пациента оформляется ***«Талон на оказание специализированной медицинской помощи»*** (далее — Талон), к которому прилагается в электронном виде выписка из медицинской документации пациента, содержащая данные клинических, рентгенологических, лабораторных и других исследований по профилю заболевания со сроком давности не более 1 мес. Эти документы направляются в соответствующее федеральное государственное учреждение.

На основании этих документов специальная комиссия федерального государственного учреждения принимает решение о госпитализации данного пациента. Это решение оформляется протоколом, который направляется в органы управления здравоохранением соответствующего субъекта РФ с указанием сроков, перечня документов, требуемых для госпитализации, рекомендаций по дополнительному обследованию или обоснованием отказа в госпитализации с рекомендациями дальнейшего лечения пациента по месту жительства.

В случае самостоятельного обращения пациента в федеральное государственное учреждение без оформления Талона по месту жительства, комиссия учреждения при наличии показаний принимает решение о госпитализации данного пациента с последующим уведомлением Департамента организации медицинской помощи и развития здравоохранения МЗиСР РФ для оформления Талона.

В отдельных случаях пациенты могут быть направлены для оказания специализированной медицинской помощи в федеральные государственные учреждения соответствующими подразделениями МЗиСР РФ. К таким случаям относятся:

- гражданин РФ не проживает на территории РФ;
- орган управления здравоохранением субъекта РФ не обеспечил направление пациента в федеральное государственное учреждение для оказания специализированной медицинской помощи;
- необходимость перевода пострадавших и больных на лечение в федеральные государственные учреждения при проведении мероприятий по ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, природных и техногенных аварий, катастроф, вооруженных конфликтов и иных ситуаций, повлекших массовые поражения и заболевания граждан.

В том случае, если пациенту отказано в направлении в федеральное государственное учреждение для оказания специализированной медицинской помощи и он не согласен с этим решением, он вправе обжаловать его в порядке, установленном законодательством РФ.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Раскройте понятие специализированной медицинской помощи.
2. В каких организационных формах специализированная помощь оказывается в АПУ?
3. Как организована больничная специализированная помощь?
4. Какие основные задачи возлагаются на онкологический диспансер?
5. Перечислите основные формы первичной учетной медицинской документации онкологического диспансера.

6. По каким статистическим показателям анализируют деятельность онкологического диспансера? Приведите формулы их расчета, рекомендуемые значения.

7. Какое учреждение является ведущим в системе оказания населению специализированной психиатрической помощи? Какие задачи возлагают на него?

8. Перечислите основные формы первичной учетной медицинской документации психоневрологического диспансера.

9. По каким статистическим показателям анализируют деятельность психоневрологического диспансера? Приведите формулы их расчета, рекомендуемые значения.

10. Какое учреждение оказывает специализированную помощь наркологическим больным? Каковы его задачи?

11. Перечислите основные формы первичной учетной медицинской документации наркологического диспансера.

12. По каким статистическим показателям анализируют деятельность наркологического диспансера? Приведите формулы их расчета, рекомендуемые значения.

13. Какие задачи возлагают на противотуберкулезный диспансер?

14. Перечислите основные формы первичной учетной медицинской документации противотуберкулезного диспансера.

15. По каким статистическим показателям анализируют деятельность противотуберкулезного диспансера? Приведите формулы их расчета, рекомендуемые значения.

16. Для лечения каких заболеваний организуют кожно-венерологический диспансер? Каковы его основные задачи?

17. Перечислите основные формы первичной учетной медицинской документации кожно-венерологического диспансера.

18. По каким статистическим показателям анализируют деятельность кожно-венерологического диспансера? Приведите формулы их расчета, рекомендуемые значения.

19. Какое учреждение призвано заниматься профилактикой и борьбой с ВИЧ-инфекцией? Каковы его основные задачи?

20. Перечислите основные формы первичной учетной медицинской документации Центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

21. По каким статистическим показателям анализируют деятельность Центра по профилактике и борьбе со СПИДом? Приведите формулы их расчета, рекомендуемые значения.

22. Каковы основные пути заражения ВИЧ-инфекцией?

23. В каких случаях орган управления здравоохранением субъекта РФ направляет пациентов для оказания специализированной медицинской помощи в федеральные государственные учреждения?

24. Какая медицинская документация необходима для направления пациента в федеральные государственные учреждения здравоохранения?

25. В каких случаях пациенты могут быть направлены в федеральные государственные учреждения здравоохранения непосредственно МЗиСР РФ?

Глава 15

Организация работы скорой и неотложной медицинской помощи

15.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Скорая медицинская помощь (СМП) — круглосуточная экстренная медицинская помощь при внезапных заболеваниях, угрожающих жизни больного, травмах, отравлениях, преднамеренных самоповреждениях, родах вне медицинских учреждений, а также катастрофах и стихийных бедствиях. СМП осуществляется гражданам РФ и иным лицам, находящимся на ее территории, бесплатно в соответствии с Программой госгарантий.

В Российской Федерации создана и функционирует служба оказания населению СМП с развитой инфраструктурой, включающая свыше 3000 станций и отделений СМП, в которых работают около 20 тыс. врачей и свыше 70 тыс. средних медицинских работников.

В структуру СМП входят станции, подстанции, больницы СМП, а также отделения СМП в составе больничных учреждений. Станции СМП как самостоятельные лечебно-профилактические учреждения создаются в городах с населением свыше 50 тыс. человек. В городах с населением более 100 тыс. человек с учетом протяженности населенного пункта и рельефа местности организуются подстанции СМП как подразделения станций (в зоне 20-минутной транспортной доступности). В населенных пунктах с численностью жителей до 50 тыс. организуются отделения СМП в составе центральных районных, городских и других больниц.

Ежегодно служба СМП выполняет около 50 млн вызовов, оказывая медицинскую помощь более 51 млн граждан. На счету работников службы СМП сотни тысяч спасенных жизней при дорожно-транспортных происшествиях, техногенных катастрофах, стихийных бедствиях, угрожающих жизни больных заболеваниях.

15.2. ОРГАНИЗАЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Скорая медицинская помощь населению оказывается ***станциями (подстанциями, отделениями) СМП***, которые являются лечебно-профилактическими учреждениями и функционируют в режиме повседневной работы и чрезвычайных ситуаций. Основной задачей станции (подстанции, отделения) СМП в режиме повседневной работы является оказание СМП заболевшим и пострадавшим на месте происшествия и во время их транспортировки в стационары, в режиме чрезвычайных ситуаций — проведение лечебно-эвакуационных мероприятий и участие в работах по ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций. Возглавляет работу станции СМП главный врач, а подстанции и отделения — заведующий.

Примерная организационная структура станции (подстанции, отделения) СМП представлена на рис. 15.1.

Основными задачами станций (подстанций, отделений) СМП являются:

– оказание круглосуточной экстренной медицинской помощи заболевшим и пострадавшим, находящимся вне лечебно-

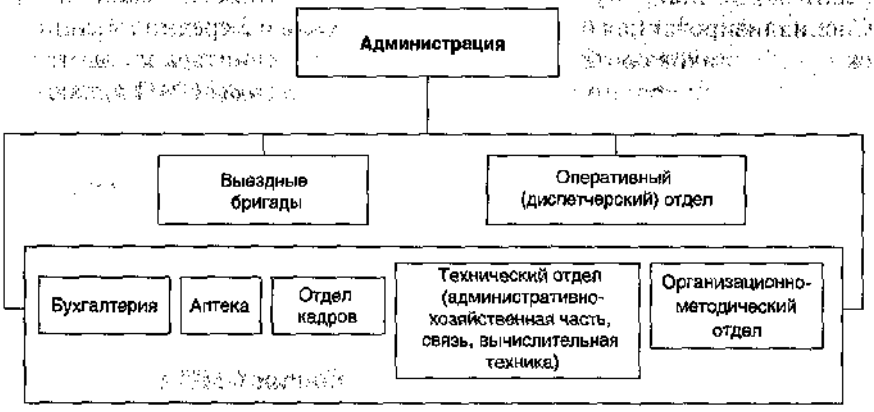


Рис. 15.1. Примерная организационная структура станции (подстанции, отделения) СМП

профилактических учреждений, при катастрофах и стихийных бедствиях;
- осуществление своевременной транспортировки больных, пострадавших и рожениц в стационары больничных учреждений;
- оказание медицинской помощи больным и пострадавшим, обратившимся за помощью непосредственно на станцию (подстанцию, отделение) СМП;
- подготовка и переподготовка кадров по вопросам оказания экстренной медицинской помощи.

Эффективность решения этих задач во многом зависит от взаимодействия станций (подстанций, отделений) СМП с учреждениями здравоохранения общелечебной сети, ГИБДД, подразделениями службы гражданской обороны и ЧС.

Основной функциональной единицей станций (подстанций, отделений) СМП является ***выездная бригада***, которая может быть фельдшерской или врачебной. Фельдшерская бригада состоит из 2 фельдшеров, санитара и водителя. Во врачебную бригаду входят врач, 2 фельдшера (либо фельдшер и медицинская сестра-анестезист), санитар и водитель.

Кроме того, врачебные бригады делятся на общепрофильные и специализированные. Выделяют следующие виды специализированных бригад: педиатрическая, анестезиолого-реанимационная, кардиологическая, психиатрическая, травматологическая, нейрореанимационная, пульмонологическая, гематологическая и др. Специализированная бригада включает 1 врача и 2 средних медицинских работников соответствующих профилей, санитара и водителя.

Основными обязанностями ***врача выездной бригады*** СМП являются:
- обеспечение немедленного выезда бригады и прибытия ее на место происшествия в пределах установленного в данной административной территории норматива времени;
- оказание экстренной медицинской помощи в соответствии с утвержденными стандартами (протоколами) ведения больных;
- обеспечение щадящей транспортировки с одновременным проведением интенсивной терапии и госпитализации больного (пострадавшего) в стационар;
- информирование администрации станции СМП о чрезвычайных происшествиях, возникших в период выполнения вызовов;
- обеспечение правил эпидемической безопасности в случаях выявления у больных карантинной инфекции;

- остановка по требованию сотрудников органов внутренних дел для оказания медицинской помощи больным и пострадавшим;
- осуществление контроля за укомплектованностью бригады аппаратурой, лекарственными препаратами и другим имуществом в соответствии с утвержденным табелем оснащения.

При оказании СМП ***фельдшер*** в составе фельдшерской бригады является ответственным исполнителем и его обязанности в целом соответствуют должностным обязанностям врача общепрофильной врачебной бригады.

Важнейшим структурным подразделением станций (подстанций, отделений) СМП является ***оперативный (диспетчерский) отдел***, который обеспечивает круглосуточный централизованный прием обращений (вызовов) населения, своевременное направление выездных бригад на место происшествия, оперативное управление их работой. В его структуру входят диспетчерская приема, передачи вызовов и стол справок. Рабочие места сотрудников отдела должны быть компьютеризированы. Дежурный персонал оперативного отдела имеет необходимые средства связи со всеми структурными подразделениями станции СМП, подстанциями, выездными бригадами, лечебно-профилактическими учреждениями, а также прямую связь с оперативными службами города (района).

Оперативный (диспетчерский) отдел выполняет следующие функции:

- прием вызовов с обязательной записью диалога на электронный носитель, подлежащий хранению в течение 6 мес;
- сортировка вызовов по срочности и своевременная передача их выездным бригадам;
- контроль за своевременной доставкой больных, рожениц, пострадавших в приемные отделения соответствующих стационаров;
- сбор оперативной статистической информации, ее анализ, подготовка ежедневных сводок для руководства станции СМП;
- обеспечение взаимодействия с лечебно-профилактическими учреждениями, УВД, ГИБДД, подразделениями службы по делам гражданской обороны и чрезвычайных ситуаций, иными оперативными службами и др.

Прием вызовов и передача их выездным бригадам осуществляются ***дежурным фельдшером (медицинской сестрой) по приему и передаче вызовов*** оперативного (диспетчерского) отдела станции СМП.

Дежурный фельдшер (медицинская сестра) по приему и передаче вызовов находится в непосредственном подчинении старшего врача смены, обязан знать топографию города (района), дислокацию подстанций и учреждений здравоохранения, места нахождения потенциально опасных объектов, алгоритм приема вызовов.

Санитарный автотранспорт бригад СМП должен систематически подвергаться дезинфекционной обработке в соответствии с требованиями санитарно-эпидемиологической службы. В случаях, когда транспортом станций СМП перевезен инфекционный больной, автомашина подлежит обязательной дезинфекции, которая осуществляется персоналом больницы, принявшей больного.

При обнаружении трупа умершего или погибшего бригада обязана срочно известить об этом органы внутренних дел, зафиксировать в «Карте вызова скорой медицинской помощи» (ф. 110/у) все необходимые сведения. Эвакуация трупа с места происшествия не допускается. В случае смерти больного в салоне санитарного автомобиля бригада обязана сообщить фельдшеру оперативного отдела о факте смерти и получить разрешение на доставку трупа в судебно-медицинский морг.

Станция (подстанция, отделение) СМП не выдает документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность и судебно-медицинские заключения, не проводит экспертизу алкогольного опьянения. Однако при необходимости может выдавать справки произвольной формы с указанием даты, времени обращения, диагноза, проведенных обследований, оказанной медицинской помощи и рекомендаций по дальнейшему лечению. Станция (подстанция, отделение) СМП обязана выдавать устные справки о месте нахождения больных и пострадавших при личном обращении граждан или по телефону.

15.3. ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Неотложная медицинская помощь населению в крупных городах Российской Федерации оказывается отделениями (кабинетами) неотложной медицинской помощи АПУ. ***Отделение неотложной медицинской помощи*** является структурным подразделением АПУ, предназначенным для оказания круглосуточной медицинской помощи в местах постоянного и временного проживания взрослого и детского населения, при

острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства. Неотложная медицинская помощь на дому оказывается по территориальному признаку круглосуточно выездными бригадами отделений неотложной медицинской помощи, организованными в одной или нескольких поликлиниках для населения данного административного района. Границы зоны обслуживания отделений неотложной медицинской помощи утверждаются органом управления здравоохранением административного района.

Основными задачами отделения неотложной медицинской помощи являются:

- круглосуточное оказание своевременной медицинской помощи в местах постоянного и временного проживания взрослому и детскому населению, при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства;
- оказание медицинской помощи больным и пострадавшим, обратившимся самостоятельно непосредственно в отделение (амбулаторным больным);
- выполнение активных вызовов к больным, нуждающимся в динамическом врачебном наблюдении, обеспечение преемственности в работе с лечебно-профилактическими учреждениями города по оказанию неотложной медицинской помощи населению;
- извещение органов управления здравоохранением территории и соответствующих административных органов обо всех чрезвычайных происшествиях и несчастных случаях в зоне обслуживания отделения;
- доставка пациентов в учреждения социального профиля (дома-интернаты и т.п.) по направлениям врачей территориальных поликлиник;
- транспортировка пациентов на консультации, обследования, проведение гемодиализа в учреждения здравоохранения и др.

Отделение неотложной медицинской помощи возглавляет заведующий отделением, назначаемый и освобождаемый от должности главным врачом лечебно-профилактического учреждения, структурным подразделением которого является отделение неотложной медицинской помощи.

Основной функциональной единицей отделения неотложной медицинской помощи является выездная бригада (врачебная, сани-

тарного транспорта по транспортировке больных). В составе врачебной бригады работают врач по специальности «Скорая медицинская помощь», фельдшер (медсестра), санитар и водитель. В составе фельдшерской бригады по транспортировке больных работают фельдшер и водитель. Количество смен работы выездных бригад, их профиль, режим (график) работы определяются вышестоящей организацией по подчиненности с учетом обращаемости населения в отделение, плотности почасового потока вызовов, количества вызовов по дням недели, месяцам года, численности больных, подлежащих экстренной и плановой госпитализации.

Прием вызовов и передача их выездным бригадам осуществляются фельдшером (медицинской сестрой) по приему и передаче вызовов диспетчерского отделения неотложной помощи медицинской помощи. Пострадавшие (больные), доставленные выездными бригадами отделения неотложной медицинской помощи, должны быть безотлагательно переданы дежурному персоналу приемного отделения стационара с отметкой в «Карте вызова» времени их поступления.

Отделение неотложной медицинской помощи не выдает документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность и судебно-медицинские заключения, не проводит экспертизу алкогольного опьянения, однако дает устные справки при личном обращении населения или по телефону о месте нахождения больных и пострадавших. При необходимости выписывает справки произвольной формы с указанием даты, времени обращения, диагноза, проведенных обследований, оказанной медицинской помощи и рекомендаций по дальнейшему лечению.

15.4. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Дальнейшее совершенствование работы СМП, повышение эффективности использования ее ресурсов предусматривают прежде всего четкое разграничение медицинской помощи на скорую и неотложную. В настоящее время более 30% всех вызовов, поступающих на станцию (подстанцию, отделение) СМП, не требуют экстренной медицинской помощи и их выполнение может быть отсрочено во времени (это случаи острых заболеваний и обострений хронических

болезней, не требующих срочного медицинского вмешательства). Эти вызовы относятся к неотложной медицинской помощи. Решение этой проблемы зависит от совершенствования работы амбулаторно-поликлинической службы, в том числе с переходом на организацию первичной медицинской помощи по принципу врача общей врачебной (семейной) практики, стационаров дневного пребывания, стационаров на дому и т.д.

Другой проблемой являются недостаточное оснащение службы СМП санитарным автотранспортом, вертолетами, современными средствами связи, обеспечение лекарствами и медицинским оборудованием.

Негативно сказывается на конечных результатах оказания СМП отсутствие системы подготовки населения по вопросам первой само- и взаимопомощи. Ее приемами в полном объеме не владеют даже работники полиции, ГИБДД, пожарной службы.

С учетом сложившейся ситуации в настоящее время в МЗиСР РФ разрабатывается реформа СМП, в основе которой лежат два направления. Первое: для оказания неотложной помощи максимально будут задействованы участковые врачи АПУ, что позволит разгрузить станции (подстанции, отделения) СМП от «нескоропомощных» вызовов. Второе: для повышения эффективности использования финансовых и трудовых ресурсов службы СМП планируется сократить число общепрофильных врачебных бригад и, соответственно, увеличить количество фельдшерских. Таким образом, организационную и штатную структуру службы СМП планируется приблизить к модели организации службы в зарубежных странах, когда в выездных бригадах (кроме специализированных, например психиатрической или реанимационной) нет врача. Зарубежный и отечественный опыт свидетельствует, что фельдшерские бригады из 2 человек в состоянии оказывать весь необходимый комплекс «скоропомощных» мероприятий в соответствии с действующими стандартами (протоколами) ведения больных, причем один из фельдшеров будет совмещать обязанности водителя. Приемное отделение больниц планируется расширить и превратить в приемно-сортировочное, где будут развернуты дополнительные койки, увеличены штаты персонала, улучшено техническое оснащение.

Безусловно, предстоящий процесс реформирования службы СМП не может не затронуть работу и других служб здравоохранения. Поэтому он должен проходить системно, скоординированно с мерами, направленными на модернизацию системы здравоохранения в целом.

15.5. СТАТИСТИКА УЧРЕЖДЕНИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Основными формами первичной учетной медицинской документации станции (подстанций, отделений) СМП являются:

- Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи (ф. 109/у);
- Карта вызова скорой медицинской помощи (ф. 110/у);
- Сопроводительный лист станции скорой помощи с талоном к нему (ф. 114/у);
- Дневник работы станции (отделения) скорой медицинской помощи (ф. 115/у) и др.

Медицинскую деятельность станций (подстанций, отделений) СМП характеризуют следующие показатели:

- обеспеченность населения СМП;
- своевременность выездов бригад по скорой помощи;
- расхождение диагнозов СМП и стационаров;
- удельный вес успешных реанимаций;
- удельный вес летальных исходов.

Показатель обеспеченности населения СМП характеризует уровень обращаемости населения за СМП. Показатель рассчитывают по формуле (в ‰):

$$\text{Обеспеченность населения СМП} = \frac{\text{Число вызовов СМП}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

Динамика этого показателя в Российской Федерации за последние 10 лет представлена на рис. 15.2.

Нормативный показатель обеспеченности населения СМП устанавливается ежегодно в Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и в 2010 г. составил 318 вызовов на 1000 населения.

Показатель своевременности выездов бригад по скорой помощи характеризует оперативность работы станций (отделений) СМП. Показатель рассчитывают по формуле (в %):

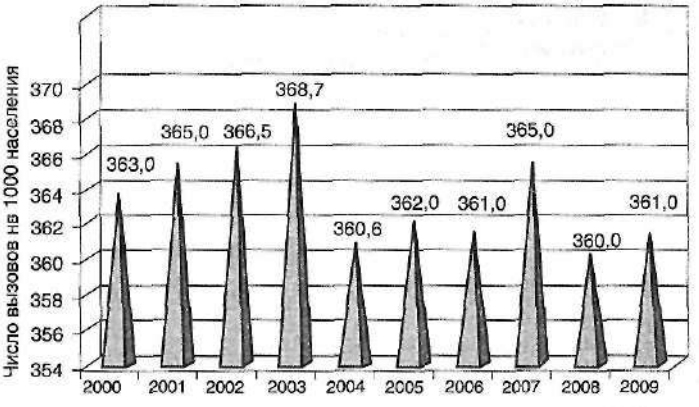


Рис. 15.2. Динамика показателя обеспеченности населения СМП в Российской Федерации (2000–2009 гг.)

$$\textbf{Своевременность выездов бригад по скорой помощи} = \frac{\text{Число выездов бригад по скорой помощи в течение 4 мин с момента поступления вызов}}{\text{Общее число вызовов по скорой помощи}} \times 100.$$

Рекомендуемый показатель равен не менее 99% выездов бригад в течение 4 мин с момента поступления вызова.

Показатель расхождения диагнозов СМП и стационаров характеризует уровень диагностики и преемственности в работе СМП и больничных учреждений. Показатель рассчитывают по формуле (в %):

$$\textbf{Расхождение диагнозов СМП и стационаров} = \frac{\text{Число случаев расхождения диагнозов СМП и стационаров}}{\text{Общее число госпитализированных больных из числа доставленных СМП в стационары}} \times 100.$$

Рекомендуемый показатель равен не более 5%.

Показатели удельного веса успешных реанимаций и удельного веса летальных исходов дополняют друг друга, характеризуют качество работы бригад СМП и оснащенность их необходимыми материальными ресурсами. Показатель рассчитывают по формулам (в %):

$$\text{Удельный вес успешных реанимаций} = \frac{\text{Число успешных реанимаций, выполненных бригадами СМП}}{\text{Общее число реанимаций, выполненных бригадами СМП}} \times 100.$$

$$\text{Удельный вес летальных исходов} = \frac{\text{Число летальных исходов в присутствии бригады СМП}}{\text{Общее число вызовов СМП}} \times 100.$$

Рекомендуемые показатели составляют соответственно не менее 10% и не более 0,05%.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Раскройте понятие «скорая медицинская помощь».
2. Какова примерная организационная структура станции (подстанции, отделения) СМП?
3. Какие задачи решает СМП?
4. Кто входит в состав фельдшерской, врачебной бригад станции СМП?
5. Какие обязанности выполняет врач выездной бригады станции СМП?
6. Какие основные задачи стоят перед оперативным (диспетчерским) отделом станции СМП?
7. Каковы действия бригады СМП при обнаружении трупа умершего или погибшего?
8. Как организуется неотложная медицинская помощь населению крупного города?
9. Перечислите основные проблемы в работе службы СМП.
10. Каковы основные направления реформирования службы СМП?
11. Перечислите основные формы первичной учетной медицинской документации стаций СМП.
12. По каким статистическим показателям анализируется деятельность станций СМП? Приведите формулы их расчета, рекомендуемые значения.

Глава 16

Организация стоматологической помощи

16.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Стоматологическая помощь относится к числу самых массовых видов медицинской помощи. Важнейшими задачами стоматологических организаций являются проведение комплекса диспансерных мероприятий по профилактике, раннему выявлению, лечению и реабилитации больных с заболеваниями полости рта, слюнных желез и челюстно-лицевой области.

К стоматологическим организациям, в которых больные получают общую и специализированную стоматологическую помощь, относятся:

- государственные и муниципальные (республиканские, краевые, окружные, областные, городские, районные) стоматологические поликлиники для взрослых и детей;
- образовательные, научно-исследовательские институты на своих клинических базах;
- стоматологические отделения и отделения челюстно-лицевой хирургии для взрослых и детей в составе многопрофильных больниц, медико-санитарных частей, ведомственных учреждений и др.;
- стоматологические кабинеты в диспансерах, женских консультациях, центрах общей врачебной (семейной) практики, в здравпунктах промышленных предприятий, в образовательных учреждениях и др.;
- частные стоматологические организации (поликлиники, кабинеты и др.)

Доступность населению стоматологической помощи зависит от многих факторов: организационных форм ее оказания, ценовой политики, обеспеченности населения врачами-стоматологами (зубными врачами) и др. В настоящее время стоматологическую помощь населению оказывают в централизованной, децентрализованной и выездной организационных формах.

При ***централизованной форме*** прием населения проводят непосредственно в стоматологической поликлинике или в стоматологическом отделении (кабинете) в составе другого лечебно-профилактического учреждения.

Децентрализованная форма оказания населению стоматологической помощи предусматривает создание постоянно действующих стоматологических кабинетов на здравпунктах промышленных предприятий, в образовательных учреждениях. Эта форма наиболее приемлема для организации стоматологической помощи работающему населению и учащимся. Преимущество этой формы неоспоримо, но организовывать подобные кабинеты целесообразно на предприятиях с числом работающих не менее 2000 и образовательных учреждениях с числом учащихся не менее 1500 человек.

Выездная форма наиболее эффективна для оказания стоматологической помощи сельским жителям, детям в дошкольных учреждениях, инвалидам, одиноким и престарелым гражданам. Ее использование позволяет максимально приблизить как общую, так и специализированную стоматологическую помощь к этим категориям граждан.

16.2. СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА

Основной объем стоматологической помощи населению оказывают ***стоматологические поликлиники***, которые представляют собой лечебно-профилактические учреждения, деятельность которых направлена на профилактику стоматологических заболеваний, своевременное выявление и лечение больных с заболеваниями полости рта, слюнных желез и челюстно-лицевой области.

Наиболее эффективной считают оказание стоматологической помощи населению по участковому принципу. Режим работы поликлиники устанавливают органы здравоохранения по подчиненности с учетом потребности населения и конкретных условий.

Основными задачами стоматологической поликлиники являются:

- проведение мероприятий по профилактике заболеваний челюстно-лицевой области среди населения и в организованных коллективах;
- организация и проведение мероприятий, направленных на раннее выявление больных с заболеваниями челюстно-лицевой области и своевременное их лечение;
- оказание квалифицированной амбулаторной стоматологической помощи населению.

Для решения этих задач стоматологическая поликлиника осуществляет:

- оказание своевременной терапевтической, хирургической, ортопедической и других видов стоматологической помощи лицам, обратившимся в поликлинику;
- оказание неотложной стоматологической помощи больным при острых заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстно-лицевой области;
- проведение медицинских осмотров в дошкольных и школьных образовательных учреждениях, на предприятиях с санацией полости рта всем нуждающимся;
- диспансерное наблюдение за больными с активно протекающим кариесом зубов, с заболеваниями пародонта и слизистой оболочки полости рта, хроническим остеомиелитом челюстей, злокачественными новообразованиями лица и полости рта, аномалиями развития и деформации челюстей и другими заболеваниями;
- экспертизу временной нетрудоспособности больных, направление на МСЭ лиц с признаками стойкой утраты трудоспособности;
- внедрение в практическую деятельность современных методов диагностики, лечения, новой медицинской техники, лекарственных средств;
- разработку территориальных целевых программ по профилактике, своевременной диагностике и лечению заболеваний полости рта, слюнных желез и челюстно-лицевой области;
- проведение санитарно-просветительной работы по профилактике заболеваний полости рта, слюнных желез и челюстей среди взрослого и детского населения.

Примерная организационная структура стоматологической поликлиники для взрослых представлена на рис. 16.1.

Помимо указанных на рисунке подразделений, в стоматологических поликлиниках могут организовываться кабинеты анестезиологии, профилактическое отделение (для проведения плановой санации полости рта среди организованного населения), смотровые кабинеты, в которых врачи-стоматологи оказывают неотложную помощь пациенту и направляют его на дополнительное обследование к врачам соответствующего специализированного отделения и др. Организационная структура стоматологической поликлиники устанавливается органом управления здравоохранением субъекта РФ с учетом региональных особенностей.



Рис. 16.1. Примерная организационная структура стоматологической поликлиники для взрослых

Оснащение кабинетов и отделений стоматологической поликлиники осуществляется согласно санитарно-гигиеническим требованиям к размещению, устройству, оборудованию, эксплуатации АПУ стоматологического профиля.

Руководство стоматологической поликлиникой осуществляет главный врач, которого назначает и освобождает от должности руководитель соответствующего органа управления здравоохранением.

Должности врачей-стоматологов и врачей стоматологов-хирургов устанавливают из расчета 4 должности на 10 тыс. взрослого городского населения; 2,5 должности на 10 тыс. взрослого сельского населения и 2,7 должности на 10 тыс. взрослого населения других населенных пунктов субъекта РФ; должности врачей стоматологов-ортопедов — соответственно 1,0, 0,7 и 0,8 должности на 10 тыс. взрослого населения. На каждые 12 должностей врачей-стоматологов и врачей стоматологов-хирургов устанавливают должность заведующего отделением (но не более 3 должностей на поликлинику). Если в штате поликлиники имеется не менее 4 ставок врачей-стоматологов-ортопедов, то организуется ортопедическое отделение с выделением 1 ставки заведующего. Должности медицинских сестер врачебных кабинетов устанавливают из расчета 1 должность на каждую должность врача стоматолога-хирурга, 2 должности на каждую должность врача-стоматолога и 3 должности на каждую должность врача стоматолога-ортопеда.

В целях улучшения качества стоматологической помощи, упорядочения системы учета деятельности врачей, ориентации их на

конечный результат, учет труда врачей стоматологического профиля основан как на оценке числа посещений, так и на измерении объема работы в ***условных единицах трудоемкости (УЕТ).*** Соответствующими приказами МЗиСР РФ определен перечень видов работ с их оценкой в УЕТ, являющихся экономическим эквивалентом трудозатрат. Например, наложение пломбы при поверхностном или среднем кариесе учитывают как 1 УЕТ, сложное удаление зуба — как 1,5 УЕТ. В соответствии с нормативами врач-стоматолог при 6-дневной рабочей неделе должен выполнить работу, эквивалентную 21 УЕТ, при 5-дневной — 25 УЕТ за рабочий день. Оценка работы стоматологов в УЕТ ведет к интенсификации их труда и направлена на оказание максимальной помощи в одно посещение, сокращение непроизводительных затрат рабочего времени, связанных с повторными посещениями. Учет труда по УЕТ ориентирован на то, чтобы поднять заинтересованность врачей в конечных результатах собственного труда, стимулировать у них рост производительности и развивать профилактическую направленность в работе.

Режим работы поликлиники устанавливает орган управления здравоохранением с учетом потребности населения, транспортной доступности, системы расселения и др. Как правило, работа врача-стоматолога организуется в две смены с чередованием утро–вечер через день. Для выполнения предусмотренных нормативов врач принимает 8–12 пациентов, при этом 1/3 из них должны быть первичными, т.е. поступать к врачу по направлению из регистратуры или смотрового кабинета. На первые часы работы назначают более сложных больных, например с пульпитами, периодонтитами. Если в кабинете ведется смешанный прием, то хирургических больных принимают в утренние часы. Больным, нуждающимся в косметическом лечении (реставрации), назначают прием в дневное время, для того чтобы врач мог определить цвет зубов при естественном освещении. При повторном назначении необходимо учитывать возраст, состояние здоровья, режим работы пациентов.

Регистратура играет большую роль в правильной организации приема, регулировании потока пациентов посредством выдачи талонов или предварительной записи на прием. Первичные талоны выдают на прием к врачу стоматологу-терапевту, стоматологу-хирургу, стоматологу-ортопеду или специалисту узкого профиля (пародонтолог, ортодонт, гигиенист).

Кроме регулирования потока пациентов, регистратура выполняет ряд других функций: оформляет и хранит «Медицинскую карту стоматологического больного» (ф. 043/у); осуществляет подбор карт, их

доставку в кабинеты и раскладку после приема; оформляет листки нетрудоспособности; дает необходимую справочную информацию посетителям; проводит финансовые расчеты с пациентами по оплате стоматологических услуг.

В организации приема больных в стоматологической поликлинике большая роль принадлежит ***дежурному стоматологу***, который осматривает пациента, определяет вид и объем необходимой стоматологической помощи, направляет к другим специалистам. Дежурный стоматолог в экстренных случаях оказывает больным неотложную стоматологическую помощь.

Повторные посещения больным поликлиники назначает лечащий врач. При правильной организации работы поликлиники больной наблюдается одним врачом, который составляет план лечения и при необходимости направляет пациента на консультацию и лечение к другим специалистам.

В поликлинике для соблюдения прав пациентов вводят систему гарантийного обслуживания: при первичном обращении больному выдают ***гарантийный талон***, в котором указывают план лечения, стоимость работы, график посещений и который дает больному право в случае обнаружения дефектов обратиться к врачу в любое время вне очереди в течение года после окончания лечения.

Важным разделом в работе стоматологической поликлиники является профилактическая деятельность. С целью активной профилактики кариеса зубов и других распространенных стоматологических заболеваний поликлиники проводят медицинские осмотры и плановую санацию полости рта детям в школьных и дошкольных образовательных учреждениях, студентам, рабочим, связанным с профессиональными вредностями, призывникам, беременным и другим контингентам.

16.3. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Основной объем стоматологической помощи детскому населению оказывает детская стоматологическая поликлиника. ***Детская стоматологическая поликлиника*** — лечебно-профилактическое учреждение, деятельность которого направлена на профилактику стоматологических заболеваний, своевременное выявление и лечение детей с болезнями челюстно-лицевой области. Детские стоматологиче-

ские поликлиники как самостоятельные лечебно-профилактические учреждения организуют в крупных городах с численностью детского населения не менее 60–70 тыс. человек. В городах с небольшой численностью детского населения (до 20 тыс.) стоматологическую помощь оказывают в детских отделениях (кабинетах) стоматологических поликлиник для взрослых.

Основными задачами детской стоматологической поликлиники являются:

- проведение мероприятий по профилактике заболеваний челюстно-лицевой области среди детского населения в школах и других организованных детских коллективах;
- организация и проведение мероприятий, направленных на раннее выявление детей с заболеваниями челюстно-лицевой области и своевременное их лечение;
- оказание квалифицированной амбулаторной стоматологической помощи детскому населению.

Для осуществления основных задач детская стоматологическая поликлиника организует и проводит:

- в плановом порядке по графикам, согласованным с директорами школ и руководителями детских коллективов, профилактические осмотры детей с одновременным лечением выявленных больных;
- полную санацию полости рта всем детям, обращающимся в поликлинику по вопросам оказания стоматологической помощи;
- оказание экстренной медицинской помощи больным детям при острых заболеваниях и травмах челюстно-лицевой области;
- диспансерное наблюдение за детьми со стоматологическими заболеваниями;
- оказание квалифицированной стоматологической помощи с осуществлением своевременной госпитализации детей, нуждающихся в стационарном лечении;
- реабилитационное лечение патологии челюстно-лицевой области и прежде всего ортодонтическое лечение;
- анализ заболеваемости детей стоматологическими болезнями и разработку мероприятии по снижению и устранению причин, способствующих возникновению заболеваний и их осложнений;
- санитарно-просветительную работу среди населения с привлечением медицинской общественности, Общества Красного Креста и Красного Полумесяца и использованием всех средств массовой информации (печать, телевидение, радиовещание, кино и др.).

Существуют определенные требования к структуре детской стоматологической поликлиники: наличие как минимум 2–3 кабинетов врачей-ортодонтов, кабинета врача-психолога, игровой комнаты. В том случае, если стоматологическую помощь детям оказывают в отделении, входящем в структуру стоматологической поликлиники для взрослых, обязательным условием является наличие отдельного входа для детей и как минимум двух кабинетов — хирургического и терапевтического. Организационная структура детской стоматологической поликлиники устанавливается органом управления здравоохранением субъекта РФ с учетом региональных особенностей.

Для осуществления плановых профилактических, а также лечебных мероприятий в организованных детских коллективах детская стоматологическая поликлиника использует предоставляемые для этих целей помещения, а также стоматологические кабинеты (в школах с числом учащихся 800 и более).

Врач-стоматолог детский проводит лечебную, диагностическую, профилактическую и организационную работу в лечебно-профилактических учреждениях, а также в образовательных, детских дошкольных и других детских учреждениях. Он осуществляет лечебно-профилактические мероприятия, направленные на оптимальное развитие зубочелюстной системы у детей, снижение распространенности и роста стоматологических заболеваний у детей всех возрастов.

Детский врач-стоматолог обязан:

- осуществлять диспансерный учет прикрепленного детского населения;
- планировать профилактическую, лечебно-диагностическую работу на основании анализа стоматологической заболеваемости детей своего региона и объема работы, необходимого для проведения санации полости рта прикрепленного контингента детей;
- обеспечить наиболее полный охват детского населения плановой санацией полости рта, обратив особое внимание на проведение плановой санации детей в возрасте от 3 до 5 лет, а также дошкольников, учащихся образовательных учреждений;
- планировать и проводить диспансеризацию детей со стоматологическими заболеваниями с учетом темпов их развития и тяжести течения;
- обеспечивать неуклонное уменьшение количества случаев декомпенсированных форм кариеса у детей, одонтогенных воспалительных процессов, удалений постоянных и временных зубов;

– оказывать неотложную стоматологическую помощь терапевтического профиля на догоспитальном этапе в амбулаторных условиях и стационаре;
– обеспечить при наличии показаний оказание специализированной помощи детям с привлечением детского стоматолога-хирурга, анестезиолога-реаниматолога, ортодонта;
– направлять больных детей при необходимости на стационарное лечение;
– проводить анализ эффективности диспансеризации детей, лечебно-диагностической и профилактической работы;
– осуществлять преемственность с врачами детских поликлиник, медицинским персоналом и администрацией образовательных и дошкольных детских учреждений;
– проводить санитарно-просветительную работу среди населения по профилактике стоматологических заболеваний;
– участвовать в работе по повышению квалификации врачей-педиатров и среднего медицинского персонала в области стоматологии.

Должности детских врачей-стоматологов, врачей стоматологов-хирургов, врачей стоматологов-ортодонтов устанавливают из расчета 0,45 должности на 1000 детей, проживающих в городе, где расположена поликлиника; 0,25 должности на 1000 детей в сельских населенных пунктах и 0,27 должности на 1000 детей в других населенных пунктах субъекта РФ. Должность заведующего стоматологическим отделением устанавливают на каждые 12 должностей врачей-стоматологов всех специальностей в поликлинике, но не более 3 на учреждение. Должность заместителя главного врача по медицинской части устанавливают в поликлиниках, в которых предусмотрено не менее 40 врачебных должностей, включая должность главного врача. Должности медицинских сестер врачебных кабинетов устанавливают из расчета 1 должность на 1 должность врача стоматолога-хирурга и 2 должности врачей-стоматологов и врачей стоматологов-ортодонтов.

Одна из особенностей в организации работы детских стоматологических поликлиник — широкое использование метода плановой санации, который предусматривает осмотр полости рта ребенка не реже 2 раз в год. Как правило, этот метод реализуется в два этапа.

– *первый этап* — осмотр полости рта ребенка и определение необходимых видов стоматологической помощи;
– *второй этап* — оказание стоматологической помощи в кратчайшие сроки до полной санации.

В ряде случаев плановая санация предусматривает *третий этап* — последующее активное динамическое наблюдение за больными детьми.

Успех проведения плановой санации детей в организованных детских коллективах во многом зависит от согласованных действий руководителей детских стоматологических поликлиник, дошкольных и школьных образовательных учреждений. Для этого заранее составляют графики плановой санации, обеспечивают организацию и контроль за их выполнением.

16.4. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В УСЛОВИЯХ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКИ

Принятие нового Гражданского кодекса Российской Федерации, формирование рынка товаров и медицинских услуг в здравоохранении, развитие обязательного и добровольного медицинского страхования, децентрализация управления на федеральном и региональном уровнях способствуют развитию частных стоматологических организаций. Сегодня частный сектор стоматологической помощи представлен как различными по своей организационно-правовой форме коммерческими структурами, так и отдельными предпринимателями, осуществляющими свою деятельность по оказанию стоматологических услуг индивидуально (без образования юридического лица).

Основную часть частных стоматологических организаций составляют небольшие амбулатории (в среднем на 2–3 кресла) и отдельные кабинеты. Реже встречаются более крупные клиники и даже целые сети клиник в больших городах.

В условиях формирующегося рынка медицинских услуг у части населения появилась реальная возможность выбора стоматологической организации и врача-стоматолога. В этих условиях идет конкуренция между стоматологическими организациями различных форм собственности за привлечение пациента, что в известной мере способствует повышению качества стоматологических услуг.

Процессы реформирования стоматологической службы происходят на фоне развивающейся конкуренции между стоматологическими организациями, что само по себе имеет большое значение для повышения доступности и качества оказываемой населению стоматологической помощи. Особенно заметно это в крупных городах,

где для формирования конкурентной среды есть все условия. В этом процессе все более явно прослеживаются следующие тенденции: во-первых, конкуренция между государственными (муниципальными) и частными стоматологическими организациями, во-вторых, между частными клиниками и частнопрактикующими врачами, в-третьих, между различными государственными и муниципальными стоматологическими учреждениями.

Однако следует отметить и негативную сторону, которая высветилась сегодня при формировании рынка стоматологических услуг. Это прежде всего непомерное удорожание стоматологической помощи, расслоение пациентов по материальным возможностям и выбору технологий для лечения и, как следствие этого, уменьшение ее доступности для большинства граждан. В таких условиях страдают социально незащищенные слои населения: дети, пенсионеры, инвалиды, учащиеся, потому что выделяемых из бюджета и фонда ОМС средств крайне недостаточно для оказания большей части населения качественной стоматологической помощи с использованием дорогостоящих современных технологий. Социальная незащищенность отдельных категорий граждан является главным негативным фактором становления рыночных отношений в здравоохранении.

С учетом этого приватизация государственных и муниципальных стоматологических учреждений возможна только при соблюдении определенных условий, из которых главное — создание эффективного механизма социальной защиты отдельных слоев населения. Одним из действенных механизмов этого является участие стоматологических организаций (независимо от форм собственности) в реализации муниципальных заданий по оказанию стоматологической помощи населению в рамках территориальных программ государственных гарантий.

16.5. СТАТИСТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Основными формами первичной учетной медицинской документации учреждений стоматологической службы являются:

– Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета (ф. 037/у-88);

– Сводная ведомость учета работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета (ф. 039-2/у-88);
– Медицинская карта стоматологического больного (ф. 043/у) и др.

Специальных отчетных форм по стоматологии нет, данные входят в виде различных таблиц в ф. 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении».

Показатели деятельности стоматологических организаций можно объединить в 4 группы:

1) удовлетворенность населения стоматологической помощью;
2) нагрузка персонала;
3) качество стоматологической помощи;
4) диспансеризация больных стоматологического профиля.

Особенностью статистики стоматологической помощи является ее учет как в посещениях, так и в условных единицах трудоемкости (УЕТ).

Показатели удовлетворенности населения стоматологической помощью:

– обеспеченность населения стоматологической помощью;
– обеспеченность населения врачами-стоматологами (зубными врачами);
– обеспеченность населения стоматологическими койками.

Показатель обеспеченности населения стоматологической помощью характеризует доступность и степень удовлетворения потребности населения в стоматологической помощи. Показатель рассчитывают по формуле (в ‰):

$$\text{Обеспеченность населения стоматологической помощью*} = \frac{\text{Число посещений стоматологов и зубных врачей}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000.$$

* Показатель может рассчитываться отдельно для детского (до 17 лет включительно) и взрослого населения.

Этот показатель в 2009 г. в Российской Федерации составил 919,0 на 1000 населения.

Показатель обеспеченности населения врачами-стоматологами (зубными врачами) является одной из характеристик ресурсного обеспечения, которое необходимо для реализации потребности населения в стоматологической помощи. Показатель рассчитывают по формуле (в ‰):

$$\textbf{Обеспеченность населения врачами-стоматологами (зубными врачами)} = \frac{\text{Число врачей-стоматологов (зубных врачей) лечебного профиля на взрослом (детском) приеме}}{\text{Среднегодовая численность взрослого (детского) населения}} \times 10\,000.$$

Динамика этих показателей в Российской Федерации представлена на рис. 16.2.



Рис. 16.2. Динамика показателей обеспеченности населения врачами-стоматологами и зубными врачами в Российской Федерации (2000–2009 гг.)

Показатель обеспеченности населения стоматологическими койками служит характеристикой удовлетворения потребности населения в узкоспециализированных видах стоматологической помощи. Показатель рассчитывают по формуле(в $^{0}/_{000}$):

$$\textbf{Обеспеченность населения стоматологическими койками} = \frac{\text{Число больничных коек стоматологического профиля}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 10\,000.$$

Этот показатель в Российской Федерации в 2009 г. составил 0,41 на 10 тыс. населения.

Показатели нагрузки персонала. Нагрузку персонала стоматологических организаций оценивают по следующим показателям:

- среднее число посещений в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача);
- среднее число санаций в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача);
- среднее число вылеченных зубов в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача);
- среднее число удаленных зубов в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача).

Показатель среднего числа посещений в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача) используют для оперативного ежедневного анализа нагрузки врача-стоматолога (зубного врача). Показатель рассчитывают отдельно для детского и взрослого населения по формуле:

$$\text{Среднее число посещений в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача)} = \frac{\text{Число посещений на 1 врача-стоматолога (зубного врача) за отчетный период}}{\text{Число рабочих дней за отчетный период}}.$$

Рекомендуемый показатель для детского населения составляет 10, для взрослого — 12 посещений в день.

Показатель среднего числа санаций в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача) является характеристикой полного оздоровления полости рта врачом-стоматологом или зубным врачом. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Среднее число санаций в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача)} = \frac{\text{Число санаций полости рта на 1 врача-стоматолога (зубного врача) за отчетный период}}{\text{Число рабочих дней за отчетный период}}.$$

Рекомендуемый показатель — 2–3 санации в день.

Показатель среднего числа вылеченных зубов в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача) характеризует нагрузку на смешанном стоматологическом приеме. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\textbf{Среднее число вылеченных зубов в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача)} = \frac{\text{Число вылеченных зубов на 1 врача-стоматолога (зубного врача) за отчетный период}}{\text{Число рабочих дней за отчетный период}}.$$

Рекомендуемый показатель — 7–8 вылеченных зубов в день.

Показатель среднего числа удаленных зубов в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача) также является характеристикой нагрузки на смешанном стоматологическом приеме. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\textbf{Среднее число удаленных зубов в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача)} = \frac{\text{Число удаленных зубов (временного и постоянного прикуса) на 1 врача-стоматолога (зубного врача) за отчетный период}}{\text{Число рабочих дней за отчетный период}}.$$

Рекомендуемый показатель — 2–3 удаленных зуба в день.

Два последних показателя используются также для расчета показателя, характеризующего качество стоматологической помощи — отношение числа вылеченных зубов к удаленным.

Показатели качества стоматологической помощи являются главным результатом деятельности стоматологических организаций. Наибольшую значимость среди них имеют следующие:

- отношение числа вылеченных зубов к удаленным;
- удельный вес осложненного кариеса;
- удельный вес осложнений после удаления зубов;
- частота случаев удаления постоянных зубов у детей.

Показатель отношения числа вылеченных зубов к удаленным характеризует уровень санитарной культуры населения, внедрения современных медицинских технологий и имеет специфические особенности для детского и взрослого населения. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\textbf{Отношение числа вылеченных зубов к удаленным*} = \frac{\text{Число вылеченных зубов}}{\text{Общее число удаленных зубов} - \text{Число удаленных зубов по смене прикуса}}.$$

* Показатель может рассчитываться отдельно для детского (до 17 лет включительно) и взрослого населения.

Рекомендуемый показатель для детского населения — 800:1 (для постоянных зубов), для взрослого населения — 3:1.

Показатель удельного веса осложненного кариеса характеризует уровень санитарной культуры населения, доступность стоматологической помощи, квалификацию специалистов и обеспеченность стоматологических организаций необходимыми материальными ресурсами. Показатель рассчитывают по формуле (в %):

$$\text{Удельный вес осложненного кариеса} = \frac{\text{Число вылеченных зубов по поводу пульпита, периодонтита}}{\text{Общее число вылеченных зубов}} \times 100.$$

Этот показатель не должен превышать 15%.

Показатель удельного веса осложнений после удаления зубов характеризует уровень профессиональной подготовки врачей-стоматологов (зубных врачей), обеспеченность стоматологических организаций необходимыми лекарственными средствами и расходными материалами. Показатель рассчитывают по формуле (в %):

$$\text{Удельный вес осложнений после удаления зубов} = \frac{\text{Число осложнений после удаления зубов}}{\text{Общее число удаленных зубов}} \times 100.$$

Допустимый максимальный показатель равен 1,0%.

Показатель частоты случаев удаления постоянных зубов у детей характеризует качество организации профилактической работы, полноты и своевременности санации полости рта у детского населения. Показатель рассчитывают по формуле (в ‰):

$$\text{Частота случаев удаления постоянных зубов у детей} = \frac{\text{Число удаленных постоянных зубов у детей}}{\text{Общее число санированных детей}} \times 1000.$$

Допустимый максимальный показатель равен 1,5 на 1000 санированных детей.

Показатели диспансеризации больных стоматологического профиля. Диспансеризация больных, нуждающихся в стоматологической помощи, оценивается следующими показателями:

– эффективность диспансеризации;
– доля санированных лиц;
– индекс Коллегова.

Показатель эффективности диспансеризации используют для анализа динамического наблюдения больных, страдающих заболеваниями полости рта. Показатель рассчитывают по формуле (в %):

$$\text{Эффективность диспансеризации}^{*} = \frac{\text{Число больных, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу болезней полости рта с улучшением состояния (ухудшением, без изменения) на конец отчетного периода}}{\text{Общее число больных, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу болезней полости рта на конец отчетного периода}} \times 100.$$

* Показатель может рассчитываться по отдельным нозологиям.

Рекомендуемый показатель для группы диспансерных больных с заболеваниями полости рта с улучшением состояния — не менее 85%, с ухудшением — не более 15%.

Показатель доли санированных лиц характеризует полноту санации больных с заболеваниями полости рта. Показатель рассчитывают по формуле (в %):

$$\text{Доля санированных лиц} = \frac{\text{Число санированных лиц}}{\text{Общее число лиц, первично обратившихся за стоматологической помощью}} \times 100.$$

Рекомендуемый показатель — 100%.

Индекс Коллегова характеризует уровень работы по профилактике и лечению заболеваний полости рта у детей в организованных коллективах. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Индекс Коллегова} = \frac{\text{Число здоровых, ранее санированных и санированных при медицинских осмотрах детей в организованном коллективе}}{\text{Общее число детей в организованном коллективе}}.$$

Рекомендуемый показатель — 1,0.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. В каких учреждениях населению оказывается стоматологическая помощь?
2. В каких двух организационных формах оказывается стоматологическая помощь населению?
3. Перечислите основные задачи стоматологической поликлиники. Приведите ее примерную организационную структуру.
4. Как рассчитывают штатные нормативы стоматологической поликлиники для взрослых?
5. Какова особенность организации стоматологической помощи детскому населению?
6. Какие основные задачи решает детская стоматологическая поликлиника?
7. Как рассчитывают штатные нормативы для детской стоматологической поликлиники?
8. Раскройте содержание метода плановой санации детского населения.
9. В чем перспективы развития стоматологической службы в условиях рыночной экономики?
10. Какие основные формы первичной учетной медицинской документации используют в стоматологических организациях?
11. По каким статистическим показателям анализируют деятельность стоматологических организаций? Приведите формулы их расчета, рекомендуемые значения.

Глава 17

Особенности организации медицинской помощи жителям сельской местности

17.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

В Российской Федерации медицинская помощь жителям сельской местности оказывается в сети учреждений здравоохранения, в которой функционируют около 1750 центральных районных больниц, 480 участковых больниц, 39 тыс. фельдшерско-акушерских пунктов. В этих учреждениях работает более 46 тыс. врачей и 208 тыс. среднего медицинского персонала.

В основе организации медицинской помощи жителям села лежат те же принципы, что и городскому населению. Однако сельская местность имеет свои особенности:

- низкую (по сравнению с городом) плотность населения, разбросанность населенных пунктов и их отдаленность;
- плохое качество, а порой и отсутствие дорог;
- специфику сельскохозяйственного труда (сезонность полевых работ, зависимость от погодных условий и др.);
- отличные от городских условия и образ жизни населения и др.

Данные особенности накладывают отпечаток на систему организации медицинской помощи сельским жителям. Это касается типа, мощности, дислокации учреждений здравоохранения, обеспеченности их квалифицированными медицинскими кадрами, возможности получения специализированной медицинской помощи. Эти особенности также диктуют необходимость разработки и введения дифференцированных нормативов по отдельным видам ресурсов. Например, для сельских районов, расположенных на больших территориях с низкой плотностью населения (Крайний Север, Сибирь, Дальний Восток), норматив численности населения для организации фельдшерско-акушерского пункта или центра общей врачебной (семейной) практики значительно ниже такового на юге страны, где плотность населения выше и населенные пункты расположены близко друг от друга, имеется хорошее транспортное сообщение.

17.2. ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКИМ ЖИТЕЛЯМ

Главной особенностью оказания медицинской помощи жителям села является ее этапность. Условно выделяют три этапа в организации медицинской помощи сельскому населению (рис. 17.1).

Первый этап — учреждения здравоохранения сельского поселения, которые входят в состав ***комплексного терапевтического участка***. На этом этапе сельские жители получают доврачебную, а также основные виды врачебной медицинской помощи: терапевтическую, педиатрическую, хирургическую, акушерскую, гинекологическую, стоматологическую.

Первым медицинским учреждением, в которое, как правило, обращается сельский житель, является ***фельдшерско-акушерский пункт (ФАП)***. Он функционирует как структурное подразделение участковой или центральной районной больницы. ФАП целесообразно организовывать в населенных пунктах с числом жителей от 700 и более при расстоянии до ближайшего медицинского учреждения свыше 2 км, а если расстояние превышает 7 км, то и в населенных пунктах с числом жителей до 700 человек.

На ФАП возлагается решение большого комплекса медико-санитарных задач:

- проведение мероприятий, направленных на профилактику и снижение заболеваемости, травматизма и отравлений среди сельского населения;
- снижение смертности, прежде всего младенческой, материнской, в трудоспособном возрасте;
- оказание населению доврачебной медицинской помощи;
- участие в текущем санитарном надзоре за детскими дошкольными и школьными образовательными учреждениями, коммунальными, пищевыми, промышленными и другими объектами, водоснабжением и очисткой населенных мест;
- проведение подворных обходов по эпидемиологическим показаниям с целью выявления инфекционных больных, контактных с ними лиц и подозрительных на инфекционные заболевания;
- повышение санитарно-гигиенической культуры населения.

Таким образом, ФАП является учреждением здравоохранения в большей степени профилактической направленности. На ФАП



Рис. 17.1. Этапы оказания медицинской помощи сельскому населению

возлагают функции аптечного пункта по продаже населению готовых лекарственных форм и других аптечных товаров.

Работу ФАПа возглавляет ***заведующий ФАП***, основными задачами которого являются:

– организация лечебно-профилактической и санитарно-эпидемиологической работы;

– амбулаторный прием и лечение больных на дому;
– оказание скорой и неотложной медицинской помощи при острых заболеваниях и несчастных случаях (ранения, кровотечения, отравления и др.) с последующим направлением больного в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение;
– подготовка больных к приему врачом на ФАП, проведение диспансеризации населения и профилактических прививок;
– проведение противоэпидемических мероприятий, в частности подворных обходов по эпидемиологическим показаниям с целью выявления инфекционных больных, контактных с ними лиц и подозрительных на инфекционные заболевания;
– оказание медицинской помощи детям в дошкольных и школьных образовательных учреждениях, расположенных на территории деятельности ФАП и не имеющих в своих штатах соответствующих средних медицинских работников;
– проведение санитарно-просветительной работы среди населения.

На должность заведующего ФАП назначают лицо, получившее среднее медицинское образование по специальности «Лечебное дело» и имеющее сертификат по специальности «Лечебное дело».

Кроме заведующего на ФАП работают акушерка и патронажная медицинская сестра.

Акушерка ФАП несет ответственность за обеспечение и уровень оказания доврачебной медицинской помощи беременным и гинекологическим больным, а также за санитарно-просветительную работу среди населения по вопросам охраны материнства и детства.

Акушерка непосредственно подчиняется заведующему ФАП, а методическое руководство ее работой осуществляет врач акушер-гинеколог лечебно-профилактического учреждения, на которого возложена ответственность за оказание акушерско-гинекологической помощи населению на территории деятельности ФАП.

Патронажная медицинская сестра осуществляет профилактические мероприятия по оздоровлению детского населения. В этих целях она решает следующие задачи:

– проводит патронаж здоровых детей в возрасте до 1 года, в том числе новорожденных на дому, осуществляет контроль за рациональным вскармливанием ребенка;
– осуществляет мероприятия по профилактике рахита и гипотрофии;
– проводит профилактические прививки и диагностические пробы;

– проводит профилактическую работу в дошкольных и школьных образовательных учреждениях (расположенных на территории деятельности ФАП и не имеющих в своих штатах соответствующих средних медицинских работников);
– готовит больных детей к приему на ФАП врачом-педиатром;
– проводит подворные обходы по эпидемиологическим показаниям с целью выявления инфекционных больных, контактных с ними лиц и подозрительных на инфекционные заболевания и др.

При отсутствии в штатном расписании должности патронажной медицинской сестры акушерка, помимо своих обязанностей, ведет наблюдение за состоянием здоровья и развитием детей 1-го года жизни. При отсутствии в штате ФАП акушерки и патронажной медицинской сестры их обязанности выполняет заведующий.

Несмотря на важную роль ФАП, ведущим медицинским учреждением на первом этапе оказания медицинской помощи жителям села является ***участковая больница***, которая в своем составе может иметь стационар и врачебную амбулаторию. Виды и объем медицинской помощи в участковой больнице, ее мощность, оснащение, укомплектованность медицинскими кадрами во многом зависят от профиля и мощности других медицинских учреждений, входящих в систему здравоохранения муниципального района (сельского поселения). Основной задачей участковой больницы является оказание населению первичной медико-санитарной помощи.

Амбулаторно-поликлиническая помощь населению — важнейший раздел работы участковой больницы. Она может оказываться ***амбулаторией***, входящей в структуру больницы, или самостоятельной амбулаторией. Основной задачей амбулатории является проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, инвалидности, смертности среди населения, раннему выявлению заболеваний, диспансеризации больных. Врачи амбулатории ведут прием взрослых и детей, осуществляют вызовы на дом и неотложную помощь. В приеме больных могут принимать участие и фельдшера, однако медицинская помощь в амбулатории преимущественно должна оказываться врачами. В участковой больнице проводится экспертиза временной нетрудоспособности, а в случае необходимости больные направляются на МСЭ.

С целью приближения специализированной медицинской помощи жителям села врачи центральной районной больницы по опре-

деленному графику выезжают в амбулаторию для приема больных и отбора их в случае необходимости на госпитализацию в специализированные учреждения. В последнее время во многих субъектах РФ происходит реорганизация участковых больниц и амбулаторий в центры общей врачебной (семейной) практики.

Вторым этапом обеспечения медицинской помощью сельского населения являются учреждения здравоохранения муниципального района, а среди них ведущее место занимает ***центральная районная больница (ЦРБ)***. Центральная районная больница осуществляет основные виды специализированной медицинской помощи и одновременно выполняет функции органа управления здравоохранением на территории муниципального района.

Мощность ЦРБ, профиль специализированных отделений в ее составе зависят от численности населения, структуры и уровня заболеваемости, иных медико-организационных факторов и определяются администрациями муниципальных образований. Как правило, ЦРБ бывают мощностью от 100 до 500 коек, а число специализированных отделений в ней — не менее пяти: терапевтическое, хирургическое с травматологией, педиатрическое, инфекционное и акушерско-гинекологическое (если в районе нет родильного дома).

Главный врач ЦРБ является руководителем здравоохранения муниципального района, назначается и освобождается от должности администрацией муниципального района.

Примерная организационная структура ЦРБ представлена на рис. 17.2.

Методическую, организационную и консультативную помощь врачам комплексных терапевтических участков, фельдшерам ФАП осуществляют специалисты ЦРБ. Каждый из них согласно утвержденному графику выезжает на комплексный терапевтический участок для проведения медицинских осмотров, анализа диспансерной работы, отбора больных на госпитализацию.

С целью приближения специализированной медицинской помощи к сельскому населению создаются ***межрайонные медицинские центры***. Функции таких центров выполняют крупные ЦРБ (мощностью 500–700 коек), способные обеспечить население ближайших муниципальных районов недостающими видами специализированной стационарной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

В структуре ЦРБ имеется ***поликлиника***, которая оказывает первичную медико-санитарную помощь сельскому населению по направле-

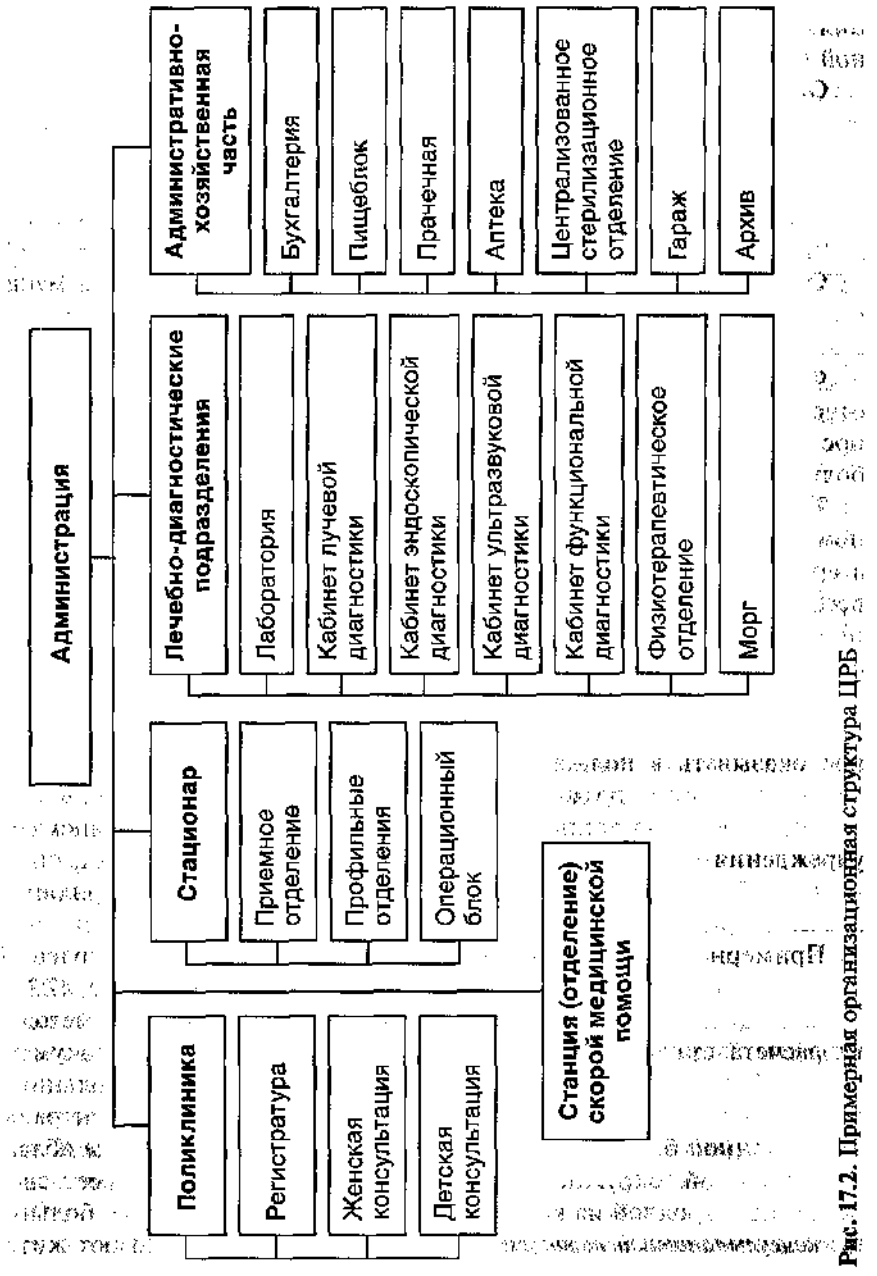


Рис. 17.2. Примерная организационная структура ЦРБ

ниям фельдшеров ФАП, врачей амбулаторий, центров общей врачебной (семейной) практики.

Оказание внебольничной и стационарной лечебно-профилактической помощи детям в муниципальном районе возлагается на ***детские консультации (поликлиники)*** и ***детские отделения ЦРБ***. Профилактическая и лечебная работа детских поликлиник и детских отделений ЦРБ осуществляется на тех же принципах, что и в городских детских поликлиниках.

Оказание акушерско-гинекологической помощи женщинам в муниципальном районе возлагается на ***женские консультации, родильные и гинекологические отделения ЦРБ***.

Функциональные обязанности медицинского персонала, учетно-отчетная документация, расчет статистических показателей деятельности ЦРБ принципиально не отличаются от таковых в городских больницах и АПУ.

Третьим этапом обеспечения сельского населения медицинской помощью являются учреждения здравоохранения субъекта РФ, а среди них главную роль играют областные (краевые, окружные, республиканские) больницы. На этом этапе осуществляется оказание специализированной медицинской помощи по всем основным специальностям.

Областная (краевая, окружная, республиканская) больница — крупное многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, призванное оказывать в полном объеме специализированную помощь не только сельским, но и всем жителям субъекта РФ. Она является центром организационно-методического руководства медицинскими учреждениями, размещенными на территории области (края, округа, республики), базой специализации и повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала.

Примерная организационная структура областной (краевой, окружной, республиканской) больницы представлена на рис. 17.3.

Функциональные обязанности медицинского персонала, методика расчета статистических показателей, учетно-отчетная документация областной (краевой, окружной, республиканской) больницы принципиально не отличаются от таковых в городской или центральной районной больницах. В то же время организация работы областной (краевой, окружной, республиканской) больницы имеет свои особенности, одной из которых является наличие в составе больницы ***консультативной поликлиники***, куда за помощью приезжают жите-



Рис. 17.3. Примерная организационная структура областной (краевой, окружной, республиканской) больницы

ли всех муниципальных районов (городских округов) субъекта РФ. Для их размещения при больнице организуется пансионат или гостиница для пациентов.

В консультативную поликлинику больных направляют, как правило, после предварительной консультации и обследования у районных (городских) врачей-специалистов.

Другой особенностью областной (краевой, окружной, республиканской) больницы является наличие в ее составе ***отделения экстренной и планово-консультативной помощи***, которое, используя средства санитарной авиации или наземного автотранспорта, оказывает экстренную и консультативную помощь с выездом в отдаленные населенные пункты. Кроме того, отделение обеспечивает доставку больных в специализированные региональные и федеральные медицинские центры.

Отделение экстренной и планово-консультативной помощи работает в тесной связи с ***региональным центром медицины катастроф.***

В случаях возникновения чрезвычайных ситуаций практическую работу по выполнению санитарных заданий осуществляют бригады специализированной медицинской помощи постоянной готовности.

В отличие от ЦРБ в областной (краевой, окружной, республиканской) больнице функции ***организационно-методического отдела*** значительно шире. Фактически он служит аналитическим центром и научно-методической базой органа управления здравоохранением субъекта РФ по внедрению в практику современных медицинских и организационных технологий.

К организационной деятельности отдела относятся проведение региональных фельдшерских (сестринских) конференций, обобщение и распространение передового опыта учреждений здравоохранения, организация медицинских осмотров населения, плановых выездов специалистов, издание инструктивно-методических материалов и др.

Научно-исследовательская работа является одним из направлений в деятельности областной (краевой, окружной, республиканской) больницы. Она включает проведение совместно с кафедрами медицинских вузов и научно-исследовательскими институтами исследований, внедрение научных результатов в практическую работу медицинских учреждений, организацию научных конференций и семинаров, работу научных обществ врачей и др.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Какие особенности сельской местности определяют специфику организации медицинской помощи жителям села?
2. Перечислите три этапа в организации медицинской помощи сельскому населению. Раскройте содержание каждого из них.
3. Какие задачи возлагаются на ФАП?
4. Что входит в функциональные обязанности заведующего ФАП?
5. Какие обязанности возлагают на акушерку и патронажную медицинскую сестру ФАП?
6. Какие задачи выполняет ЦРБ? Приведите ее примерную организационную структуру.
7. Какие задачи возложены на областную (краевую, окружную, республиканскую) больницу? Выделите основные особенности ее работы.
8. Приведите примерную организационную структуру областной (краевой, окружной, республиканской) больницы.

Глава 18

Организация санаторно-курортной помощи

18.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Санаторно-курортное лечение (СКЛ) является одним из востребованных и эффективных направлений медицинской реабилитации. При функциональных нарушениях, используя методы санаторно-курортной терапии можно на ранних стадиях путем активации процессов адаптации организма не допустить развития заболеваний. При хронических формах заболеваний СКЛ способствует восстановлению и компенсации нарушенных функций, замедляет прогрессирование заболевания, уменьшает число обострений, удлиняет период ремиссии. Таким образом, задача СКЛ заключается в активизации защитных реакций организма, направленных на сохранение относительного постоянства его внутренней среды. В основе санаторно-курортной терапии лежит использование природных лечебных факторов, к которым относятся климат, минеральные воды и лечебные грязи.

Санаторно-курортное лечение в России имеет давние традиции. Первый курорт России — Марциальные Воды — был основан в Карелии еще в 1719 г. Петром I, и с тех пор лечение и оздоровление на российских курортах стали необычайно популярными у жителей России.

Санаторно-курортный комплекс России не имеет аналогов в мире. В зависимости от характера климатогеографических условий и используемых природных лечебных факторов курорты делят на климатолечебные, бальнеологические, грязелечебные и смешанные. Само слово ***курорт*** (от нем. *kur* — лечение и *ort* — место) означает местность с особыми природными лечебными факторами.

Климатолечебные курорты. Основными методами лечения являются аэротерапия, гелиотерапия, талассотерапия. Лечебно-профилактическое воздействие климата на организм человека обусловлено рядом природных факторов, главные из которых положение местности над уровнем моря, степень удаленности от моря, атмосферное давление, температура, циркуляция и влажность воздуха, количество осадков, интенсивность солнечной радиации. Наиболее известные

климатолечебные курорты находятся в Сочи, Анапе, на побережье Балтийского моря и Финского залива, Южном берегу Крыма (Ялта, Алушта), в Подмосковье и др.

Бальнеологические курорты. Основной метод лечения — бальнеотерапия — лечение минеральными водами различных типов (углекислыми, щелочными, железистыми, радоновыми и др.), которые образуются в недрах земли под влиянием различных геологических процессов. Это эффективное лечение основано на благоприятном влиянии на организм растворенных в воде газов и солей. Основными бальнеотерапевтическими процедурами являются общие и местные ванны, купания в лечебных бассейнах, питье минеральных вод, промывания-орошения кишечника, ингаляции. Наиболее известными территориями с бальнеологическими курортами являются: Кисловодск, Сочи, Мацеста, Пятигорск, Ессентуки, Железноводск, Карелия, Старая Русса и др.

Грязелечебные курорты. Грязелечение (пелоидотерапия) — метод физиотерапии с использованием пелоидов (лечебных грязей). Основным лечебным фактором являются грязи различных типов: торфяные, сапропели (иловые отложения пресных водоемов), сульфидные (иловые отложения минеральных озер, лиманов, морских заливов), сопочные (продукт грязевых вулканов). Наиболее известные грязелечебные курорты находятся в Евпатории, Саки (Крым), Пятигорске, Старой Руссе, Подмосковье и др.

Санаторно-курортный комплекс включает различные медицинские организации: санаторий (для взрослых, детей, для детей с родителями), бальнеологическую лечебницу, грязелечебницу, курортную поликлинику, санаторий-профилакторий, центр восстановительной медицины и реабилитации и др. Всего на территории России в 2009 г. функционировало около 4500 санаторно-курортных организаций (СКО) на 753 тыс. коек, в которых ежегодно оздоравливаются более 11 млн человек. Координацию деятельности сети СКО и учреждений восстановительного лечения (реабилитации) осуществляет МЗиСР РФ.

Кроме того, в зависимости от природных лечебных факторов СКО специализируются по отдельным медицинским профилям: для больных туберкулезом, болезнями системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения и обмена веществ, нервной, мочеполовой, костно-мышечной системы, женской репродуктивной сферы, заболеваний кожи и др.

В лечебном процессе СКО, кроме природных факторов, широко используют диетическое питание, лечебную физкультуру, физиотерапию, психотерапию, гомеопатию, фитотерапию, акупунктуру, мануальную терапию и другие методы лечения.

Основным типом СКО является ***санаторий***, который возглавляет главный врач, имеющий заместителей по лечебным вопросам и административно-хозяйственной части.

Структура санатория приближена к больничному учреждению и включает в себя: приемное отделение, палатные корпуса, специализированные лечебные кабинеты (физиотерапевтический, лечебной физкультуры, массажа, водных процедур, грязелечения, кислородотерапии, психотерапии и др.), диагностические подразделения, административно-хозяйственную часть. В палатных корпусах организуют круглосуточные посты медицинских сестер, которые выполняют врачебные назначения и в случае необходимости оказывают первую медицинскую помощь.

Сроки лечения больных в санаториях зависят от характера заболевания и эффективности природных лечебных факторов данного курорта. В большинстве санаториев они составляют 24–30 сут.

Больным, не нуждающимся в постоянном медицинском наблюдении, проводят ***амбулаторно-курортное лечение***, которое осуществляют в курортных поликлиниках, в бальнео- и грязелечебницах, питьевых галереях минеральных вод, ингаляториях, расположенных как в самом санатории, так и на территории курорта.

18.2. ОТБОР И НАПРАВЛЕНИЕ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЗРОСЛЫХ

Отбор пациентов на санаторно-курортное и амбулаторно-курортное лечение, как правило, осуществляют учреждения здравоохранения. Лечащий врач на основании анализа объективного состояния пациента, результатов предшествующего лечения, данных лабораторного и инструментального обследования определяет медицинские показания для санаторно-курортного лечения. В сложных и конфликтных ситуациях по представлению лечащего врача (заведующего отделением) заключение о целесообразности санаторно-курортного или амбулаторно-курортного лечения выдает врачебная комиссия этого учреждения. Она также выдает заключение о пока-

заниях или противопоказаниях к СКЛ гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг.

При решении вопроса о выборе курорта, помимо заболевания, в соответствии с которым больному рекомендовано СКЛ, следует учитывать наличие сопутствующих заболеваний, контрастность климатогеографических условий, особенности природных лечебных факторов и других условий лечения на рекомендуемых курортах.

Больных, которым показано СКЛ, но отягощенных сопутствующими заболеваниями, либо с нарушениями здоровья возрастного характера, следует направлять в близко расположенные СКО необходимого профиля.

При наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний пациенту выдают на руки «Справку для получения путевки» (ф. 070/у-04) с рекомендацией санаторно-курортного лечения, о чем лечащий врач делает соответствующую запись в «Медицинской карте амбулаторного больного» (срок действия справки 6 мес).

Гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, справку для получения путевки выдают на основании заключения врачебной комиссии лечебно-профилактического учреждения.

Справку вместе с заявлением больной представляет по месту выдачи путевки — в региональные отделения Фонда социального страхования, органы управления здравоохранением, СКО, туристические фирмы.

Получив путевку, больной обязан не ранее чем за 2 мес до начала срока ее действия явиться к лечащему врачу с целью проведения дополнительного обследования. При соответствии в путевке профиля СКО данной ранее рекомендации лечащий врач заполняет и выдает больному «Санаторно-курортную карту» (ф. 072/у-04), о выдаче которой лечащий врач также делает соответствующую запись в «Медицинской карте амбулаторного больного».

Если пациент приобретает путевку самостоятельно, лечащий врач организует необходимое обследование и при наличии медицинских показаний для данного курорта выдает «Санаторно-курортную карту».

Направление на долечивание (реабилитацию) работающих граждан. Минздравсоцразвития России утвержден порядок направления больных из числа работающих застрахованных граждан на долечи-

вание в специализированные санатории (отделения) непосредственно после стационарного лечения.

Лечебно-профилактическое учреждение осуществляет отбор и направление на долечивание в специализированные санатории больных после острого инфаркта миокарда, операций на сердце и магистральных сосудах, острого нарушения мозгового кровообращения, операций по поводу язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, других заболеваний, а также после пролеченных заболеваний беременных из групп риска.

Санаторно-курортные путевки на долечивание в санатории выдают лечебно-профилактические учреждения, заключившие соответствующий договор с региональным отделением Фонда социального страхования РФ.

Выдача листков нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения осуществляется в порядке, изложенном в главе 20.

Порядок приема и выписки больных. По прибытии в СКО больной предъявляет путевку, санаторно-курортную карту и полис обязательного медицинского страхования.

После первичного осмотра лечащий врач СКО выдает больному «Санаторную книжку», в которую записывает назначенные лечебные процедуры.

В отдельных случаях пребывание больного в СКО может повлечь за собой ухудшение состояния его здоровья и считается для него противопоказанным.

В таких случаях лечащий врач или врачебная комиссия СКО должны определить:

- возможность оставления больного в СКО для проведения бальнеологического, климатического, медикаментозного или другого лечения;
- необходимость перевода больного в больницу или транспортировки с выделением сопровождающего по месту жительства;
- необходимость оказания содействия в приобретении проездных билетов и др.

По завершении курса СКЛ больному выдаются обратный талон санаторно-курортной карты и «Санаторная книжка» с данными о проведенном в СКО лечении, его эффективности, рекомендациями по режиму работы, питания и отдыха. Обратный талон санаторно-курортной карты больной обязан представить в лечебно-профилактическое учреждение, которое ее выдало.

18.3. ОСОБЕННОСТИ НАПРАВЛЕНИЯ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ

Направление детей на санаторно-курортное лечение осуществляется в порядке, аналогичном для взрослых больных, но оно имеет некоторые особенности.

Перед направлением ребенка на СКЛ лечащий врач проводит его клинико-лабораторное обследование в зависимости от характера заболевания, а также санацию хронических очагов инфекции, противоглистное или противолямблиозное лечение.

При направлении на СКЛ ребенка необходимо иметь следующие документы:

- путевку;
- «Санаторно-курортную карту для детей» (ф. 076/у-04);
- полис обязательного медицинского страхования;
- результаты анализа на энтеробиоз;
- заключение врача-дерматолога об отсутствии заразных заболеваний кожи;
- справку врача-педиатра или врача-эпидемиолога об отсутствии контакта ребенка с инфекционными больными по месту жительства, в детском саду или школе.

Для детей, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, наиболее эффективно лечение на климатолечебных и бальнеогрязевых курортах Геленджика, Кисловодска, Калининградской, Ленинградской курортных зон, Сочи и др.

При болезнях органов дыхания рекомендуется проходить лечение на климатолечебных и бальнеогрязевых курортах Анапы, Кисловодска, Нальчика, Пятигорска, Владивостокской курортной зоны и др.

Заболевания органов пищеварения успешно лечат в санаториях с питьевыми минеральными водами (Ессентуки, Железноводск, Пятигорск, Ижевские минеральные воды, Хилово и др.).

Детям с заболеваниями опорно-двигательного аппарата показаны бальнеогрязевые курорты Анапы, Кашина, Липецка, Сочи, Старой Руссы, Ленинградской курортной зоны и др.

Детям, страдающим нервными и психоневрологическими заболеваниями, рекомендовано СКЛ в специализированных психоневрологических санаториях Анапы, Белокурихи, Ейска, Пятигорска, Юматово, Хилово.

Большой популярностью пользуются бальнеогрязевые курорты Анапы, Горячинска, Красноусольска, Мацесты, Талги для СКЛ детей при распространенных заболеваниях кожи (атопический, себорейный дерматит, псориаз, крапивница, витилиго, плоский красный лишай и *др.*).

По окончании СКЛ на ребенка выдают обратный талон санаторно-курортной карты для представления в лечебно-профилактическое учреждение, выдавшее санаторно-курортную карту, а также санаторную книжку с данными о проведенном в СКО лечении, его эффективности, медицинскими рекомендациями. Данную документацию выдают на руки родителям или сопровождающему лицу.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. В чем заключаются особенности СКЛ? Какова его задача?
2. Что такое курорт? Какие виды курортов вы знаете?
3. Перечислите основные структурные подразделения санатория.
4. Раскройте порядок отбора и направления на СКЛ взрослых.
5. После каких заболеваний осуществляются отбор и направление больных из числа работающих застрахованных граждан на долечивание (реабилитацию) в специализированные санатории?
6. Каков порядок приема и выписки больных в СКО?
7. В чем заключаются особенности отбора и направления на СКЛ детей?
8. Перечислите наиболее популярные курорты для детей.

Глава 19

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей на потребительском рынке

В 2004 г. в соответствии с Указом Президента РФ была образована Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), которая явилась правопреемником Государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ. На Федеральную службу возложено решение двух важнейших задач:

- контроль и надзор в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- защита прав потребителей на потребительском рынке.

Для решения этих задач Федеральной службе была передана часть функций Министерства здравоохранения, Министерства экономического развития и торговли, Министерства по антимонопольной политике и поддержке предпринимательства.

19.1. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Санитарно-эпидемиологическое благополучие граждан РФ обеспечивается путем неукоснительного соблюдения санитарного законодательства, в системе которого базовым является Федеральный закон от 30.03.99 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

В соответствии с этим законом ***санитарно-эпидемиологическое благополучие населения*** представляет собой состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются

благоприятные условия его жизнедеятельности, и является одним из основных условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду.

Для достижения санитарно-эпидемиологического благополучия населения проводятся следующие мероприятия:

- профилактика заболеваний в соответствии с санитарно-эпидемической обстановкой и прогнозом ее изменения;
- выполнение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и обязательное соблюдение гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарных правил как составной части осуществляемой ими деятельности;
- государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование;
- государственный санитарно-эпидемиологический надзор;
- сертификация продукции, работ и услуг, представляющих потенциальную опасность для человека;
- лицензирование видов деятельности, представляющих потенциальную опасность для человека;
- государственная регистрация 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;
- проведение социально-гигиенического мониторинга;
- своевременное информирование населения о возникновении инфекционных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), состоянии среды обитания и проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятиях;
- гигиеническое воспитание, обучение населения и пропаганда здорового образа жизни;
- привлечение к ответственности за нарушение законодательства РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и др.

Проведение этого обширного комплекса мероприятий, а также координация деятельности по их выполнению с лечебно-профилактическими учреждениями возложены на Роспотребнадзор, его территориальные органы и учреждения.

19.2. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НА ПОТРЕБИТЕЛЬСКОМ РЫНКЕ

Отношения в области ***защиты прав потребителей на потребительском рынке*** регулируются Законом РФ от 07.02.92 № 2300-1 «О защите прав потребителей» по следующим направлениям:

- защита прав потребителей при продаже товаров;
- защита прав потребителей при выполнении работ (оказании услуг);
- государственная и общественная защита прав потребителей.

Реализация этого закона осуществляется путем:

- принятия мер по приостановлению производства и реализации товаров (выполнения работ, оказания услуг), не соответствующих обязательным требованиям, и информированию об этом потребителей;
- направления в орган, осуществляющий лицензирование, материалов о нарушении прав потребителей для рассмотрения вопросов о приостановлении действия или аннулировании соответствующей лицензии;
- направления в органы прокуратуры, другие правоохранительные органы материалов для решения вопросов о возбуждении уголовных дел по признакам преступлений, связанных с нарушением прав потребителей;
- обращения в суд с заявлениями в защиту прав потребителей;
- привлечения к ответственности за нарушения законодательства РФ в сфере защиты прав потребителей на потребительском рынке.

Настоящий Закон регулирует отношения, возникающие между потребителями и изготовителями, исполнителями, продавцами при продаже товаров (выполнении работ, оказании услуг), устанавливает права потребителей на приобретение товаров (работ, услуг) надлежащего качества и безопасных для жизни, здоровья и окружающей среды.

19.3. ОРГАНЫ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР И КОНТРОЛЬ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НА ПОТРЕБИТЕЛЬСКОМ РЫНКЕ

Федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным осуществлять функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей на потребительском рынке в Российской Федерации, является ***Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор)***, которая находится в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и осуществляет свою деятельности непосредственно и через свои территориальные органы (рис. 19.1).

Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека является главным государственным санитарным врачом Российской Федерации.

Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека является ***Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по субъекту РФ***. Оно осуществляет свою деятельность на территории субъекта РФ непосредственно и через свои территориальные отделы.

Руководитель Управления по субъекту РФ является главным государственным санитарным врачом по субъекту РФ.

Управление работает во взаимодействии с территориальными органами других федеральных органов исполнительной власти, органами исполнительной власти субъекта РФ, местного самоуправления, общественными объединениями и иными организациями.

Управление по субъекту РФ в соответствии с возложенными на него задачами в пределах своей компетенции осуществляет:

- надзор и контроль за соблюдением законодательства РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей;
- деятельность по предупреждению, обнаружению, пресечению нарушений законодательства РФ в области защиты прав потребителей и обеспечения санитарно-эпидемиологического благо-

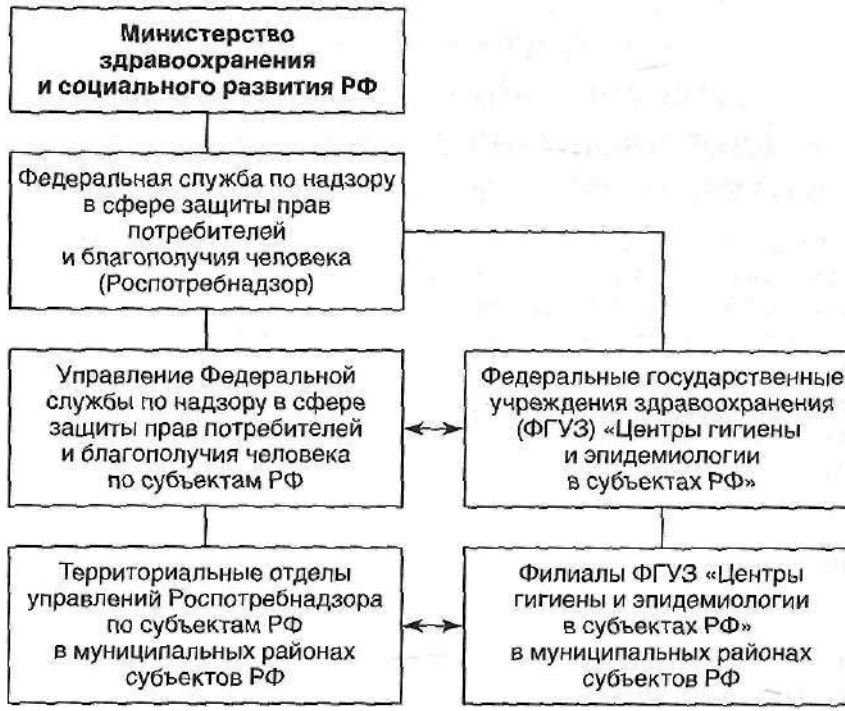


Рис. 19.1. Организационно-функциональная структура Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

получия населения в целях охраны здоровья населения и среды обитания;

- применение мер административного, ограничительного, предупредительного и профилактического характера, направленных на недопущение и/или ликвидацию последствий нарушений гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарного законодательства и прав потребителей;
- проведение необходимых исследований, испытаний, экспертиз, анализов и оценок надзору в пределах своей компетенции;
- лицензирование деятельности, связанной с использованием возбудителей инфекционных заболеваний, а также источников ионизирующего излучения;

- деятельность по государственной регистрации отдельных видов продукции в соответствии с предоставленными полномочиями;
- санитарно-карантинный надзор (контроль) в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации в целях предупреждения завоза и распространения карантинных и других инфекционных заболеваний, потенциально опасных для населения товаров и грузов, а также ввоза и реализации на территории РФи товаров, химических, биологических и радиоактивных веществ, отходов и иных грузов, представляющих опасность для человека;
- проведение мероприятий по установлению и 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.

Кроме того, к важнейшим функциям Управления по субъекту РФ относятся организация и проведение социально-гигиенического мониторинга, подготовка ежегодных государственных докладов о санитарно-эпидемической обстановке в субъектах РФ и о зашите прав потребителей.

Эффективность проведения комплекса мероприятий по обеспечению санитарно-эпидемического благополучия во многом зависит от тесного взаимодействия управлений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по субъектам РФ с органами управления здравоохранением субъектов РФ. Это взаимодействие достигается путем разработки и реализации региональных программ в части санитарно-эпидемического благополучия и охраны здоровья населения, комплексных межведомственных планов мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний, подготовкой совместных приказов и иных документов, обсуждения актуальных вопросов на совместных коллегиях, совещаниях, семинарах, конференциях.

Приоритетным направлением деятельности Роспотребнадзора и его территориальных органов является проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, которые включают 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 и массовых инфекционных заболеваний (отравлений), их ликвидацию.

Для оценки эффективности проводимых мероприятий в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения, а также подготовки дополнительных предложений по устранению вредных воздействий факторов среды обитания человека на территории РФ проводится социально-гигиенический мониторинг на основании Положения, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 02.02.06 № 60.

Социально-гигиенический мониторинг — государственная система наблюдения, анализа и прогноза состояния здоровья населения и среды обитания человека, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием на него факторов среды обитания человека.

Одна из главных задач проведения социально-гигиенического мониторинга (далее — мониторинг) — выявление причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания человека и разработка на основе этого предложений по улучшению санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Мониторинг проводится Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека совместно с другими федеральными органами исполнительной власти.

Для информационного обеспечения мониторинга используются ряд показателей.

Показатели среды обитания человека:

- биологические (бактериальные, паразитарные);
- химические, в том числе источники антропогенного воздействия на окружающую природную среду;
- физические (шум, вибрация, ультразвук, инфразвук, тепловое, ионизирующее, неионизирующее и иные виды излучения);
- социальные (структура и качество питания, безопасность пищевых продуктов, водоснабжение, условия быта, труда и отдыха);
- природно-климатические факторы.

Показатели здоровья населения:

- медико-демографические;
- заболеваемость;
- физическое здоровье.

Для обеспечения деятельности управлений Роспотребнадзора по субъектам РФ созданы ***Федеральные государственные учреждения здравоохранения (ФГУЗ) «Центры гигиены и эпидемиологии в субъектах РФ»***, которые также являются правопреемниками ранее существовавших центров государственного санитарно-эпидемиологического надзора в субъектах РФ. «Центры гигиены и эпидемиологии в субъектах РФ» являются некоммерческой организацией и входят в единую федеральную централизованную систему органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический контроль и надзор.

Основными задачами центров гигиены и эпидемиологии в субъектах РФ являются:

- необходимые для осуществления государственного санитарно-эпидемиологического контроля и надзора исследования, испытания, измерения, экспертизы;
- государственный учет инфекционных, паразитарных и профессиональных заболеваний, пищевых отравлений, других заболеваний и отравлений, связанных с воздействием неблагоприятных факторов среды обитания человека;
- социально-гигиенический мониторинг, оценка риска воздействия вредных и опасных факторов среды обитания на здоровье человека;
- статистическое наблюдение в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, сфере защиты прав потребителей, контроля за соблюдением правил продажи отдельных видов товаров, ведение учета и отчетности.

За нарушение законодательства в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей в соответствии с Федеральным законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», Законом РФ «О защите прав потребителей» устанавливается дисциплинарная, гражданско-правовая, административная и уголовная ответственность.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Какие две важнейшие задачи возложены на Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека?

2. Раскройте понятие «санитарно-эпидемиологическое благополучие населения».

3. Какой комплекс мероприятий должен проводиться для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения?

4. По каким основным направлениям законом предусмотрена защита прав потребителей на потребительском рынке?

5. Приведите организационно-функциональную структуру Роспотребнадзора.

6. Какие задачи выполняет Управление Роспотребнадзора по субъекту РФ?

7. Как организован социально-гигиенический мониторинг? Какие показатели для этого используются?

8. Перечислите основные задачи центров гигиены и эпидемиологии субъектов РФ.

Глава 20

Экспертиза трудоспособности

20.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Экспертиза трудоспособности — это вид экспертизы, который заключается в определении причин, длительности, степени временной или стойкой утраты трудоспособности человека в связи с заболеванием, травмой или другой причиной, а также определение потребности пациента в видах медицинской помощи и мерах социальной защиты.

Естественно, возникает вопрос, что следует понимать под трудоспособностью человека.

Трудоспособность — такое состояние организма человека, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяет выполнять работу определенного объема и качества. Врач на основании данных всестороннего медицинского освидетельствования должен установить наличие или отсутствие заболевания у конкретного человека. Трудоспособность имеет медицинские и социальные критерии.

Медицинские критерии трудоспособности включают своевременно поставленный клинический диагноз с учетом выраженности морфологических изменений, тяжести и характера течения заболевания, наличия декомпенсации и ее стадии, осложнений, определение ближайшего и отдаленного прогноза развития заболевания.

Однако не всегда больной человек является нетрудоспособным. Например, два человека страдают одним и тем же заболеванием — панарицием. Один из них учитель, другой повар. Учитель с панарицием может исполнять свои профессиональными обязанности — он трудоспособен, а повар — нет, т.е. является нетрудоспособным. Кроме того, причиной нетрудоспособности не всегда является заболевание самого пациента. Например, тот же повар сам может быть здоровым, однако в его семье кто-то заболел вирусным гепатитом, вследствие чего повар не может выполнять свои профессиональные обязанности, т.е. заниматься приготовлением пищи, так как у него есть контакт с больным вирусным гепатитом. Следовательно, болезнь и нетрудо-

способность не являются идентичными понятиями. При наличии болезни человек может быть трудоспособным, если заболевание не препятствует выполнению профессиональных обязанностей, и нетрудоспособным, если их выполнение затруднено или невозможно.

Социальные критерии трудоспособности определяют трудовой прогноз при конкретном заболевании и условиях его труда, отражают все, что связано с профессиональной деятельностью больного: характеристику преобладающего напряжения (физического или нервно-психического), периодичность и ритм работы, нагрузку на отдельные системы и органы, наличие неблагоприятных условий труда и профессиональных вредностей.

Используя медицинские и социальные критерии трудоспособности, медицинские работники проводят экспертизу, в процессе которой может быть установлен факт нетрудоспособности пациента. Под ***нетрудоспособностью*** следует понимать состояние, обусловленное болезнью, травмой, ее последствиями или другими причинами, когда выполнение профессионального труда невозможно полностью или частично в течение ограниченного времени или постоянно. В зависимости от длительности периода утраты человеком способности трудиться нетрудоспособность может быть временной и стойкой.

20.2. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Если изменения в состоянии здоровья пациента носят временный, обратимый характер и в ближайшее время ожидаются выздоровление или улучшение, а также восстановление трудоспособности, то такой вид нетрудоспособности считается временным. ***Временная нетрудоспособность*** — состояние организма человека, обусловленное заболеванием, травмой и другими причинами, при которых нарушения функций сопровождаются невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение определенного промежутка времени, т.е. они носят обратимый характер.

Различают полную и частичную временную нетрудоспособность.

Полная временная нетрудоспособность — невозможность выполнения любого труда на определенный срок, сопровождающаяся необходимостью создания специального режима и проведения лечения.

Частичная временная нетрудоспособность наступает у человека в отношении своей обычной профессиональной деятельности при сохранении способности выполнять другую работу с иным облегченным режимом или уменьшенным объемом.

Установление факта временной нетрудоспособности проводится на основании экспертизы и имеет важное юридическое и экономическое значение, так как оно гарантирует гражданину освобождение от работы и получение пособия за счет средств государственного социального страхования. Своевременное освобождение заболевших от работы является одним из действенных профилактических мероприятий по предупреждению осложнений заболеваний, их хронизации.

Таким образом, ***экспертиза временной нетрудоспособности*** является одним из видов медицинской экспертизы, основная цель которой — оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого лечения, возможности осуществлять профессиональную деятельность, а также определение степени и сроков временной утраты трудоспособности.

Экспертиза временной нетрудоспособности производится в государственных, муниципальных и частных организациях здравоохранения. Различают следующие 5 уровней проведения экспертизы временной нетрудоспособности:

- *первый* — лечащий врач;
- *второй* — врачебная комиссия организации здравоохранения;
- *третий* — врачебная комиссия органа управления здравоохранением муниципального района (городского округа);
- *четвертый* — врачебная комиссия органа управления здравоохранением субъекта РФ;
- *пятый* — главный специалист по экспертизе временной нетрудоспособности МЗиСР РФ.

Контроль за проведением экспертизы временной нетрудоспособности в государственных, муниципальных и частных организациях здравоохранения, а также частнопрактикующими врачами осуществляется органом управления здравоохранением соответствующего уровня, профессиональной медицинской ассоциацией, территориальным отделением Фонда социального страхования РФ. В осуществлении контроля могут участвовать исполнительные органы государственной власти по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности, территориальные фонды ОМС, страховые медицинские организации.

При проведении экспертизы временной нетрудоспособности лечащий врач выполняет следующие функции:

- определяет признаки временной утраты трудоспособности на основе оценки состояния здоровья, характера и условий труда, социальных факторов;
- рекомендует лечебно-оздоровительные мероприятия, вид лечебно-охранительного режима, назначает дополнительные обследования, консультации;
- определяет сроки нетрудоспособности с учетом индивидуальных особенностей течения основного и сопутствующих заболеваний и осложнений при различных заболеваниях и травмах;
- выдает листок нетрудоспособности (в соответствии с порядком, изложенным в пп. 20.3.1–20.3.4);
- своевременно направляет пациента для консультации и продления листка нетрудоспособности на врачебную комиссию;
- выявляет признаки стойкой утраты трудоспособности и своевременно направляет пациента на врачебную комиссию и медико-социальную экспертизу;
- анализирует причины заболеваемости с временной утратой трудоспособности и первичного выхода на инвалидность, принимает участие в разработке и реализации мероприятий по их снижению.

Важная роль в организации и проведении экспертизы временной нетрудоспособности отводится ***врачебной комиссии*** медицинской организации. Врачебная комиссия создается в медицинской организации независимо от ее организационно-правовой формы и ведомственной принадлежности с целью контроля качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, а также определения трудоспособности граждан и их профессиональной пригодности.

Председателем врачебной комиссии, как правило, является руководитель медицинской организации или один из его заместителей, членами ее — врачи-специалисты, в том числе врач клинический фармаколог.

Врачебная комиссия осуществляет:

- 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 установлен-

ном порядке на медико-социальную экспертизу, в том числе при наличии у этого гражданина признаков инвалидности;
- выдачу заключения пациентам о праве получения ими лечения в медицинских учреждениях за счет средств федерального бюджета;
- выдачу медицинского заключения о характере и степени тяжести повреждения здоровья лиц вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
- принятие решений о выписке лекарственных средств пациентам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, проверку обоснованности выписки лекарственных средств этой категории граждан;
- принятие решений о назначении одному больному 5 и более наименований лекарственных средств одномоментно (в течение 1-х суток) или свыше 10 сут (в течение 1-го месяца);
- принятие решений о назначении наркотических средств больным, не страдающим онкологическими (гематологическими) заболеваниями;
- медицинский отбор совместно с лечащим врачом и направление на санаторно-курортное лечение пациентов, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, а также в сложных и конфликтных ситуациях;
- направление больных из числа работающих застрахованных граждан на долечивание в специализированные санатории (отделения) непосредственно после стационарного лечения;
- выдачу заключений о нуждаемости ребенка в обучении на дому по медицинским показаниям, а также о возможности предоставления студентам академического отпуска.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности отражает заболеваемость работающего населения, поэтому кроме медико-социального она имеет и большое экономическое значение.

20.3. ПОРЯДОК ВЫДАЧИ ДОКУМЕНТОВ, УДОСТОВЕРЯЮЩИХ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ

Документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность граждан и подтверждающим их временное освобождение от работы,

является ***листок нетрудоспособности***, который выдается при заболеваниях, травмах и отравлениях и иных состояниях, связанных с временной потерей трудоспособности, на период долечивания в санаторно-курортных учреждениях, при необходимости ухода за больным членом семьи, на период карантина, на время протезирования в условиях стационара, на период отпуска по беременности и родам, при усыновлении ребенка.

С 1 июля 2011 г. в России введена новая форма бланка листка нетрудоспособности. Принципиальным отличием от ранее действующей формы является наличие штрих-кода, что позволяет проводить автоматическое обработку листка нетрудоспособности. Вторым отличием является высокая степень защиты бланка, что снижает вероятность его подделок.

Существуют два способа выдачи листков нетрудоспособности — централизованный и децентрализованный. ***Централизованный способ*** чаще используется в крупных поликлиниках, где листки нетрудоспособности оформляются в регистратуре или в специализированных кабинетах централизованной выдачи больничных листов. При ***децентрализованном способе*** листок нетрудоспособности оформляет и выдает сам лечащий врач.

Листок нетрудоспособности выполняет следующие функции:

- юридическую (освобождение от работы в случае временной нетрудоспособности);
- финансовую (начисление пособия по временной нетрудоспособности);
- медицинскую (определяет причину временной нетрудоспособности и предписывает определенный вид лечебно-охранительного режима);
- статистическую (является первичным медицинским документом для анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности).

Листок нетрудоспособности выдается застрахованным лицам, являющимся гражданами РФ, а также постоянно или временно проживающим на ее территории иностранным гражданам и лицам без гражданства:

- работающим по трудовым договорам;
- государственным гражданским (муниципальным) служащим;
- адвокатам, индивидуальным предпринимателям, в том числе членам крестьянских (фермерских) хозяйств, физическим

лицам, не признаваемыми индивидуальными предпринимателями, членам родовых, семейных общин малочисленных народов Севера, добровольно вступившим в отношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и осуществляющим за себя уплату страховых взносов в Фонд социального страхования РФ;

- иным категориям лиц, которые подлежат обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в соответствии с иными федеральными законами, при условии уплаты ими или за них налогов и/или страховых взносов в Фонд социального страхования РФ;
- лицам, у которых заболевание или травма наступили в течение 30 календарных дней со дня прекращения работы по трудовому договору, осуществления служебной или иной деятельности либо в период со дня заключения трудового договора до дня его аннулирования;
- женщинам, уволенным в связи с ликвидацией организаций и в связи с прекращением деятельности в качестве индивидуального предпринимателя, у которых беременность наступила в течение 12 мес до признания их в установленном порядке безработными;
- гражданам, признанным безработными и состоящим на учете в территориальных органах Федеральной службы по труду и занятости, в случае заболевания, травмы, беременности и родов.

Листок нетрудоспособности выдают следующие медицинские работники:

- лечащие врачи государственных, муниципальных и частных медицинских организаций, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности;
- фельдшера и зубные врачи медицинских организаций в отдельных случаях по решению органа управления здравоохранением субъекта РФ, согласованному с региональным отделением Фонда социального страхования РФ;
- врачи, занимающиеся частной медицинской практикой, имеющие лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности;

– лечащие врачи специализированных (противотуберкулезных) санаториев при наличии лицензии на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности;
– лечащие врачи клиник научно-исследовательских учреждений (институтов), в том числе протезирования или протезостроения по согласованию с МЗиСЗ РФ.

Не выдают листки нетрудоспособности медицинские работники следующих учреждений здравоохранения:
– учреждений скорой медицинской помощи;
– учреждений переливания крови;
– приемных отделений больничных учреждений;
– врачебно-физкультурных диспансеров;
– бальнеологических лечебниц и грязелечебниц;
– учреждений здравоохранения особого типа (центров медицинской профилактики, медицины катастроф, бюро судебно-медицинской экспертизы);
– учреждений здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Выдача листков нетрудоспособности осуществляется при предъявлении паспорта или документа, его заменяющего. В случае, если гражданин работает у нескольких работодателей, выдается несколько листков нетрудоспособности по каждому месту работы. Выдачу и продление листка нетрудоспособности осуществляет медицинский работник после осмотра гражданина и записи данных о состоянии его здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения от работы. Листок нетрудоспособности выдается и закрывается, как правило, в одной медицинской организации. При направлении гражданина на лечение в другую организацию листок нетрудоспособности может быть продлен и закрыт медицинской организацией, в которой продолжалось наблюдение гражданина. Гражданам, находящимся вне места регистрации по месту жительства (по месту пребывания, временного проживания), листок нетрудоспособности выдается (продлевается) с разрешения главного врача медицинской организации либо его заместителя с соответствующей записью в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного и листке нетрудоспособности. При продолжении временной нетрудоспособности листок нетрудоспособности выдается с учетом дней,

необходимых для проезда к месту регистрации по месту жительства (по месту пребывания, временного проживания).

Контроль за соблюдением порядка выдачи листков нетрудоспособности медицинскими работниками осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития совместно с Фондом социального страхования РФ.

20.3.1 Порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах, отравлениях (некоторых других последствиях воздействия внешних причин)

При амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности, врач единолично выдает листок нетрудоспособности единовременно на срок до 10 календарных дней (до следующего осмотра гражданина медицинским работником) и единолично продлевает его на срок до 30 календарных дней. При сроках временной нетрудоспособности, превышающих 30 календарных дней, листок нетрудоспособности выдается по решению врачебной комиссии.

Врачи, занимающиеся частной медицинской практикой, при сроке временной нетрудоспособности, превышающем 30 календарных дней, направляют гражданина на врачебную комиссию в медицинскую организацию по месту его жительства (пребывания) для продления листка нетрудоспособности.

В особых условиях (в отдаленных районах сельской местности, в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях) по решению органов управления здравоохранением субъекта РФ выдача листков нетрудоспособности может быть разрешена лечащему врачу медицинской организации до дня восстановления гражданином трудоспособности либо до направления его на МСЭ.

Фельдшер или зубной врач единолично выдает листок нетрудоспособности единовременно на срок до 5 календарных дней и продлевает его на срок до 10 календарных дней, а в исключительных случаях после консультации с врачебной комиссией медицинской организации (по подчиненности) — до 30 календарных дней (с обязательной записью о проведенной консультации в первичной медицинской документации).

По решению врачебной комиссии при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть выдан в установленном порядке до дня восстановления трудоспособ-

ности, но на срок не более 10 мес, а в отдельных случаях (травмы, состояние после реконструктивных операций, туберкулез) — на срок не более 12 мес, с периодичностью продления по решению ВК не реже чем через 30 календарных дней.

При заболеваниях (травмах), когда лечение осуществляется в амбулаторно-поликлинических условиях, листок нетрудоспособности выдается в день установления временной нетрудоспособности на весь период временной нетрудоспособности, включая нерабочие праздничные и выходные дни.

Не допускается выдача листка нетрудоспособности за прошедшие дни, когда гражданин не был освидетельствован медицинским работником. Выдача листка нетрудоспособности за прошедшее время может осуществляться в исключительных случаях по решению врачебной комиссии при обращении гражданина в медицинскую организацию или посещении его медицинским работником на дому. Гражданам, обратившимся за медицинской помощью после окончания рабочего времени (смены), по их желанию дата освобождения от работы в листке нетрудоспособности может быть указана со следующего календарного дня.

Гражданину, направленному в медицинскую организацию из здравпункта и признанному нетрудоспособным, листок нетрудоспособности выдается с момента обращения в здравпункт при наличии медицинских документов, подтверждающих его нетрудоспособность.

Гражданам, нуждающимся в лечении в специализированной медицинской организации, листок нетрудоспособности выдается непосредственно в специализированной медицинской организации. В исключительных случаях листок нетрудоспособности выдается медицинским работником при направлении гражданина в специализированную медицинскую организацию соответствующего профиля для продолжения лечения.

Гражданину, являющемуся временно нетрудоспособным, направленному на консультацию (обследование, лечение) в медицинскую организацию, находящуюся за пределами административного района, по решению врачебной комиссии, направившей его, выдается листок нетрудоспособности на число дней, необходимых для проезда к месту нахождения соответствующей медицинской организации.

При выписке гражданина после стационарного лечения листок нетрудоспособности выдается за весь период стационарного лечения, а для граждан, находящихся вне места регистрации по месту житель-

ства (по месту пребывания, временного проживания), — с учетом дней для проезда к месту регистрации. При продолжении временной нетрудоспособности листок нетрудоспособности может быть продлен до 10 календарных дней.

Гражданам, направленным по решению суда на судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу, признанным нетрудоспособными, листок нетрудоспособности выдается со дня поступления на экспертизу.

В отдельных случаях (сложные урологические, гинекологические, проктологические и другие исследования, манипуляции, процедуры) при амбулаторном лечении листок нетрудоспособности может быть выдан по решению врачебной комиссии на дни проведения соответствующего исследования (манипуляции, процедуры).

В этих случаях в листке нетрудоспособности указываются дни проведения исследований (манипуляций, процедур) и освобождение от работы производится на дни проведения исследований (манипуляций, процедур).

При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения заработной платы, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет листок нетрудоспособности выдается со дня окончания указанных отпусков в случае продолжающейся временной нетрудоспособности. При временной нетрудоспособности лиц, находящихся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет, работающих на условиях неполного рабочего времени или на дому, листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях.

При временной нетрудоспособности в связи с заболеванием (травмой, отравлением) гражданина, наступившей в период ежегодного оплачиваемого отпуска, листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях, в том числе в период долечивания в санаторно-курортном учреждении.

Гражданам, направленным медицинскими организациями и органами управления здравоохранением на лечение в клиники научно-исследовательских учреждений (институтов) курортологии, физиотерапии и реабилитации, листок нетрудоспособности выдается медицинским работником на основании решения врачебной комиссии на время лечения и проезда к месту лечения и обратно.

При соответствующих медицинских показаниях листок нетрудоспособности продлевается лечащим врачом указанных клиник.

Листок нетрудоспособности не выдается:

- обратившимся за медицинской помощью в медицинскую организацию, если у них не выявлено признаков временной нетрудоспособности;
- проходящим медицинское освидетельствование, медицинское обследование или лечение по направлению военных комиссариатов;
- находящимся под стражей или административным арестом;
- проходящим периодические медицинские осмотры (обследования), в том числе в центрах профпатологии;
- гражданам, в том числе с хроническими заболеваниями вне обострения (ухудшения), проходящим обследование, принимающим различные процедуры и манипуляции в амбулаторно-поликлинических условиях;
- учащимся образовательных учреждений начального, среднего и высшего профессионального образования и учреждений послевузовского профессионального образования.

В случае заболевания (травмы, отравления) учащихся образовательных учреждений начального, среднего и высшего профессионального образования и учреждений послевузовского профессионального образования в период проведения оплачиваемых работ при прохождении производственной практики, а также в случае выполнения ими работы по трудовому договору листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях.

20.3.2. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи

Листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи выдается медицинским работником одному из членов семьи (опекуну), фактически осуществляющему уход.

Листок нетрудоспособности выдается по уходу за следующими больными членами семьи:

- ребенком в возрасте до 7 лет при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении на весь период острого или обострения хронического заболевания;
- ребенком в возрасте от 7 до 15 лет при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна)

с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении на срок до 15 дней по каждому случаю заболевания;

- ребенком-инвалидом в возрасте до 15 лет при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении на весь период острого или обострения хронического заболевания;
- детьми в возрасте до 15 лет, инфицированными ВИЧ, страдающими тяжелыми заболеваниями крови, злокачественными новообразованиями, ожогами, на весь период совместного пребывания с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении;
- детьми в возрасте до 15 лет при их болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, на весь период амбулаторного лечения или совместного пребывания одного из членов семьи (опекуна) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении;
- детьми в возрасте до 18 лет, проживающими в зоне отселения и зоне проживания с правом на отселение, эвакуированными и переселенными из зон отчуждения, отселения, проживания с правом на отселение, включая тех, которые на день эвакуации находились в состоянии внутриутробного развития, а также за детьми первого и последующих поколений граждан, родившимися после радиоактивного облучения одного из родителей, на все время болезни;
- детьми в возрасте до 18 лет, страдающими заболеваниями вследствие радиационного воздействия на родителей, на все время болезни;
- детьми старше 15 лет при амбулаторном лечении на срок до 3 дней, по решению врачебной комиссии — до 7 дней по каждому случаю заболевания.

Листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи выдается медицинским работником одному из членов семьи (опекуну), фактически осуществляющему уход. При необходимости листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком может выдаваться попеременно разным членам семьи в пределах ранее указанных сроков.

При заболевании двух детей и более одновременно выдается один листок нетрудоспособности по уходу за ними.

При заболевании второго (третьего) ребенка в период болезни первого ребенка листок нетрудоспособности, выданный по уходу за первым ребенком, продлевается до выздоровления всех детей без зачета дней, совпавших с днями освобождения от работы по уходу за первым ребенком. При этом в листке нетрудоспособности указываются даты начала и окончания заболевания, имена, возраст всех детей.

Листок нетрудоспособности не выдается по уходу:

- за больным членом семьи старше 15 лет при стационарном лечении;
- за хроническим больными в период ремиссии;
- в период ежегодного оплачиваемого отпуска и отпуска без сохранения заработной платы;
- в период отпуска по беременности и родам;
- в период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет.

При заболевании ребенка в период, когда мать (иной член семьи, фактически осуществляющий уход за ребенком) не нуждается в освобождении от работы (ежегодные оплачиваемые отпуска, отпуск по беременности и родам, отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет, отпуск без сохранения заработной платы, выходные или нерабочие праздничные дни и другое), листок нетрудоспособности по уходу за ребенком (в случае, когда он продолжает нуждаться в уходе) выдается со дня, когда мать должна приступить к работе.

20.3.3. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам

Листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается врачом акушером-гинекологом, а при его отсутствии — фельдшером. Выдача листка нетрудоспособности по беременности и родам производится в 30 нед беременности единовременно продолжительностью 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов).

При многоплодной беременности листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается в 28 нед беременности единовременно продолжительностью 194 календарных дня (84 календарных дня до родов и 110 календарных дней после родов).

В случае если женщина при обращении в медицинскую организацию в установленный срок отказывается от получения листка нетрудоспособности по беременности и родам на период отпуска

по беременности и родам, ее отказ фиксируется в медицинской документации. При повторном обращении женщины до родов за листком нетрудоспособности по беременности и родам для оформления отпуска по беременности и родам листок нетрудоспособности выдается на 140 календарных дней (на 194 календарных дней при многоплодной беременности) с даты первичного обращения.

В случае, когда диагноз многоплодной беременности установлен в родах, листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается дополнительно на 40 календарных дней медицинской организацией, где произошли роды. При осложненных родах листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается дополнительно на 16 календарных дней медицинской организацией, где произошли роды.

При родах, наступивших в период от 28 до 30 нед беременности, листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается медицинской организацией, где произошли роды, сроком на 156 календарных дней.

При прерывании беременности при сроке до 27 полных недель, рождении мертвого плода или живого плода, не прожившего первые 7 полных суток (168 ч), листок нетрудоспособности выдается на весь период нетрудоспособности, как при обычном заболевании, но на срок не менее 3 дней. В случае, если новорожденный прожил первые 7 полных суток (168 ч), листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается сроком на 156 календарных дней.

При наступлении отпуска по беременности и родам в период нахождения женщины в ежегодном основном или дополнительном оплачиваемом отпуске, отпуске по уходу за ребенком до достижения возраста 3 лет листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается на общих основаниях.

Женщинам, проживающим (работающим) в населенных пунктах, подвергшимся радиоактивному загрязнению вследствие аварии на Чернобыльской АЭС (в зоне проживания с правом на отселение), а также женщинам, проживающим в населенных пунктах, подвергшихся радиационному загрязнению вследствие аварии на производственном объединении «Маяк», листок нетрудоспособности по беременности и родам на дородовый отпуск выдается продолжительностью 90 календарных дней.

При наступлении отпуска по беременности и родам в период нахождения женщины в ежегодном основном или дополнительном оплачиваемом отпуске, отпуске по уходу за ребенком до достижения

возраста 3 лет листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается на общих основаниях.

Женщине, усыновившей ребенка в возрасте до 3 мес, в том числе от суррогатной матери, листок нетрудоспособности выдается со дня усыновления на период до 70 календарных дней (при одновременном усыновлении двух или более детей на 110 календарных дней) со дня рождения ребенка.

При проведении процедуры экстракорпорального оплодотворения листок нетрудоспособности выдается женщине медицинской организацией, имеющей лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по акушерству и гинекологии и экспертизе временной нетрудоспособности, на весь период лечения (стимуляции, суперовуляции, пункции яичника и переноса эмбриона) до определения результата процедуры и проезда к месту медицинской организации и обратно.

В случаях, когда медицинская организация, проводившая процедуры экстракорпорального оплодотворения, не имеет лицензии на выполнение работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности, листок нетрудоспособности выдается женщине медицинской организацией по ее месту регистрации по месту жительства (по месту пребывания, временного проживания) на основании выписки (справки) из амбулаторной карты, выданной медицинской организацией, проводившей процедуры экстракорпорального оплодотворения.

При операции прерывания беременности листок нетрудоспособности выдается на весь период нетрудоспособности, но на срок не менее 3 дней, в том числе и при прерывании беременности на малом сроке.

20.3.4. Порядок выдачи листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения, протезирования и при карантине

При направлении больных на долечивание в специализированные санаторно-курортные учреждения, расположенные на территории РФ, непосредственно после стационарного лечения листок нетрудоспособности продлевается медицинским работником по решению врачебной комиссии специализированного санаторно-курортного учреждения на весь период долечивания, но не более чем на 24 календарных дня.

При направлении лиц, пострадавших в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, на сана-

торно-курортное лечение в период временной нетрудоспособности (до направления на МСЭ) листок нетрудоспособности выдается на весь период лечения и проезда.

При направлении медицинскими организациями больных с впервые выявленной активной формой туберкулеза по путевкам в специализированные (противотуберкулезные) санатории, когда санаторное лечение заменяет стационарное, а также на долечивание после стационарного лечения листок нетрудоспособности выдается по решению врачебной комиссии противотуберкулезного диспансера и продлевается врачебной комиссией специализированного (противотуберкулезного) санатория на весь период лечения, долечивания и проезда.

Гражданам, направленным медицинской организацией на протезирование в стационарное специализированное учреждение, листок нетрудоспособности выдается этой медицинской организацией на время проезда к месту протезирования. Выданный листок нетрудоспособности продлевается медицинским работником стационарного специализированного учреждения на весь период протезирования и время проезда к месту регистрации по месту жительства (по месту пребывания, временного проживания).

Гражданам, которым проводят протезирование в амбулаторно-поликлинических условиях, листок нетрудоспособности не выдается.

При временном отстранении от работы граждан, контактировавших с инфекционными больными, или граждан, выявленных как бактерионосители, листок нетрудоспособности выдается врачом-инфекционистом, а в случае его отсутствия — лечащим врачом. Продолжительность отстранения от работы в этих случаях определяется утвержденными сроками изоляции лиц, перенесших инфекционные заболевания и соприкасавшихся с ними.

При карантине листок нетрудоспособности по уходу за ребенком в возрасте до 7 лет, посещающим дошкольное образовательное учреждение, или за членом семьи, признанным в установленном порядке недееспособным, выдается лечащим врачом, который осуществляет наблюдение за ребенком (за членом семьи, признанным в установленном порядке недееспособным), одному из работающих членов семьи (опекуну) на весь период карантина на основании справки эпидемиолога.

Гражданам, работающим в организациях общественного питания, водоснабжения, детских учреждениях, при наличии у них гельминтоза листок нетрудоспособности выдается на весь период дегельминтизации.

За нарушение порядка выдачи листков нетрудоспособности, медицинские организации, а также медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством РФ.

Порядок заполнения (оформления) листка нетрудоспособности рассматривается на практических занятиях по общественному здоровью и здравоохранению.

20.4. ЭКСПЕРТИЗА СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Стойкая нетрудоспособность — длительная либо постоянная потеря трудоспособности или значительное ограничение трудоспособности, вызванное хроническим заболеванием (травма, анатомический дефект), приведшим к выраженному нарушению функций организма. В зависимости от степени стойкой нетрудоспособности устанавливается инвалидность путем проведения МЭС.

Медико-социальная экспертиза — определение потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функции организма. В России создана трехэтапная система федеральных государственных учреждений МСЭ, которая включает Федеральное бюро МСЭ, главные бюро МСЭ, а также бюро МСЭ, являющиеся филиалами главных бюро. В настоящее время в Российской Федерации действуют Федеральное бюро МЭС (Москва), главные бюро МСЭ во всех субъектах РФ и бюро МСЭ во всех муниципальных образованиях.

На МСЭ направляются граждане, имеющие стойкие ограничения жизнедеятельности и трудоспособности и нуждающиеся в социальной защите, по заключению врачебной комиссии при:

- очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее 4 мес от дня ее начала;
- благоприятном клиническом и трудовом прогнозе при временной нетрудоспособности, продолжающейся свыше 10 мес (в отдельных случаях — состояние после травм и реконструктивных операций, при лечении туберкулеза — свыше 12 мес);
- необходимости изменения программы профессиональной реабилитации работающих инвалидов в случае ухудшения клинического и трудового прогноза независимо от группы инвалидности и сроков временной нетрудоспособности.

Гражданин направляется на МСЭ организацией, оказывающей ему лечебно-профилактическую помощь (органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, органом социальной защиты населения), после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами. При этом в «Направлении на медико-социальную экспертизу» (ф. 088/у-06) указываются данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведенных реабилитационных мероприятий.

В случае, если организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь, отказала гражданину в направлении на МСЭ, ему выдается справка, на основании которой он имеет право обратиться в бюро самостоятельно. Специалисты бюро проводят осмотр гражданина и по его результатам составляют программу дополнительного обследования и проведения реабилитационных мероприятий, после выполнения которой рассматривают вопрос о наличии у него ограничений жизнедеятельности.

МСЭ проводится в бюро по месту жительства. В главном бюро МСЭ проводится в случае обжалования гражданином решения бюро, а также по направлению бюро в случаях, требующих специальных видов обследования. В Федеральном бюро МСЭ проводится в случае обжалования гражданином решения главного бюро, а также по направлению главного бюро в случаях, требующих особо сложных специальных видов обследования. МСЭ может проводиться на дому в случае, если гражданин не может явиться в бюро по состоянию здоровья, что подтверждается заключением организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, или в стационаре, где гражданин находится на лечении, или заочно по решению соответствующего бюро. Экспертиза проводится по заявлению гражданина, которое подается в бюро в письменной форме с приложением «Направления на медико-социальную экспертизу», выданного организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, органом социальной защиты населения), и медицинских документов, подтверждающих нарушение здоровья. МСЭ проводится специалистами бюро путем обследования гражданина, изучения представленных им документов, анализа

социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических и других данных гражданина. Решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом принимается простым большинством голосов специалистов, проводивших МСЭ, на основе обсуждения результатов его МСЭ. Решение объявляется гражданину, проходившему МСЭ, в присутствии всех специалистов, проводивших МСЭ, которые в случае необходимости дают по нему разъяснения. По результатам МСЭ гражданина составляется акт. В случаях, требующих специальных видов обследования гражданина в целях установления степени ограничения жизнедеятельности (в том числе степени ограничения способности к трудовой деятельности), реабилитационного потенциала, а также получения иных дополнительных сведений, может составляться программа дополнительного обследования, которая утверждается руководителем соответствующего бюро. Указанная программа доводится до сведения гражданина, проходящего МСЭ, в доступной для него форме.

После получения данных, предусмотренных программой дополнительного обследования, специалисты соответствующего бюро принимают решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом. В случае отказа гражданина от дополнительного обследования такое решение принимается специалистами на основании имеющихся данных, о чем делается соответствующая запись в акте МСЭ гражданина.

Выписка из акта МСЭ гражданина, признанного инвалидом, направляется в орган, осуществляющий его пенсионное обеспечение, в трехдневный срок со дня принятия решения о признании его инвалидом.

Гражданину, признанному инвалидом, выдаются справка, подтверждающая факт установления инвалидности, с указанием группы инвалидности и степени ограничения (или без ограничения) способности к трудовой деятельности, а также индивидуальная программа реабилитации.

Гражданину, не признанному инвалидом, по его желанию выдается справка о результатах МСЭ.

Гражданин может обжаловать решение бюро, подав письменное заявление в вышестоящие инстанции: в Главное бюро или Федеральное бюро МСЭ. Также решения, принятые в бюро МСЭ (трех инстанций), гражданин может обжаловать в суде в установленном законодательством РФ порядке.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что принято понимать под трудоспособностью?
2. Перечислите медицинские критерии трудоспособности.
3. Какие социальные критерии трудоспособности вы знаете?
4. Что такое временная нетрудоспособность? Какие виды ее вы знаете?
5. Перечислите функции лечащего врача при проведении экспертизы временной нетрудоспособности.
6. Какие задачи решает врачебная комиссия?
7. Что является документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность?
8. Какие основные функции выполняет листок нетрудоспособности?
9. Какие способы выдачи листков нетрудоспособности существуют в организациях здравоохранения?
10. Перечислите категории граждан, имеющих право на получение листков нетрудоспособности.
11. Каким категориям медицинских работников предоставлено право выдавать листок нетрудоспособности?
12. Раскройте порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях, травмах, отравлениях, а также некоторых других последствий воздействия внешних причин.
13. Каков порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи?
14. Как выдается листок нетрудоспособности в случаях беременности и родов?
15. Как осуществляется выдача листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения, протезирования и при карантине?
16. Что следует понимать под стойкой нетрудоспособностью?
17. Дайте определение МСЭ.
18. В каких случаях пациенты по заключению врачебной комиссии направляются на МСЭ?
19. Каков порядок направления граждан на МСЭ?

Глава 21

Медицинское страхование

21.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Медицинское страхование в Российской Федерации осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном. Первым нормативным актом, положившим начало медицинского страхования в современной России, явился Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР», который был принят в 1991 г. Позднее законодатели внесли в него ряд существенных изменений, и в новой редакции (1993) Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» действовал в стране до конца 2010 г.

Изначально закон носил ярко выраженный социальный характер, и главной идеей его реализации стали общественная солидарность и социальная справедливость. Эта идея выражается в том, что страховые взносы на работающее и неработающее население перечисляются за всех граждан, но расходуются эти средства лишь при обращении за медицинской помощью (принцип «здоровый платит за больного»); граждане с различным уровнем дохода имеют одинаковые права на получение бесплатной медицинской помощи (принцип «богатый платит за бедного»); несмотря на то что расходы на оказание медицинской помощи гражданам старшего возраста больше, чем в таковые молодого возраста, страховые взносы перечисляются в одинаковом размере за всех граждан независимо от возраста (принцип «молодой платит за старого»).

Внедрение обязательного медицинского страхования в России осуществлялось в сложной политической и социально-экономической ситуации. Первоначально поставленные в законе цели и механизм их реализации устаревали, не успевая за происходящими изменениями в законодательстве и экономике. Поэтому медицинские работники и население в первые годы реализации закона не увидели ожидаемых изменений в системе здравоохранения, улучшения организации и качества медицинской помощи. Более того, в то время социальные ожидания настолько превысили достигнутые результаты, что породили сомнения в правильности сделанного выбора — перехода на принципы медицинского страхования.

Одной из причин отсутствия ожидаемых результатов с введением Закона было резкое сокращение бюджетного финансирования системы здравоохранения. Другая причина — неспособность страховых медицинских организаций выполнять возложенные на них Законом функции дополнительного источника финансирования и защиты прав пациентов. Поэтому в последующем законодатель ввел в правовое поле новые субъекты страхования — Федеральный и территориальные фонды ОМС как самостоятельные государственные некоммерческие финансово-кредитные учреждения, реализующие государственную политику в области обязательного медицинского страхования.

Еще одной существенной проблемой внедрения ОМС оказались чрезмерно большие обязательства государства по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью в объеме Программы госгарантий. Сохранение дисбаланса между государственными обязательствами в системе ОМС и их реальным финансовым обеспечением оказалось серьезным препятствием в развитии ОМС.

Эти и другие проблемы, безусловно, не способствовали популяризации ОМС, замедляли совершенствование и развитие его правовых, организационных и финансовых механизмов.

Однако в целом, несмотря на ошибки и трудности начального периода, введение ОМС обеспечило не только выживание, но и развитие системы здравоохранения в условиях крайне нестабильной политической и экономической ситуации 90-х годов прошлого столетия. Система ОМС обеспечила предоставление минимума гарантированной (бесплатной) медицинской помощи, позволила внедрить вневедомственный контроль за качеством медицинской помощи, начать структурную перестройку здравоохранения в соответствии с реальной потребностью населения в основных видах медицинской помощи и перейти к более рациональному использованию имеющихся в здравоохранении ресурсов. Созданные механизмы финансирования обеспечили бóльшую прозрачность прохождения финансовых потоков в здравоохранении. Особенно важно отметить, что введение ОМС способствовало созданию организационно-правовых механизмов защиты прав пациента как потребителя медицинских услуг.

Дальнейшее развитие системы ОМС граждан получило в Федеральном законе «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее — Закон), вступившем в силу в январе 2011 г.

21.2. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Согласно Закону ***обязательное медицинское страхование*** — вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС.

При этом ***страховой случай*** — это совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по ОМС, а ***страховой риск*** — предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи.

Важнейшим понятием в системе ОМС является ***страховое обеспечение***, под которым подразумевается исполнение субъектами и участниками ОМС обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и ее оплате медицинской организации.

В Законе сформулированы следующие принципы ОМС на современном этапе развития общества:

- обеспечение за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках базовой и территориальной программ ОМС (далее — программы ОМС);
- устойчивость финансовой системы ОМС, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам ОМС;
- обязательность уплаты страхователями страховых взносов на ОМС в размерах, установленных федеральными законами;
- государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика;
- создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС;

– паритетность представительства субъектов и участников ОМС в органах управления ОМС.

Субъекты и участники ОМС представлены на рис. 21.1.



Рис. 21.1. Субъекты и участники ОМС

Главной фигурой в системе ОМС являются ***застрахованные лица*** — граждане РФ, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства, а также беженцы. К ним относятся:

– лица, работающие по трудовому или гражданско-правовому договору;
– индивидуальные предприниматели, а также лица, занимающиеся частной практикой (нотариусы, адвокаты);
– члены крестьянских (фермерских) хозяйств;
– члены семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ;
– неработающие граждане (дети; пенсионеры; учащиеся образовательных учреждений начального, среднего и высшего профессионального образования; безработные, зарегистрированные в службе занятости; один из родителей или опекун,

занятые уходом за ребенком до достижения им возраста 3 лет; трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет, и др.).

Застрахованные лица имеют право на бесплатное получение медицинской помощи при наступлении страхового случая на всей территории РФ, а также свободный выбор медицинской организации, врача, страховой медицинской организации (СМО) путем подачи заявления в порядке, установленном правилами ОМС.

Медицинская помощь застрахованным лицам в системе ОМС оказывается в рамках ***базовой и территориальной программ ОМС***, которые разрабатываются и утверждаются в порядке, установленном Законом.

Базовая программа ОМС — составная часть Программы госгарантий, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств ОМС на всей территории РФ медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам ОМС.

Базовая программа ОМС определяет виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структуру тарифов, способы оплаты, а также критерии доступности и качества медицинской помощи. Кроме того, в базовой программе ОМС устанавливаются нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одного застрахованного, нормативы финансовых затрат на единицу объема этой помощи, а также норматив финансового обеспечения программы в расчете на одно застрахованное лицо (подушевой норматив финансирования).

В рамках базовой программы ОМС оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь, за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи, специализированная медицинская помощь в следующих случаях:

- инфекционные и паразитарные болезни, за исключением ИППП, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и СПИД;
- новообразования;
- болезни эндокринной системы;
- расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- болезни нервной системы;
- болезни крови, кроветворных органов;

– отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
– болезни глаза и его придаточного аппарата;
– болезни уха и сосцевидного отростка;
– болезни системы кровообращения;
– болезни органов дыхания;
– болезни органов пищеварения;
– болезни мочеполовой системы;
– болезни кожи и подкожной клетчатки;
– болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
– травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
– врожденные аномалии (пороки развития);
– деформации и хромосомные нарушения;
– беременность, роды, послеродовой период и аборты;
– отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

Территориальная программа ОМС — составная часть территориальной программы госгарантий, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта РФ.

Территориальная программа ОМС включает виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, установленных базовой программой ОМС, и определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте РФ значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи и норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо.

В случаях, когда органом исполнительной власти субъекта РФ устанавливаются дополнительные объемы страхового обеспечения (с учетом региональных особенностей заболеваемости населения и системы здравоохранения), норматив финансового обеспечения территориальной программы может превышать норматив финансирования базовой программы ОМС.

Право застрахованного лица на бесплатное получение медицинской помощи реализуется на основании заключенных в его пользу между участниками ОМС договоров.

Финансовое наполнение системы ОМС обеспечивают ***страхователи.*** Страхователями для работающих граждан являются работода-

тели, (производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам), индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты. Страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъектов РФ. Важнейшей задачей страхователей является своевременная и в полном объеме уплата страховых взносов на ОМС.

Источниками формирования средств ОМС являются:

- страховые взносы на ОМС;
- недоимки по взносам, налоговые платежи, начисленные пени и штрафы;
- средства федерального бюджета, передаваемые в бюджет Федерального фонда ОМС для компенсации выпадающих доходов;
- доходы от размещения временно свободных средств;
- иные источники, предусмотренные законодательством РФ.

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование — обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.

Размер и порядок расчета страховых взносов на ОМС устанавливаются соответствующими Федеральными законами. Движение финансовых средств в системе ОМС представлено на рис. 21.2.

Страховщиком по ОМС в рамках реализации базовой программы ОМС является ***Федеральный фонд ОМС***. Управление Федеральным фондом осуществляется правлением и председателем, который назначается и освобождается от должности Правительством РФ.

Важнейшими задачами Федерального фонда являются:

- участие в разработке Программы госгарантий;
- аккумулирование и управление средствами ОМС, а также формирование и использование резервов для обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС.

Отдельные полномочия страховщика по реализации территориальных программ ОМС осуществляют ***территориальные фонды ОМС*** — некоммерческие организации, созданные субъектами РФ для реализации государственной политики в сфере ОМС на территориях субъектов РФ. Для выполнения этих полномочий территориальные фонды могут создавать филиалы и представительства.

Управление территориальным фондом осуществляет директор, который назначается и освобождается от должности высшим испол-

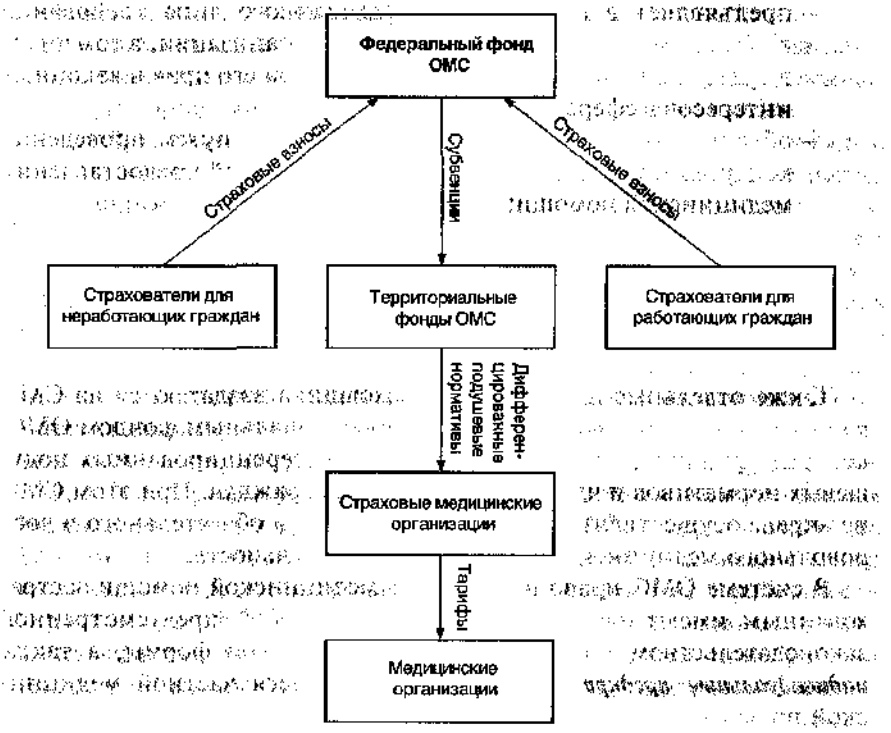


Рис. 21.2. Движение финансовых средств в системе ОМС

нительным органом государственной власти субъекта РФ по согласованию с Федеральным фондом.

Территориальный фонд осуществляет следующие полномочия страховщика:

- участвует в разработке территориальных программ госгарантий и определении тарифов на оплату медицинской помощи на территории субъекта РФ;
- аккумулирует и управляет средствами ОМС, осуществляет финансирование территориальных программ ОМС, а также формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости ОМС в порядке, установленном Федеральным фондом;
- утверждает для СМО дифференцированные подушевые нормативы в порядке, установленном правилами ОМС;

- предъявляет в интересах застрахованного лица требования к страхователю, СМО и медицинской организации, в том числе в судебном порядке, связанные с защитой его прав и законных интересов в сфере ОМС;
- обеспечивает права граждан в сфере ОМС путем проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- осуществляет контроль за использованием средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями путем проведения финансовых проверок и ревизий;
- формирует персонифицированные базы данных о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи.

Также отдельные полномочия страховщика возлагаются на СМО в рамках договоров, заключенных с территориальным фондом ОМС, который финансирует СМО на основе дифференцированных подушевых нормативов и числа застрахованных граждан. При этом СМО не вправе осуществлять иную, за исключением обязательного и добровольного медицинского страхования, деятельность.

В системе ОМС право на оказание медицинской помощи застрахованным имеют ***медицинские организации*** любой предусмотренной законодательством РФ организационно-правовой формы, а также ***индивидуальные предприниматели***, занимающиеся частной медицинской практикой.

Законом четко определены обязанности и права медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным в системе ОМС. Медицинские организации обязаны:

- бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ ОМС;
- вести персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
- предоставлять СМО и территориальному фонду сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи;
- размещать на своем официальном сайте в интернете информацию о режиме работы и видах оказываемой медицинской помощи;
- предоставлять застрахованным лицам, СМО и территориальному фонду сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи др.

Медицинские организации имеют право:

- получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров в соответствии с установленными тарифами;
- обжаловать заключения страховой медицинской организации и территориального фонда в порядке, предусмотренном настоящим Законом.

Медицинские организации получают от СМО целевые средства на оплату медицинской помощи по договорам на оказание и оплату медицинской помощи в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой ОМС. Оплата медицинской помощи в системе ОМС производится по ***тарифам***, которые рассчитываются в соответствии с методикой, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и должны включать статьи затрат, установленные территориальной программой ОМС. Эти тарифы устанавливаются соглашением между органом управления здравоохранением субъекта РФ, территориальным фондом, представителями СМО, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов. Кроме того, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях, на организацию питания (при отсутствии организованного питания в данной медицинской организации), на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций.

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным проводится в соответствии с порядком проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Медико-экономический контроль — установление соответствия фактических сведений об объемах оказанной медицинской помощи

застрахованным лицам (на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов) условиям договоров, заключенных в рамках территориальной программы ОМС.

Медико-экономическая экспертиза — установление соответствия фактических сроков выполнения и объемов предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной и учетно-отчетной документации медицинской организации.

Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом, являющимся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее 5 лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС.

Экспертиза качества медицинской помощи — выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных в процессе оказания медицинской помощи дефектов.

Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов. Экспертом качества медицинской помощи является врач-специалист, имеющий высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший специальную подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС (подробнее см. гл. 24).

Территориальный фонд в порядке, установленном Федеральным фондом, вправе осуществлять контроль за деятельностью СМО путем установления объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам, проводить медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи, в том числе повторно, а также контроль за использованием средств ОМС СМО и медицинскими организациями.

Сумма средств, выявленная и не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, удерживается из объема средств медицинской организации (предусмотренных для оплаты медицинской помощи) или подлежит возврату в СМО.

Документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное получение медицинской помощи на всей территории РФ

в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС, является ***полис обязательного медицинского страхования***. Для его получения застрахованное лицо лично или через своего представителя подает заявление в СМО, а при ее отсутствии — в территориальный фонд.

С 1 мая 2011 г. на территории РФ стали вводиться бессрочные полисы ОМС нового образца. Новый полис ОМС оформляется в виде бумажного документа, электронной карты или как запись на универсальной электронной карте. Планируется, что к 2014 г. все россияне будут обеспечены такими полисами. Для контроля объема оказанных населению медицинских услуг и предотвращения необоснованных расходов в системе ОМС создается единая всероссийская база данных застрахованных лиц.

С целью расширения объема помощи, оказываемой гражданам в рамках обязательного медицинского страхования, Законом предусмотрено поэтапное включение в систему ОМС скорой медицинской помощи (с 1 января 2013 г., за исключением санитарно-авиационной скорой медицинской помощи) и высокотехнологичной медицинской помощи (с 1 января 2015 г.).

Кроме того, в период 2011–2012 гг. в рамках Закона предусмотрены разработка и реализация ***региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ*** и ***программ модернизации федеральных государственных медицинских учреждений***. Предусмотренные в бюджете Федерального фонда средства на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ направляются на следующие цели:

- укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения;
- внедрение современных информационных систем в здравоохранение в целях перехода на полисы ОМС единого образца, телемедицинских систем и систем электронного документооборота для ведения медицинских карт пациентов в электронном виде;
- внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

Региональные программы модернизации здравоохранения субъектов РФ осуществляются в целях повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам.

21.3. ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

В отличие от ОМС, как части системы социального страхования, ***добровольное медицинское страхование (ДМС)*** является частью личного страхования и видом финансово-коммерческой деятельности, которая регулируется Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

ДМС осуществляется на основе программ ДМС и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами ОМС. Оно реализуется за счет собственных средств, полученных непосредственно от граждан, или средств работодателя, дополнительно страхующего своих работников.

Размеры страховых взносов по ДМС устанавливаются СМО самостоятельно и зависят от вида рисков, правил страхования, принятых конкретным страховщиком, стоимости медицинских и других услуг, числа застрахованных и т.п.

ДМС осуществляется на основе договора между страхователем (работодателем), страховщиком и организацией здравоохранения. Правила ДМС, определяющие общие условия и порядок его проведения, устанавливаются страховщиком самостоятельно, но в соответствии с Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Развитие медицинского страхования предполагает сотрудничество государственной системы здравоохранения и системы ДМС. Определяющими условиями такого взаимодействия являются в первую очередь расширение рынка платных медицинских услуг и активизация в связи с этим деятельности компаний, работающих по программам ДМС, а также желание страховых компаний участвовать в финансировании региональных целевых медико-социальных программ. В этом случае реализуются интересы всех участников медицинского страхования. Для организаций здравоохранения это получение дополнительного финансирования по целевым медико-социальным программам, возможность повышения качества медицинской помощи и развития сервисных услуг. Для территориальных фондов ОМС — возможность совместной реализации программ ОМС и ДМС и устранение тем самым практики двойной оплаты одной и той же медицинской услуги в учреждениях здравоохранения. Для страховых компаний это возможность увеличения числа страхова-

телей и застрахованных. Для предприятий это получение дополнительных высокого качества медицинских услуг, предоставляемых работникам в рамках трудовых коллективных договоров.

Основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования представлены в табл. 21.1.

Таблица 21.1. Основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования[1]

№ п/п	Обязательное медицинское страхование	Добровольное медицинское страхование
1	Некоммерческое	Коммерческое
2	Один из видов социального страхования	Один из видов личного страхования
3	Всеобщее массовое	Индивидуальное или групповое
4	Регламентируется Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»	Регламентируется Законами РФ «Об организации страхового дела в РФ» и «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»
5	Правила страхования определяются государством	Правила страхования определяются страховыми организациями
6	Страхователи — работодатели, органы государственной власти, органы местного самоуправления	Страхователи — юридические и физические лица
7	Осуществляется за счет взносов работодателей. государственного бюджета	Осуществляется за счет индивидуальных доходов застрахованных граждан, прибыли работодателей
8	Программа (гарантированный минимум услуг) утверждается органами государственной власти	Программа (гарантированный минимум услуг) определяется договором страховщика и страхователя
9	Тарифы устанавливаются по единой утвержденной методике	Тарифы устанавливаются договором между страховщиком и страхователем

[1] По материалам Ю.П. Лисицына, А.И. Вялкова, В.И. Стародубова, Ю.В. Михайловой.

Окончание табл. 21.1

№ п/п	Обязательное медицинское страхование	Добровольное медицинское страхование
10	Система контроля качества устанавливается государственными органами	Система контроля качества устанавливается договором страхования
11	Доходы могут быть использованы только для развития основной деятельности — ОМС	Доходы могут быть использованы в любой коммерческой или некоммерческой деятельности
12	При наступлении страхового случая субсидарная ответственность	При наступлении страхового случая возмещение суммы страхового взноса

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Дайте определение понятия «обязательное медицинское страхование».
2. Что такое страховой случай, страховой риск, страховое обеспечение?
3. Перечислите основные принципы развития ОМС.
4. Кто является субъектами и участниками ОМС?
5. Кто относится к застрахованным лицам в системе ОМС?
6. Перечислите права застрахованных лиц в системе ОМС.
7. Что такое базовая и территориальная программы ОМС? Какие виды медицинской помощи реализуются в их рамках?
8. Кто является страхователями для работающих и неработающих граждан в системе ОМС?
9. Перечислите основные источники формирования средств ОМС.
10. Каковы функции Федерального и территориальных фондов ОМС?
11. Кто является страховщиками в системе ОМС, каковы их задачи?
12. Какой документ удостоверяет права застрахованных лиц в системе ОМС?
13. Для каких целей реализуются региональные программы модернизации здравоохранения субъектов РФ?
14. Каковы особенности ДМС?
15. Каковы основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования?

Глава 22

Экономика здравоохранения

22.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Стало общепризнанным, что здоровье — категория не только социальная, но и экономическая, несмотря на то что не относится к товарно-денежным категориям и не представляет собой товар, продаваемый и приобретаемый на рынке. Вместе с тем на сохранение, укрепление, восстановление здоровья государству приходится тратить огромные ресурсы. Здоровье, таким образом, обладает стоимостью, что позволяет рассматривать его в опосредованной форме как категорию экономическую.

Меняется отношение и к системе здравоохранения, которую традиционно относят к непроизводственным отраслям, к сфере услуг нематериального характера. На самом деле в системе охраны здоровья населения наряду с профессионально-этическими все больше стали проявляться товарно-денежные отношения. Сегодня не вызывает отторжение то, что медицинская услуга, как и любой товар, имеет стоимость, денежным выражением которой является цена. В этом смысле здравоохранение можно называть отраслью сохранения и производства здоровья, в которой используется большой арсенал как медицинских, так и экономических методов и средств.

С учетом сказанного закономерно встают следующие вопросы:

- стоимостная оценка здоровья как важнейшей составляющей национального богатства и фактора экономического роста государства;
- цена отдельной медицинской услуги и стоимость медицинской помощи в целом;
- оценка ресурсного потенциала здравоохранения и поиск новых источников его формирования;
- оценка эффективности функционирования здравоохранения в условиях рыночных отношений;
- оценка экономического ущерба от заболеваемости, инвалидизации и преждевременной смертности.

Ответы на эти и другие вопросы дает наука экономика здравоохранения.

Экономика здравоохранения — отраслевая экономическая наука, которая исследует действие объективных экономических законов, влияющих на удовлетворение потребностей населения в сохранении и укреплении здоровья.

Организации здравоохранения в рамках законодательства осуществляют экономическую деятельность — производство и реализацию медицинских товаров и услуг, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения, используя при этом различные финансовые, материальные, трудовые, информационные и другие ресурсы.

22.2. АНАЛИЗ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Финансовые и материальные ресурсы являются основными видами ресурсов, используемыми организациями здравоохранения в процессе экономической деятельности. Анализ эффективности использования этих ресурсов одинаково важен как для некоммерческих, так и коммерческих организаций здравоохранения. В случае некоммерческих организаций анализ их экономической деятельности дает возможность оценить эффективность использования материальных ресурсов, средств бюджета и ОМС для достижения главной цели — повышения доступности и качества медицинской помощи населению. В случае коммерческих организаций здравоохранения он дает возможность оценить эффективность использования материальных и финансовых ресурсов для достижения другой цели — получение прибыли. Несмотря на разность в конечных целях, методика анализа некоммерческих и коммерческих организаций здравоохранения имеет много общего.

Финансовые ресурсы здравоохранения — совокупность всех видов денежных средств (российская и иностранная валюта, ценные бумаги, платежные карты и денежные документы), находящихся в распоряжении органов управления здравоохранением, фондов ОМС, организаций здравоохранения, СМО, предназначенные для обеспечения функционирования и развития системы здравоохранения.

Материальные ресурсы здравоохранения — совокупность зданий, сооружений, оборудования, транспорта, горюче-смазочных матери-

алов, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, расходных материалов, запасных частей, инструментария, мягкого инвентаря, хозяйственных товаров, сырья и других материальных ценностей, которые находятся в распоряжении организаций здравоохранения и используются для производства медицинских товаров и услуг.

Универсальным документом, отражающим состояние финансовых и материальных ресурсов организации здравоохранения, результаты ее финансово-хозяйственной деятельности, является ***бухгалтерский баланс***. Этот документ представляет собой двустороннюю таблицу, в которой левая сторона называется активом баланса, правая сторона — пассивом баланса.

Данные баланса отражают финансовое положение организации здравоохранения, ее платежеспособность и доходность. В основу бухгалтерского баланса положено основное уравнение бухгалтерского учета:

Активы = Пассивы

Таким образом, бухгалтерский баланс отражает равновесие или равенство активов и пассивов, т.е. ресурсов, находящихся в распоряжении организации, и источников денежных средств, за счет которых сформированы эти ресурсы.

Из этого следует вывод, что активов в организациях здравоохранения не может быть больше источников, за счет которых они образуются.

Активы бухгалтерского баланса организации здравоохранения — часть бухгалтерского баланса, отражающая в денежном выражении совокупность финансовых, материальных и нематериальных ресурсов организации. Таким образом, активы представляют собой экономический ресурсный потенциал, который прямо или косвенно может быть трансформирован в денежный поток для осуществления финансово-хозяйственной деятельности организации здравоохранения.

Пассивы бухгалтерского баланса — часть бухгалтерского баланса, отражающая совокупность источников денежных средств и обязательств организации, за счет которых сформированы ее активы.

Одним из важнейших свойств активов организаций здравоохранения является их ликвидность.

Ликвидность активов — способность финансовых, материальных, нематериальных ресурсов быстро и легко реализовываться для погашения денежных обязательств организации.

Оценка ликвидности имеет принципиальное значение для анализа деятельности коммерческой организации здравоохранения, особенно в случаях невыполнения денежных обязательств, что может быть проявлением ее неплатежеспособности и привести к банкротству. Бóльшую часть материальных ресурсов в здравоохранении составляют основные средства.

Основные средства в здравоохранении (основной капитал, основные фонды, основные ресурсы) — одна из составных частей активов организаций здравоохранения, которые длительное время используются для производства медицинских товаров и услуг, постепенно перенося на них свою стоимость.

В здравоохранении к основным средствам относятся здания, сооружения, оборудование, транспорт, измерительные приборы и устройства, вычислительная техника и другие объекты бухгалтерского учета и отчетности в соответствии с «Общероссийским классификатором основных фондов» со сроком полезного использования более 12 мес.

Статистика основных средств включает следующие показатели:

– стоимость и состояние основных средств;

– движение основных средств;

– использование основных средств.

Показатели стоимости и состояния основных средств. Общий объем основных средств может быть определен только в денежном выражении. Для этого рассчитывают их балансовую стоимость.

Балансовая стоимость — стоимость основных средств, по которой они учтены в бухгалтерском балансе организации здравоохранения.

Для статистического анализа рассчитывают **показатель среднегодовой балансовой стоимости основных средств** по формуле:

$$\text{Среднегодовая балансовая стоимость основных средств } (БС_{ос}) = \frac{1/2\ БС_{ос} \text{ на } 01.01. \text{ отчетного года} + БС_{ос} \text{ на } 01.02. + \ldots + БС_{ос} \text{ на } 01.12. + 1/2\ БС_{ос} \text{ на } 01.01., \text{ следующего за отчетным годом}}{12}.$$

В процессе работы основные средства подвергаются физическому и моральному износу.

Физический износ — утрата основными средствами своей потребительской стоимости, в результате чего они становятся непригодными для дальнейшего использования. Физический износ основных средств может быть следствием их эксплуатации, влияния внешних (природных) факторов, чрезвычайных обстоятельств (пожар, наводнение и др.). Физический износ представляет собой материальную основу амортизации.

Для оценки физического износа рассчитывают **коэффициент физического износа объекта основных средств** по формуле:

$$\text{Коэффициент физического износа объекта основных средств} = \frac{\text{Фактическое число лет эксплуатации}}{\text{Нормативный срок эксплуатации}}.$$

Показатель, равный 1, является основанием для принятия решения о прекращении эксплуатации объекта основных средств или проведении его модернизации.

Моральный износ — уменьшение стоимости основных средств на фоне научно-технического прогресса и роста производительности труда. Первое обстоятельство приводит, например, к появлению на рынке более современного диагностического оборудования, и это становится фактором снижения полезности действующих диагностических комплексов, второе — к удешевлению вновь создаваемого оборудования по сравнению с действующими. Степень морального износа основных средств определяется экспертно и должна учитываться при установлении сроков их службы, норм амортизации, при переоценке.

Своевременная и объективная оценка физического и морального износа основных средств прежде всего диагностического и лечебного медицинского оборудования в здравоохранении имеет принципиальное значение. От технических и эксплуатационных характеристик, например, рентгенодиагностических комплексов, оборудования для проведения лучевой терапии зависят здоровье и безопасность не только пациентов, но и обслуживающего персонала. Поэтому основные средства в здравоохранении (здания, сооружения, медицинское и бытовое оборудование, транспорт) должны подвергаться постоянной реновации.

Реновация — замещение выбывающих в результате физического и морального износа основных средств новыми. Реновация является

необходимым условием обеспечения качества и безопасности производимых медицинских товаров и услуг и должна осуществляться в пределах амортизационного фонда за счет амортизационных отчислений.

Показатели движения основных средств. Принимая участие в процессе производства медицинских товаров и услуг, переносят на них часть своей стоимости, основные средства находятся в постоянном движении: поступают, обновляются, ликвидируются, выбывают, заменяются. Для оценки в динамике этого процесса рассчитывают:

– коэффициент обновления основных средств;

– коэффициент выбытия основных средств.

Коэффициент обновления основных средств характеризует процесс постоянного обновления зданий, сооружений, оборудования, транспорта и других объектов бухгалтерского учета организаций здравоохранения как обязательного условия повышения качества медицинской помощи. Коэффициент рассчитывают по формуле:

$$\text{Коэффициент обновления основных средств} = \frac{\text{Стоимость основных средств, вновь введенных в отчетном году}}{\text{Среднегодовая балансовая стоимость основных средств на конец отчетного года}}.$$

Рекомендуемый показатель — не менее 0,5.

Коэффициент выбытия основных средств дополняет предыдущий показатель и характеризует своевременность вывода (списание) объектов основных средств из эксплуатации по достижении ими нормативного срока работы. Коэффициент рассчитывают по формуле:

$$\text{Коэффициент выбытия основных средств} = \frac{\text{Стоимость основных средств, выбывших в отчетном году}}{\text{Среднегодовая балансовая стоимость основных средств на начало следующего за отчетным года}}.$$

Рекомендуемый показатель — не менее 0,25.

Показатели использования основных средств. Одним из важнейших разделов статистики основных средств являются расчет и ана-

лиз показателей их использования. Для характеристики полноты и эффективности использования основных средств в здравоохранении рассчитывают следующие показатели:

– фондоотдачу;
– фондоемкость;
– фондовооруженность.

Показатель фондоотдачи применяется для анализа эффективности использования основных средств, который характеризует количество медицинских товаров и услуг (в стоимостном выражении), производимых на единицу стоимости основных средств. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Фондоотдача} = \frac{\text{Стоимость произведенных медицинских товаров и/или услуг}}{\text{Среднегодовая балансовая стоимость основных средств}}.$$

Положительная динамика этого показателя свидетельствует об эффективном использовании основных средств организацией здравоохранения.

Показатель фондоемкости является обратным к показателю фондоотдачи и характеризует величину основных средств, необходимую для производства продукции (медицинских товаров и услуг) стоимостью 1 руб. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Фондоемкость} = \frac{\text{Среднегодовая балансовая стоимость основных средств}}{\text{Стоимость произведенных медицинских товаров и/или услуг}}.$$

Уменьшение этого показателя в динамике свидетельствует об эффективного использования основных средств организацией здравоохранения.

Показатель фондовооруженности характеризует уровень материально-технического обеспечения медицинского персонала организаций здравоохранения, участвующих в процессе производства медицинских товаров и услуг. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Фондовооруженность} = \frac{\text{Среднегодовая балансовая стоимость основных средств}}{\text{Среднесписочная численность персонала}}.$$

Положительная динамика этого показателя является одним из условий улучшения качества медицинской помощи.

Другую часть материальных и финансовых ресурсов составляют оборотные средства.

Оборотные средства в здравоохранении (оборотный капитал, оборотные фонды) — одна из частей активов организации здравоохранения, необходимых в дополнение к основным средствам для производства медицинских товаров и услуг.

В здравоохранении к оборотным средствам относятся готовая продукция, дебиторская задолженность (менее 1 года), ценные бумаги и прочие краткосрочные финансовые вложения, денежные средства на банковских и прочих счетах, товарные запасы лекарственных средств и изделий медицинского назначения, белье и постельные принадлежности, расходы будущих периодов. Использование их осуществляется в рамках одного производственного цикла (лечебной, диагностической, реабилитационной процедуры) или в течение относительно короткого периода времени, не превышающего 12 мес.

Для статистического анализа оборотных средств рассчитывают:

– коэффициент оборачиваемости оборотных средств;

– коэффициент закрепления оборотных средств.

Коэффициент оборачиваемости оборотных средств характеризует скорость оборота ресурсов (в разах) за определенный период времени и показывает величину реализованной продукции, приходящуюся на 1 руб. оборотных средств. Коэффициент рассчитывают по формуле:

$$\text{Коэффициент оборачиваемости оборотных средств} = \frac{\text{Стоимость произведенных медицинских товаров и/или услуг за отчетный период*}}{\text{Средняя величина оборотных средств, участвовавших в обороте в отчетном периоде*}}.$$

* Отчетный период — месяц, квартал, год.

Увеличение показателя в динамике свидетельствует о повышении эффективности работы организации здравоохранения, уменьшение — об ухудшение ее финансового состояния.

Коэффициент закрепления оборотных средств является обратным к предыдущему показателю и показывает среднюю стоимость ресурсов, необходимых для производства продукции стоимостью 1 руб. Коэффициент рассчитывают по формуле:

$$\text{Коэффициент закрепления оборотных средств} = \frac{\text{Средняя величина оборотных средств, участвовавших в обороте в отчетном периоде*}}{\text{Стоимость произведенных медицинских товаров и/или услуг за отчетный период*}}$$

* Отчетный период — месяц, квартал, год.

Уменьшение этого показателя в динамике свидетельствует об улучшении финансового состояния организации здравоохранения.

Завершающим этапом анализа экономической деятельности организаций здравоохранения является оценка их финансовых результатов.

Финансовые результаты организации здравоохранения — итог экономической деятельности организации за определенный период времени (месяц, квартал, год), который выражается в показателях прибыли или убытков и определяется как разница между выручкой от реализации и полной себестоимостью продукции.

Прибыль — экономическая категория, комплексно отражающая финансовые результаты деятельности организации здравоохранения и выражающаяся в превышении доходов от реализации медицинских товаров и/или услуг над затратами по производству и реализации этой продукции. В общем виде прибыль исчисляется как разность между валовым (совокупным) доходом и валовыми затратами. В процессе формирования прибыли отражаются все основные составляющие управленческой и экономической деятельности организации: менеджмент, маркетинг, прогнозирование и планирование, ценообразование. Она является собственным источником для расширенного воспроизводства основных и пополнения оборотных средств (капитализация прибыли). Каждая организация стремится к получению максимальной прибыли от реализации продукции. При этом принци-

пиально важно знать, при каком объеме производства (реализации) и цене на продукцию можно получить максимальную прибыль.

Поскольку одной из главных составляющих в оценке финансовых результатов организации являются затраты на производство и реализацию продукции, необходимо уточнить структуру и систему их учета.

Затраты (издержки) — расход материальных, финансовых, информационных и других ресурсов в стоимостном выражении, используемых в процессе производства медицинских товаров и/или услуг.

Выделяют:

– переменные затраты;

– постоянные затраты.

Переменные затраты — издержки на производство и реализацию продукции, величина которых изменяется пропорционально объему этой продукции. К ним относятся заработная плата персонала, непосредственно занятого в производстве, стоимость потребленных материальных ресурсов (материалы, сырье, энергоносители, тара и др.), расходы на рекламу, налоги (налог на добавленную стоимость), платежи, зависящие от объема производства и др.

Постоянные затраты — издержки на производство и реализацию продукции, размер которых не зависит от объема производства. К ним относятся: амортизация основных средств, заработная плата управленческого персонала, налоговые отчисления, платежи во внебюджетные фонды, арендная плата, ставка банковского процента по кредитам и др.

Сумма переменных и постоянных затрат составляет ***валовые затраты***.

При увеличении объема производства валовые затраты снижаются за счет неизменности постоянных затрат, что приводит к увеличению прибыльности организации. И наоборот, сокращение объема производства опять же при неизменности постоянных затрат ведет к снижению его прибыльности.

Все затраты на производство и реализацию продукции составляют ***полную себестоимость продукции***.

В анализе экономической деятельности для оценки финансовых результатов организаций здравоохранения рассчитывают следующие показатели:

– валовую прибыль;

– чистую прибыль.

Показатель валовой (маржинальной) прибыли комплексно отражает финансовые результаты деятельности организации здравоохранения

и характеризует превышение доходов от реализации медицинских товаров и/или услуг над затратами по производству и реализации этой продукции. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Валовая прибыль} = \begin{array}{c}\text{Выручка от реализации}\\ \text{медицинских товаров}\\ \text{и/или услуг}\end{array} - \begin{array}{c}\text{Полная себестоимость}\\ \text{медицинских товаров}\\ \text{и/или услуг.}\end{array}$$

Показатель чистой прибыли показывает объем прибыли, оставшейся в распоряжении организации здравоохранения после уплаты налогов и других платежей в бюджет и внебюджетные фонды. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Чистая прибыль} = \begin{array}{c}\text{Валовая}\\ \text{прибыль}\end{array} - \begin{array}{c}\text{Сумма уплаченных налогов}\\ \text{и других платежей в бюджет}\\ \text{и внебюджетные фонды.}\end{array}$$

Для эффективно работающих организаций здравоохранения эти показатели должны быть положительны и иметь тенденцию к росту.

Организации самостоятельно определяют направления, объемы и характер использования чистой прибыли. Она идет на формирование различных фондов: накопления, развития производства, социального развития, материального поощрения, резервного (рискового) фонда.

Наряду с абсолютными показателями валовой и чистой прибыли в статистике экономической деятельности организаций здравоохранения применяют относительный **показатель общей рентабельности,** который рассчитывают по формуле:

$$\text{Общая рентабельность} = \frac{\text{Валовая прибыль}}{\begin{array}{c}\text{Среднегодовая стоимость основных}\\ \text{и оборотных средств}\end{array}} \times 100.$$

Кроме того, рассчитывают **специальный показатель рентабельности (рентабельность продаж):**

$$\begin{array}{c}\text{Специальный показатель}\\ \text{рентабельности}\\ \text{(рентабельность продаж)}\end{array} = \frac{\text{Чистая прибыль}}{\begin{array}{c}\text{Стоимость произведенных медицинских}\\ \text{товаров и/или услуг за отчетный период}\end{array}} \times 100.$$

Рекомендуемый показатель — 15–20%.

При анализе прибыли как одного из результатов финансовой деятельности организаций здравоохранения необходимо помнить, что медицинской деятельности присущ ярко выраженный социальный характер. Поэтому достижение прибыли не должно вступать в противоречие с соблюдением профессиональных и этических норм, которые в равной степени должны соблюдаться как некоммерческими, так и коммерческими организациями здравоохранения.

22.3. МЕДИЦИНСКАЯ, СОЦИАЛЬНАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Под понятием «эффективность в здравоохранении» понимают отношение результатов медицинской и экономической деятельности, выраженных в определенных показателях к произведенным затратам. Кроме того, выделяют социальную эффективность здравоохранения.

Развитие здравоохранения, рост материальных, финансовых, трудовых и информационных затрат на медицинскую помощь ставят перед экономикой здравоохранения задачу не только оценки эффективности этой отрасли, но и поиска новых путей достижения максимального эффекта при минимальных затратах всех видов ресурсов. При этом понятие эффективности медицинской помощи не следует отождествлять с общепринятой в сфере материального производства категорией эффективности. В здравоохранении даже при применении самого квалифицированного труда и использовании современной медицинской техники можно получить нулевой и даже отрицательный результат (отсутствие положительной динамики в состоянии больного, смерть пациента).

Показатели эффективности деятельности медицинских учреждений служат критерием социальной и экономической значимости здравоохранения в обществе. В целом эффективность здравоохранения выражается в воздействии его на сохранение и улучшение здоровья населения, повышении производительности труда, сокращении расходов по социальному страхованию и социальной защите и в итоге — увеличении валового внутреннего продукта.

Эффективность системы здравоохранения, отдельных медицинских учреждений измеряется совокупностью статистических показа-

телей, каждый из которых характеризует какую-либо сторону медицинской деятельности. Результаты деятельности здравоохранения, реализации национального проекта «Здоровье», медико-социальных программ анализируются с позиций медицинской, социальной и экономической эффективности, между которыми существуют тесная взаимосвязь и взаимообусловленность.

Медицинская эффективность характеризуется степенью достижения ожидаемых результатов в профилактике, диагностике, лечении, диспансеризации, реабилитации больных. В отношении конкретного больного это выздоровление или улучшение состояния здоровья, восстановление утраченных функций отдельных систем и органов. На уровне учреждений или системы здравоохранения в целом медицинская эффективность может оцениваться степенью изменения во времени, например, следующих показателей здоровья: показателей первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения, злокачественными новообразованиями, заболеваемости с временной утратой трудоспособности и др. В данном случае медицинская эффективность характеризуется статистическими показателями наглядности (см. гл. 2).

Медицинскую эффективность проводимых профилактических мероприятий, например вакцинации детского населения против гриппа, рассчитывают по формуле:

$$\text{Эффективность вакцинации детского населения против гриппа} = \frac{\text{Число не заболевших гриппом детей, получивших вакцину}}{\text{Число вакцинированных детей}} \times 100.$$

Одним из показателей оценки медицинской эффективности работы диагностических служб (рентгенологической, эндоскопической, ультразвуковой, цитологической и др.) может быть **показатель доли больных с I–II стадией злокачественных новообразований**. Этот показатель рассчитывается как процентное отношение числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного образования в I–II стадии к общему числу онкологических больных с впервые в жизни установленным диагнозом.

Медицинская эффективность лечения больных, страдающих социально значимыми заболеваниями, например алкоголизмом и наркоманией, может характеризоваться **показателями удельного**

веса больных алкоголизмом (наркоманией) с ремиссией более 1 года. Эти показатели рассчитывают как процентное отношение пациентов с продолжительностью ремиссии более 1 года к среднегодовому числу диспансерных больных, страдающих алкоголизмом (наркоманией).

Также в анализе медицинской эффективности важнейшей составляющей является оценка результатов динамического наблюдения диспансерных больных, которая выражается **показателем эффективности диспансеризации**. Этот показатель рассчитывают как процентное отношение числа больных, состоящих на диспансерном учете и у которых на конец отчетного периода отмечался один из возможных исходов (улучшение, без изменений, ухудшение), к общему числу больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания.

Медицинскую эффективность проводимых реабилитационных мероприятий среди лиц со стойкой нетрудоспособностью (инвалидов) можно оценивать **показателем полной медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов**. Этот показатель рассчитывают как процентное отношение числа инвалидов, признанных трудоспособными, к общему числу повторно освидетельствованных в бюро МСЭ инвалидов.

Социальная эффективность. Анализ социальной эффективности системы здравоохранения[1] основывается на выборе эмпирических индикаторов, позволяющих оценивать функционирование здравоохранения в социальной сфере общественной жизни.

Государства с развитой экономикой ориентируют здравоохранение на предоставление различным социальным группам и слоям населения равного доступа к качественной медицинской помощи в объеме социальных гарантий, предусмотренных законодательством. В таком случае одним из основных критериев социальной эффективности выступает **показатель доступности медицинской помощи**, который может измеряться реальными временными и материальными затратами различных социальных групп населения при получении гарантированной (бесплатной) медицинской помощи.

Объективными индикаторами доступности здравоохранения в случае, например, с сельским населением (как с особой социальной группой) могут служить **показатели средней удаленности местных учреждений здравоохранения от получателей медицинской помощи** или

[1] По материалам д-ра соц. наук, проф. А.М. Осипова.

среднего времени, затрачиваемого сельскими жителями на получение медицинской помощи, причем это время должно включать не только проезд, но и вынужденное ожидание пациентов в очередях в медицинских учреждениях.

Субъективным, но оттого не менее значимым, индикатором доступности медицинской помощи является **состояние общественного мнения**, которое может репрезентативно оцениваться в масштабе локального сообщества (населения муниципального района, городского округа, субъекта РФ) или конкретной социальной группы. Для расчета этого показателя также применимы методы стандартизированного (в том числе анкетного) опроса. В качестве примера приведем фрагмент такой анкеты:

Насколько доступной является для вас лично качественная и своевременная медицинская помощь?

1. *Такая помощь мне вообще недоступна.*
2. *Такая помощь бывает доступна редко.*
3. *Такая помощь бывает доступна часто.*
4. *Такая помощь бывает доступна всегда.*
5. *Затрудняюсь ответить.*

Показатель доступности медицинской помощи целесообразно применять дифференцированно к ее отдельным видам: первичной медико-санитарной, специализированной, скорой и др. По результатам многолетнего мониторинга медико-социальной ситуации, проводимого в Новгородской области, показатель доступности медицинской помощи остается в целом стабильным, но при этом отмечаются различия по ее видам: если доступность первичной медико-санитарной помощи критично оценивает лишь каждый 9-й взрослый, то о затруднениях в отношении доступности специализированной помощи говорит каждый 3-й взрослый.

Другим существенным индикатором социальной эффективности здравоохранения является **индекс информированности населения об имеющихся заболеваниях**. Для расчета этого показателя наряду с обычно доступными для исследователя данными о заболеваемости по обращаемости используют данные, полученные при проведении стандартизированного (анкетного) опроса.

В стандартизированных опросах пациентов для измерения информированности рекомендуется использование открытого вопроса с неограниченным для респондента количеством вариантов ответа, например:

Сообщите, пожалуйста, об имеющихся у вас заболеваниях, установленных вам диагнозах или каких органов, частей тела касаются эти заболевания.

1. .....
2. .....
3. .....

Как правило, информированность населения об имеющихся заболеваниях (установленных диагнозах) является неполной, что связано отчасти с психологическими особенностями индивидуумов (памятью, избирательностью восприятия и ценностным отношением к здоровью), но в немалой степени — с социальным качеством информационных процессов и социальных коммуникаций в системе здравоохранения. На практике типичным недостатком таких коммуникаций оказывается то, что медицинские работники не в полном объеме информируют пациентов о состоянии здоровья, сопутствующих рисках или недостаточно мотивируют пациентов относительно правильного поведения при болезни.

Уровень информированности отдельных социальных групп населения об имеющихся заболеваниях рассчитывают по формуле:

$$\textbf{Индекс информированности населения о заболеваниях} = \frac{\text{Число заболеваний, известных пациентам}}{\text{Число заболеваний, установленных при обращении в организации здравоохранения}}.$$

Этот показатель варьирует от 0 до 1,0 и существенно отличается в различных социальных (возрастных, поселенческих и профессиональных) группах населения, а также в группах пациентов с теми или иными заболеваниями. Недостаточная информированность о заболеваниях, как правило, дезориентирует пациента в отношении собственного здоровья и выбора оптимальных моделей поведения. Низкий уровень информированности населения об имеющихся заболеваниях служит основанием для усиления информационной деятельности организаций здравоохранения среди населения.

Общим эмпирическим индикатором социальной эффективности здравоохранения является **индекс удовлетворенности населения деятельностью местной системы здравоохранения**. Измерение удовлет-

воренности населения (равно как и отдельных социальных групп) широко применяется в медико-социологических исследованиях, и его результаты бывают весьма важными для управления системой здравоохранения.

Измерение общей удовлетворенности деятельностью местной системы здравоохранения также может опираться на методы стандартизированного (в том числе анкетного) опроса. Ниже приводится фрагмент анкеты для расчета этого показателя.

Удовлетворены ли вы в целом тем, как действует местная система здравоохранения?

а) да, вполне;
б) скорее, да;
в) затрудняюсь ответить;
г) скорее, нет;
д) совсем нет.

Обработка этих данных позволяет вскрыть реальный баланс в оценке населением деятельности местной системы здравоохранения. В частности, могут быть установлены соотношение позитивных и негативных оценок в разных социальных группах населения и сопутствующие этим оценкам социальные обстоятельства (благосостояние, уровень образования, ценностное отношение индивидуумов к своему здоровью и др.).

Индекс удовлетворенности населения деятельностью местной системы здравоохранения рассчитывают по формуле:

$$\text{Индекс удовлетворенности населения деятельностью местной системы здравоохранения} = а + 3/4 \cdot б + 1/2 \cdot в,$$

где *а* — процентная доля ответов «*Да, вполне*»; *б* — процентная доля ответов «*Скорее, да*»; *в* — процентная доля ответов «*Затрудняюсь ответить*».

Индекс варьирует от 0 до 100. По результатам медико-социального мониторинга в Новгородской области этот показатель составил 49,0.

Экономическая эффективность — важнейший показатель оценки экономической деятельности системы здравоохранения в целом, отдельных организаций, специализированных служб, а также результатов медико-социальных программ. Показатель рассчитывают по формуле:

$$\text{Экономическая эффективность} = \frac{\text{Экономический эффект}}{\text{Затраты}}.$$

Экономический эффект в здравоохранении — один из результатов деятельности организации здравоохранения, который выражается в показателях прибыли или убытков и определяется как разница между доходами и затратами.

Расчет экономической эффективности связан с поиском путей наиболее рационального использования имеющихся в здравоохранении ресурсов.

Экономическая эффективность в здравоохранении рассматривается в двух аспектах: внутренний — эффективность использования различных видов ресурсов в системе здравоохранения, внешний — влияние здравоохранения на развитие экономики страны.

Исходя из понимания, что высшей ценностью в обществе являются здоровье и жизнь человека, экономическая эффективность не может быть определяющей в принятии решений о выделении необходимых ресурсов для проведения тех или иных лечебно-профилактических мероприятий. Главными критериями здесь должны быть показатели медицинской и социальной эффективности. Однако анализ экономической эффективности деятельности системы здравоохранения необходим в обосновании потребности в тех или иных ресурсах и разработке механизмов их рационального использования.

Особенность оценки экономической эффективности в здравоохранении заключается в том, что нередко медицинские мероприятия профилактической, лечебной, реабилитационной направленности могут быть экономически невыгодны, однако медицинская и социальная эффективность от их реализации достаточно высока. Так, например, при оказании медицинской помощи пожилым людям с хроническими и дегенеративными заболеваниями, больным с умственной отсталостью достигается определенная медицинская и социальная эффективности — человеку сохраняется и продлевается жизнь; в то же время экономическая эффективность будет отрицательной — он может стать инвалидом, лишиться возможности заниматься производственной деятельностью, что повлечет за собой экономический ущерб.

Или другой пример: выздоровление пациента трудоспособного возраста будет означать уменьшение экономических потерь, связанных с объемом непроизведенной и нереализованной продукции

в период нахождения его на больничном листе, т.е. принесет значительный экономический эффект. В то же время выздоровление нетрудоспособного пенсионера и инвалида не принесет ожидаемого экономического эффекта, более того, будет означать дополнительные экономические потери в связи с выплатами пенсии по старости или пособия по инвалидности. Однако, социальная эффективность будет высока — человеку продлевается жизнь.

22.4. РОЛЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПРЕДОТВРАЩЕНИИ ЭКОНОМИЧЕСКОГО УЩЕРБА

Как было сказано ранее, здравоохранение является отраслью сохранения и производства здоровья и в определенной степени влияет на экономическую ситуацию в стране в целом и на макроэкономические показатели в частности. Поэтому, говоря о роли здравоохранения в экономике страны, необходимо прежде всего иметь в виду ***предотвращенный экономический ущерб (экономический эффект)*** вследствие реализации мер по снижению заболеваемости, инвалидизации и смертности населения.

Различают прямой и косвенный экономический ущерб.

Прямой экономический ущерб — затраты материальных, финансовых, информационных и других ресурсов (в стоимостном выражении), которые используются в процессе оказания населению медицинской помощи.

Косвенный экономический ущерб — экономические потери, связанные с выплатами пособий по временной утрате трудоспособности, пенсий по инвалидности, числом непрожитых трудоспособных лет жизни (в стоимостном выражении), уменьшением производства внутреннего валового продукта (ВВП) и др.

Наиболее ощутим экономический ущерб среди трудоспособного населения вследствие временной или стойкой нетрудоспособности. Работники, утратившие трудоспособность, не принимают участие в производстве ВВП, а государство затрачивает средства на оказание им медицинской помощи, оплату больничных листов, выплату пенсий по инвалидности, на обучение инвалидов в связи с переквалификацией и различного рода другие льготы социального характера.

Экономический ущерб вследствие заболеваемости (в расчете на одного человека) *рассчитывают по следующим формулам:*

для работающего населения (заболеваемость с временной утратой трудоспособности):

$$У_{зр} = (Д + Б_д) \times Т_р + З_{апу} \times Ч + З_{ст} \times Т_к,$$

для неработающего населения (общая заболеваемость):

$$У_{зн} = З_{апу} \times Ч + З_{ст} \times Т_к,$$

где Д — стоимость продукции, производимой в расчете на 1 работающего за 1 рабочий день; $Б_д$ — среднедневной размер пособия по временной нетрудоспособности 1 работника; $Т_р$ — длительность лечения в рабочих днях; $З_{апу}$ — стоимость затрат на 1 посещение АПУ; Ч — число посещений АПУ; $З_{ст}$ — стоимость затрат на 1 койко-день; $Т_к$ — длительность лечения в календарных днях.

Экономический ущерб от инвалидности (в расчете на 1 инвалида) рассчитывают по формуле:

$$У_и = Д \times Т_р + (П + С + Л) \times Т_к,$$

где Д — стоимость продукции, недопроизведенной в результате инвалидности (за 1 рабочий день); $Т_р$ — число рабочих дней, потерянных по инвалидности; П — размер пенсии по инвалидности в день; С — размер социальных льгот в день; Л — затраты на медицинское обслуживание инвалида в день; $Т_к$ — число календарных дней, проведенных на инвалидности.

Расчет экономического ущерба на 1 работающего и неработающего инвалидов имеет отличия, связанные, прежде всего с необходимостью учета дополнительных затрат на профессиональную переподготовку и подбор соответствующей профессии для работающего инвалида, разности стоимости продукции, производимой на прежней и новой работе, и др.

Экономический ущерб от смертности в трудоспособном возрасте (в расчете на 1 человека) рассчитывают по формулам:
для мужчин:

$$У_{см} = (60 - V) \times Д,$$

для женщин:

$$У_{сж} = (55 - V) \times Д,$$

где V — возраст умершего; Д — среднегодовая стоимость продукции, недопроизведенной в результате преждевременной смертности.

Для определения суммарного экономического ущерба от заболеваемости, инвалидности и смертности в трудоспособном возрасте для отдельных групп населения, учреждений, предприятий, административных территорий применяют более сложные расчеты, примеры которых рассматриваются на практических занятиях[1].

Рассчитав суммарный экономический ущерб вследствие заболеваемости, инвалидности, смертности в трудоспособных возрастах, можно найти **экономический эффект (предотвращенный экономический ущерб)** деятельности системы здравоохранения, который рассчитывают как разность суммарного экономического ущерба до и после реализации комплекса медицинских и санитарно-эпидемиологических мероприятий:

$$Э = У_1 - У_2,$$

где $У_1$ — суммарный экономический ущерб до реализации комплекса медицинских и санитарно-эпидемиологических мероприятий; $У_2$ — суммарный экономический ущерб после реализации комплекса медицинских и санитарно-эпидемиологических мероприятий.

22.5. ФОРМИРОВАНИЕ РЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Действуя в условиях рыночной экономики, здравоохранение отчасти подчиняется законам рынка.

В обыденной жизни рынок чаще всего ассоциируется с местом, где можно купить продукты, одежду, хозяйственные товары и др. Это самая древняя форма рынка — традиционное место, где покупатели

[1] *Медик В.А., Лисицин В.И., Токмачев М.С.* Общественное здоровье и здравоохранение: руководство к практическим занятиям. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

и продавцы совершают сделки. С точки зрения экономики рынок отражает взаимоотношения, которые складываются между производителями, продавцами, посредниками и потребителями товаров и услуг. Существует множество определений рынка, но все они сводятся к тому, что ***рынок*** является совокупностью экономических отношений, проявляющихся в сфере обмена товаров и услуг, в результате которых формируются спрос, предложение и цена в условиях конкуренции.

Рынок медицинских товаров и услуг — сегмент рынка, предоставляющий медицинские товары и услуги для сохранения и улучшения здоровья населения. Он дает возможность получать и оказывать медицинские услуги соответствующего объема и качества.

Рынок в здравоохранении включает целую систему взаимосвязанных рынков: медицинских услуг, лекарственных препаратов, труда медицинского персонала, научных разработок, медицинских технологий, медицинского оборудования и др.

Различают следующие основные понятия рынка:

- спрос;
- предложение;
- услуга;
- цена;
- конкуренция;
- маркетинг.

Спрос — одно из фундаментальных понятий рыночной экономики. Применительно к здравоохранению ***спрос (потребность)*** — это количество медицинских товаров и услуг, которое желает и может приобрести общество (отдельные пациенты) в данный период времени по определенной цене.

Различают следующие виды спроса на рынке медицинских товаров и услуг:

- *Отрицательный спрос*: на прививки, прием к врачам отдельных специальностей, болезненные, дорогостоящие процедуры и др.
- *Скрытый спрос*: отдельные пациенты могут испытывать потребность, которую невозможно удовлетворить с помощью имеющихся на рынке медицинских товаров и услуг, например услуги семейного врача, отдельные виды высокотехнологичной медицинской помощи, сервисные услуги, индивидуальное питание в стационаре и др.

– *Падающий спрос*: например, в последнее время упал спрос на изделия медицинского назначения многоразового использования, лекарственные препараты отечественного производства, поэтому рынок отреагировал повышенным предложением на изделия медицинского назначения одноразового использования, импортные лекарственные препараты.
– *Нерегулярный спрос* обусловлен сезонными временными колебаниями, например спрос на санаторно-курортное лечение выше в весенне-летний период, чем в осенне-зимний. Обращения к отдельным врачам-специалистам зависят от сезонности некоторых заболеваний (грипп, язвенная болезнь, вирусный гепатит и др.).
– *Чрезмерный спрос*: чрезмерный спрос на ургентную медицинскую помощь в праздничные и послепраздничные дни, когда больные, страдающие хроническими заболеваниями, нарушают диету, режим, злоупотребляют алкоголем; возрастает уровень травматизма.

Спрос на медицинские услуги рассчитывают по формуле:

$$С = N \times П,$$

где С — спрос на медицинские услуги; N — число пациентов; П — показатель обращаемости населения за медицинскими услугами.

Следующее основополагающее понятие рынка — предложение. Величина предложения определяется количеством товаров и услуг, которое производитель (продавец) желает и может продать по данной цене в определенный период времени.

Применительно к здравоохранению ***предложение*** — это количество медицинских товаров и услуг, которое производители могут оказать за определенный период времени населению. Предложение при прочих равных условиях также меняется в зависимости от изменения цены: по мере роста цен производители (продавцы) предлагают пациентам большее количество товаров и услуг. При падении цены их заинтересованность уменьшается и, соответственно, уменьшается объем производимых ими товаров и услуг.

Медицинская услуга — медицинское вмешательство или комплекс таких вмешательств, которые направлены на профилактику заболеваний, их диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию, имеют определенную стоимость и оказываются медицинскими работниками.

По условиям и месту оказания медицинские услуги можно разделить на оказываемые на дому, в амбулаторно-поликлинических, больничных, санаторно-курортных и других учреждениях здравоохранения. Медицинская услуга может быть простой и комплексной. Под ***простой медицинской услугой*** понимается неделимая услуга, например диагностическая манипуляция, осмотр врача и др.

Комплексная медицинская услуга может быть представлена как совокупность простых услуг, отражающих сложившийся в каждом конкретном учреждении технологический процесс оказания медицинской помощи при данной болезни.

Кроме того, различают стандартные и индивидуальные медицинские услуги.

Стандартные медицинские услуги в основном оказываются по унифицированной технологии для подавляющего большинства пациентов и имеют относительно устойчивое ценообразование.

Индивидуальные медицинские услуги обладают широким спектром диагностических манипуляций, лечебных процедур, большим набором лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Они имеют дифференцированные прейскуранты цен, максимально учитывающие индивидуальность затрат при их выполнении.

Специфическими особенностями медицинских услуг являются:

- неосязаемость;
- несохраняемость;
- вариабельность качества;
- неоднозначность в оценке результата;
- медицинская услуга — это продукт не только производителя (медицинского работника), но и потребителя (пациента).

Неосязаемость. Медицинскую услугу невозможно увидеть, услышать, потрогать, осязать до момента ее потребления. Ни одному пациенту никогда не удастся заранее узнать абсолютно все о потребительских свойствах оказываемых ему услуг. Любая информация об этом, даже исходящая от лечащего врача, всегда будет иметь вероятностный характер. Оценка потребительских свойств медицинских услуг проводится, как правило, на уровне субъективного восприятия их результативности (полезного эффекта и побочных действий), ощущений и эмоциональных переживаний пациентов.

Несохраняемость. В отличие от товаров как медицинского, так и немедицинского назначения, которые сначала производятся, затем какое-то время могут храниться на складе или стоять в магазине

с целью продажи, медицинская услуга характеризуется тем, что процесс ее производства совпадает с процессом реализации. Медицинские услуги не подлежат хранению и накоплению с целью последующей реализации. Нельзя, например, воспользовавшись возросшим спросом на тот или иной вид медицинских услуг, вначале накопить, а затем мгновенно «выбросить» их со склада на рынок.

Вариабельность качества. Медицина — это творческий процесс, который отличается высокой индивидуальностью и нестандартностью профессионального подхода к пациенту, а в итоге порой непредсказуемостью результатов. Несмотря на строгую регламентацию медицинской деятельности, в здравоохранении не может быть единого, обезличенного подхода к лечению больных даже с одной и той же патологией. Поэтому в диагностическом и прогностическом аспектах качество медицинских услуг может колебаться в широких пределах. Оно зависит прежде всего от квалификации медицинского работника, оснащенности лечебно-профилактического учреждения, доступности медицинской помощи, времени и места оказания услуги, от того, кто является ее потребителем, и многих других факторов.

Неоднозначность в оценке результата. Медицинскую услугу не всегда можно оценить однозначно. Например, при ампутации ноги пациенту мы получим положительный медицинский эффект: больной остался жив и сможет выполнять какую-либо работу в специально созданных условиях, но он стал инвалидом и это отрицательный социальный эффект.

Медицинская услуга — это продукт не только производителя (медицинского работника), но и потребителя (пациента). Качество медицинской услуги формируется в результате согласованных действий медицинского работника и желания пациента получить пользу. Результат лечения будет во многом зависеть от того, насколько точно больной выполняет рекомендации и назначения. Несвоевременное обращение за медицинской помощью также может стать причиной неблагоприятного исхода, что не зависит ни от уровня квалификации медицинского персонала, ни от характера его действий.

Медицинские товары и услуги, как и любой товар, обладают стоимостью, денежным выражением которой является цена. На рынке медицинских товаров и услуг цена занимает центральное место в конкурентном обмене и является одним из инструментов регулирования этого рынка.

Цена — это та сумма денег, за которую покупатель может купить, а продавец готов продать данный товар или медицинскую услугу. Цена — это своего рода компромисс экономических интересов участников рынка.

Цены представляют собой мощный и в то же время гибкий рычаг управления экономикой. С учетом того, что цена органично связана с предложением и со спросом, выделяют следующие понятия:

– цена спроса;
– цена предложения;
– цена равновесия.

Цена спроса — такая рыночная цена при таком состоянии спроса и предложения, когда складывается рынок покупателя. По этой цене покупатель способен купить медицинскую услугу или товар. Выше этого предела цена подняться не может, так как у пациентов не будет возможности ее приобрести.

Цена предложения — рыночная цена при таком состоянии спроса и предложения, когда складывается так называемый рынок продавца. Это цена, по которой продавец предлагает свою услугу или товар. При этом цена предложения должна окупить затраты на производство медицинского товара и услуги.

При равенстве спроса и предложения на рынке устанавливается так называемая ***цена равновесия***. При снижении цены спрос увеличивается, так как люди хотят приобрести больше товаров или услуг, и, наоборот, при увеличении цены спрос может пойти на спад.

Таким образом, рыночный механизм обеспечивает динамическое равновесие между спросом и предложением. Рынок в данном случае действует как саморегулирующаяся система, эффективный механизм взаимодействия спроса, предложения и конкуренции по формированию цен, объемов производства и продаж, а также уровня потребления товаров и услуг. Кроме того, он обеспечивает повышение эффективности производства, качества продукции. Однако рыночное саморегулирование не имеет всеобщего характера и должно дополняться механизмами государственного регулирования, что является основополагающей идеей совершенствования рыночных механизмов в социально значимых областях экономики. Особенно это актуально для рынка товаров и услуг в здравоохранении.

Главным звеном рыночного механизма является конкуренция.

Конкуренция — состязание между экономическими субъектами, борьба за рынки сбыта товаров и услуг с целью получения более высоких доходов, других выгод.

Конкурентная борьба за экономическое выживание и процветание — закон рыночной экономики. На рынке товаров и услуг здравоохранения конкурентными участниками могут быть:

- государственные, муниципальные, частные организации здравоохранения по реализации государственного (муниципального) задания на конкурсной основе;
- организации, производящие аналогичные товары и услуги для нужд здравоохранения;
- частнопрактикующие врачи и фармацевтические работники, предоставляющие аналогичные медицинские товары или услуги медицинского назначения.

Изучение конкурентов, выделение их сильных и слабых сторон крайне важны для завоевания определенной доли рынка медицинских услуг. Сравнив свои услуги с услугами конкурентов, можно определить свои конкурентные преимущества, позиции на рынке.

Конкурентные преимущества — уникальные, особенные черты медицинских организаций, которые отличают их от других. Именно они помогают получить прибыль выше, чем другие, производящие и оказывающие одинаковые медицинские товары и услуги. Определяя конкурентные преимущества, важно ориентироваться на пациентов, на их потребности и быть уверенным, что эти преимущества воспринимаются ими как таковые. Можно выделить следующие конкурентные преимущества:

- высокая репутация организации здравоохранения;
- высокое качество производимых медицинских товаров и услуг;
- ориентация на пациента, его запросы и пожелания;
- хорошая материально-техническая база, высококвалифицированный персонал, современное оборудование, устойчивое финансовое обеспечение;
- уникальность предлагаемых медицинских товаров и услуг;
- приемлемые для пациентов цены, не выше или ниже цен на аналогичные медицинские товары и услуги других участников рынка.

Конкурентные преимущества следует рассматривать как основу стратегии поведения участников на рынке медицинских товаров и услуг, что особенно важно в условиях развития обязательного и добровольного медицинского страхования.

Для эффективной организации производства и реализации медицинских товаров и услуг необходимы знания основ медицинского маркетинга (см. гл. 9).

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Дайте определение понятия «экономика здравоохранения». Какие основные вопросы она решает?
2. Что включают в себя финансовые ресурсы здравоохранения?
3. Перечислите основные виды материальных ресурсов здравоохранения.
4. Что представляет собой бухгалтерский баланс?
5. Что такое активы и пассивы бухгалтерского баланса?
6. Дайте определение основным средствам в здравоохранении.
7. Какие статистические показатели используются для оценки основных средств в здравоохранении?
8. Что такое физический и моральный износ основных средств в здравоохранении?
9. Что включают в себя оборотные средства в здравоохранении?
10. Какие статистические показатели характеризуют использование оборотных средств в здравоохранении?
11. Перечислите основные показатели, характеризующие финансовые результаты деятельности организации здравоохранения.
12. Что относится к переменным и постоянным затратам?
13. Что понимается под эффективностью в здравоохранении?
14. Как рассчитывается медицинская эффективность?
15. Какие показатели характеризуют социальную эффективность в здравоохранении?
16. Как рассчитывается экономическая эффективность в здравоохранении?
17. Какова роль здравоохранения в предотвращении экономического ущерба?
18. Приведите формулы расчета экономического ущерба вследствие заболеваемости, инвалидизации, смертности в трудоспособном возрасте.
19. Как рассчитывается экономический эффект от реализации комплекса медицинских и санитарно-эпидемиологических мероприятий?
20. Дайте определение рынка медицинских товаров и услуг.
21. Раскройте содержание понятия «спрос». Какие факторы влияют на спрос?
22. Раскройте содержание понятия «предложение».
23. Что такое медицинская услуга? Каковы специфические особенности медицинских услуг?

24. Раскройте содержание понятия «цена». Что такое цена спроса, цена предложения?

25. Дайте определение понятия «конкуренция».

26. Кто является участниками конкурентной борьбы на рынке медицинских товаров и услуг?

27. Перечислите основные конкурентные преимущества медицинских организаций на рынке медицинских товаров и услуг.

Глава 23

Финансирование здравоохранения

23.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Обеспечение системы здравоохранения необходимыми финансовыми ресурсами для оказания населению качественной и доступной медицинской помощи остается ключевой проблемой политики государства в области охраны здоровья граждан.

По оценкам специалистов ВОЗ, затраты общества на здравоохранение должны быть не менее 6% ВВП. В ряде стран с социально ориентированной рыночной экономикой (Швейцария, США, Бельгия, Франция, Германия) этот показатель находится в пределах 7–12% ВВП. Государственные расходы на здравоохранения в России в 2010 г. составили 3,9% ВВП.

В расчете на душу населения в год эти расходы на здравоохранение в России составили 250, во Франции — 3298, США — 3953, Германии — 2937 долларов США.

В структуре консолидированного бюджета здравоохранения Российской Федерации средства бюджетов всех уровней составляют 60%, системы ОМС — 34%, другие предусмотренные законодательством источники — 6%.

Прежде чем перейти к вопросам финансирования здравоохранения, рассмотрим следующие базовые понятия.

Финансовая система — совокупность законов, правил, норм, регулирующих финансовую деятельность и финансовые отношения государства. Финансовая система включает финансы предприятий, организаций, отраслей, бюджетную, кредитно-банковскую, страховую системы, а также фондовый рынок.

Финансирование — обеспечение физического или юридического лица финансовыми средствами для безвозвратного расходования на определенные цели: медицинские, хозяйственные, бытовые, управленческие и др.

Все это в равной степени имеет отношение к системе здравоохранения, которая в сегодняшних условиях бюджетно-страховой модели имеет многоканальное финансирование.

23.2. ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В настоящее время в системе здравоохранения Российской Федерации действуют две экономические формы оказания гражданам медицинской помощи: ***бесплатная*** — за счет средств бюджетов всех уровней, ОМС, других поступлений и ***платная*** — за счет средств граждан, предприятий и других источников.

Соотношение объемов платной и бесплатной медицинской помощи характеризует уровень социально-экономического развития общества. Для социально ориентированной экономики объем бесплатной медицинской помощи населению составляет 90–95%. Соответственно, платные услуги не должны составлять более 5–10% от общего объема медицинской помощи.

Основные источники, которые обеспечивают финансирование организаций здравоохранения при оказании медицинской помощи населению на бесплатной и платной основе, представлены на рис. 23.1.

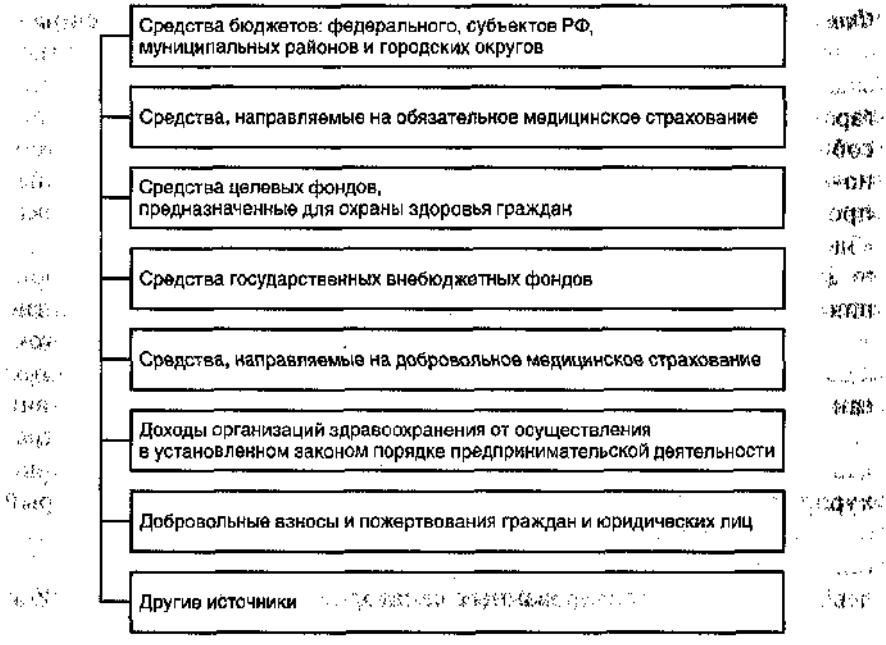


Рис. 23.1. Источники финансирования здравоохранения в Российской Федерации

Эти источники имеют различное происхождение, а также направления и способы расходования финансовых средств.

Большинство организаций здравоохранения являются ***бюджетными учреждениями***, т.е. государственными (муниципальными) учреждениями, финансовое обеспечение которых, в том числе по оказанию государственных (муниципальных) заданий, осуществляется за счет средств соответствующих бюджетов. Особенностью большинства бюджетных учреждений здравоохранения является то, что они финансируются как непосредственно из бюджета собственника (Российской Федерации, субъекта РФ, муниципального образования), так и за счет бюджетов государственных внебюджетных фондов (Федерального и территориального фондов ОМС, Фонда социального страхования РФ, Пенсионного фонда РФ). Однако, к сожалению, приходится констатировать, что средства, выделяемые из бюджетов всех уровней на нужды здравоохранения, остаются крайне незначительными.

Важным источником финансирования здравоохранения являются средства ОМС и ДМС (см. гл. 21).

Определенную роль в финансировании здравоохранения играет ***Фонд социального страхования РФ*** — специализированное финансово-кредитное учреждение при Правительстве РФ. Основными задачами Фонда социального страхования являются обеспечение гарантированных государством пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам, по уходу за ребенком, санаторно-курортному лечению, участие в реализации государственных программ охраны здоровья работающих, национального проекта «Здоровье» и др.

Роль Фонда социального страхования в финансировании мероприятий по охране здоровья населения за годы реформ неоднократно менялась с учетом экономической ситуации в стране. В настоящее время за счет средств социального страхования оплачиваются санаторно-курортное лечение участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, медицинская реабилитация пострадавших в результате несчастных случаев на производстве, санаторно-курортное лечение детей, долечивание больных, перенесших острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, операции по поводу аортокоронарного шунтирования и других заболеваний, в специализированных санаториях (отделениях). С 2006 г. из средств Фонда социального страхования финансируются родовые сертификаты, являющиеся источником дополнительного финан-

сирования акушерской службы, а также углубленные медицинские осмотры работников промышленных предприятий, связанных с вредными условиями труда.

Наряду с ассигнованиями, выделяемыми из бюджетов всех уровней и государственных внебюджетных фондов, бюджетные учреждения здравоохранения имеют дополнительные источники доходов (внебюджетные средства), которые они получают от разных предприятий, организаций, учреждений, граждан за выполнение различных видов медицинских услуг. Привлечение этих источников, как правило, является инициативой руководителя учреждения здравоохранения.

Согласно действующему законодательству, в финансово-хозяйственной деятельности бюджетных учреждений здравоохранения выделяют 4 вида внебюджетных средств.

1. ***Средства от оказания платных услуг*** — основной источник внебюджетных средств бюджетных учреждений — включает доходы, получаемые от производства и реализации медицинских товаров и платных медицинских услуг. По этим средствам составляется смета доходов и расходов, которая подписывается руководителем и главным бухгалтером бюджетного учреждения здравоохранения.

2. ***Депозитные*** — денежные средства, поступающие во временное хранение бюджетным учреждениям с обязательством возврата по требованию владельца. К ним относятся залоги (при проведении аукционов), денежные средства больных, находящихся на стационарном лечении в больничных учреждениях, заработная плата работников, находящихся в командировке, и т.д.

3. ***Безвозмездные поступления от физических и юридических лиц, от международных организаций и правительств иностранных государств, в том числе добровольные пожертвования.*** К ним относятся денежные средства, получаемые бюджетными учреждениями от предприятий, учреждений и организаций, например: благотворительная помощь, добровольные пожертвования, стоимость имущества, безвозмездно переданного учреждениям здравоохранения и др.

4. ***Средства от иной приносящей доход деятельности*** — денежные средства, не входящие в предыдущие группы (плата за больничное общежитие, пансионат, оплата за сервисные услуги, не относящиеся к платным медицинским услугам, и др.).

Государственные и муниципальные медицинские учреждения могут оказывать платные услуги населению при наличии лицензии.

При этом медицинские учреждения обязаны обеспечивать соответствие предоставляемых населению платных медицинских услуг (сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи) требованиям федеральных или региональных медико-экономических стандартов.

Медицинские учреждения обязаны обеспечить граждан бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей сведения о местонахождении учреждения (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

Предоставление платных медицинских услуг (сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи) оформляется договором, которым регламентируются условия и сроки их получения, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон. Оплата за медицинские услуги производится в банках или в медицинском учреждении. Расчеты с населением за предоставление платных услуг осуществляются медицинскими учреждениями с применением контрольно-кассовых машин. Медицинские учреждения обязаны выдать потребителю кассовый чек или копию соответствующего документа, подтверждающего прием наличных денег.

Пациенты, пользующиеся платными медицинскими услугами (сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи), вправе требовать лицензию, сертификаты специалистов, расчет стоимости оказанной услуги и др.

23.3. ПЛАНИРОВАНИЕ И РАСХОДОВАНИЕ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ БЮДЖЕТНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Финансирование бюджетных и автономных учреждений здравоохранения осуществляется в виде субсидий на выполнение государственного (муниципального) задания, а также бюджетных инвестиций. В сфере здравоохранения приоритетными остаются бюджетные учреждения. Поэтому вопросы планирования и расходования финан-

совых средств в системе здравоохранения далее рассмотрим на примере бюджетных учреждений.

Планирование потребности в финансовых средствах бюджетных учреждений здравоохранения осуществляется на основании составляемых смет. Первоначально сметы составляются на уровне конкретного учреждения здравоохранения, затем разрабатываются сводные проектные сметы расходов на здравоохранение как составная часть проекта соответствующего бюджета.

В основу построения индивидуальных смет расходов бюджетного учреждения закладываются статистические нормативные показатели, характеризующие объем деятельности подразделений данного учреждения, в виде оперативно-сетевых показателей: среднегодового количества больничных коек, койко-дней, числа должностей медицинского и административно-хозяйственного персонала, количества поликлинических посещений, выездов скорой медицинской помощи и др.

Расходование финансовых средств бюджетными учреждениями здравоохранения производится на основании бюджетных смет.

Бюджетная смета — документ, устанавливающий лимиты бюджетных обязательств в учреждениях в соответствии с бюджетной классификацией расходов. Существуют общие требования к порядку составления, утверждения и ведения бюджетной сметы бюджетного учреждения, которая утверждается главным распорядителем средств бюджета (министром здравоохранения и социального развития РФ, руководителем органа управления здравоохранением субъекта РФ, главным врачом учреждения здравоохранения).

Смета бюджетополучателя (подведомственного учреждения) составляется на основании разработанных и установленных главным распорядителем средств бюджета на соответствующий финансовый год расчетных показателей, характеризующих деятельность учреждения и доведенных лимитов бюджетных обязательств. К представленной на утверждение смете прилагаются обоснования (расчеты) плановых сметных показателей, использованных при формировании сметы.

На основе представленных смет учреждений здравоохранения главным распорядителем бюджетных средств составляется сводная бюджетная роспись по распорядителям и получателям. На основании бюджетной росписи и лимитов бюджетных обязательств формируется кассовый план по расходам бюджета, под которым понимается

прогноз кассовых поступлений в бюджет и кассовых выплат из бюджета в текущем финансовом году. Он представляется как документ с поквартальной детализацией.

В бюджетных учреждениях здравоохранения предусматриваются следующие виды расходов:

- заработная плата;
- командировочные расходы;
- расходы на материальное обеспечение учреждений;
- расходы на медикаменты и расходные материалы;
- расходы на питание пациентов;
- расходы на приобретение оборудования;
- затраты на капитальный и текущий ремонт зданий и сооружений;
- расходы на содержание имущества;
- оплата коммунальных услуг, электроэнергии и др.

Ранее в бюджетной классификации финансирование и расходы учреждений осуществлялись по одному разделу «Здравоохранение». С начала 2008 г. расходы осуществляются по подразделам: «Стационарная медицинская помощь», «Амбулаторная помощь», «Скорая медицинская помощь» и т.д.

Показатели сметы, лимитов бюджетных обязательств, кассового плана формируются в разрезе кодов бюджетной классификации РФ с последующей детализацией до кодов: разделов, статей, видов расходов, операций сектора государственного управления, дополнительной классификации.

Например, расходы на приобретение продуктов питания в больнице осуществляются по следующей классификации:

- Код главного распорядителя средств областного бюджета — 055 — «Комитет по охране здоровья населения области».
- Код раздела, подраздела — 0901 — «Стационарная медицинская помощь».
- Код целевой статьи — 4709900 — «Обеспечение деятельности подведомственных учреждений».
- Код вида расходов — 001 — «Выполнение функций бюджетными учреждениями».
- Код операции сектора государственного управления — 340 — «Увеличение стоимости материальных запасов».
- Код дополнительной классификации — 810 — «Питание».

В результате такой кодификации в смете расходов, лимитах бюджетных обязательств, кассовом плане данная строка будет выглядеть следующим образом: 055 0901 4709900 001 340 810 — с указанием конкретной суммы.

23.4. ОПЛАТА ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Особое место в экономике здравоохранения занимает оплата труда — одна из самых трудноразрешимых проблем в экономике любой отрасли, поскольку она имеет не только экономический, но и прежде всего социальный, политический характер.

Оплата труда — главный источник формирования денежных доходов работника. Работодатель обязан компенсировать затраты умственного и физического труда работающего путем денежной выплаты в виде заработной платы. При этом одна из вечных проблем — в какой сумме компенсировать затраты труда работающего, чтобы заработная плата не только возмещала трудовые затраты работника, но и стимулировала его интерес к качественному и производительному труду.

В действующей системе финансирования учреждений здравоохранения размер заработной платы медицинских работников определяется двумя основными составляющими: формой оплаты труда и общей суммой денежных средств, которыми располагает учреждение для оплаты труда своих работников. Каждое бюджетное учреждение здравоохранения ежегодно, ежеквартально, ежемесячно формирует фонд оплаты труда, исходя из имеющихся в наличии и планируемых денежных поступлений с учетом налоговых отчислений.

Финансовые средства бюджетных учреждений здравоохранения распределяются на две составляющие: фонд оплаты труда с начислениями во внебюджетные государственные фонды и средства, направляемые на содержание и развитие учреждения. В последующем эти средства подлежат распределению между подразделениями учреждения здравоохранения, а в рамках подразделений — между сотрудниками с учетом квалификационных групп и достигнутых показателей объема и качества выполненной работы.

Фонд оплаты труда — суммарные денежные средства учреждения здравоохранения, израсходованные в течение определенного пери-

ода времени на заработную плату, премиальные выплаты, доплаты работникам, а также компенсирующие выплаты.

На первом этапе планирования фонда оплаты труда определяется число должностей медицинского персонала, причем здесь возможно два подхода: первый — в соответствии со штатными нормативами, которые в настоящее время носят рекомендательный характер, второй — исходя из объема работы учреждения здравоохранения и его подразделений. На практике, как правило, встречается сочетание того и другого подходов.

Штаты административно-хозяйственного и прочего персонала устанавливаются в соответствии с типовыми штатами, утвержденными для данного типа учреждений с учетом особенностей и объема работы. На основании штатного расписания составляются тарификационные списки должностей работников, которые являются основными документами для определения должностных окладов работников здравоохранения.

Наименование должностей из числа врачебного, фармацевтического и среднего медицинского персонала должно соответствовать Номенклатуре специалистов с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием, которая утверждается МЗиСР РФ.

Должностные оклады и другие виды оплаты медицинских работников определяются исходя из занимаемой должности, стажа непрерывной работы, образования, квалификации и других условий, предусмотренных в соответствии с приказом, определяющим порядок оплаты соответствующих должностей.

Основными формами оплаты труда медицинских работников являются:

– повременная;
– сдельная;
– контрактная.

При ***повременных формах*** оплата производится за определенное количество отработанного времени независимо от объема выполненной работы.

Сдельная форма оплаты труда основывается на установлении заработной платы в зависимости от объема выполненной работы за определенный период времени (чаще за месяц).

Достоинство сдельной формы оплаты труда состоит в том, что величина заработной платы непосредственно связана с количеством затраченного труда, который измеряется объемом выполненной работы.

Однако в здравоохранении трудно измерить объем выполненных работ, услуг в натуральном исчислении. К тому же если выполненная работа носит коллективный характер, то приходится либо выделять долю объема работ, выполненных каждым работником, либо исчислять сдельную заработную плату в расчете на весь коллектив, а затем делить ее между членами коллектива в соответствии с мерой их участия в труде, определяемой так называемым коэффициентом трудового участия.

Контрактная форма оплаты труда позволяет достаточно объективно учесть объем и качество выполненной работы. В настоящее время данная форма является наиболее прогрессивной.

В 2008 г. осуществлен переход на новую систему оплаты труда работников бюджетной сферы, в том числе здравоохранения. Введение данной системы позволило отказаться от ранее существовавшего директивного подхода к формированию заработной платы работников здравоохранения на основе единой тарифной сетки и учитывать специфику медицинского труда. Эта система оплаты труда включает следующие составляющие, которые должны учитываться при исчислении заработной платы конкретного медицинского работника:

– базовый должностной оклад;
– компенсационные выплаты;
– стимулирующие выплаты.

Базовый должностной оклад (базовая ставка заработной платы) — минимальный должностной оклад работника государственного или муниципального учреждения, входящего в соответствующую профессиональную квалификационную группу, без учета компенсационных, стимулирующих и социальных выплат. Профессиональная квалификационная группа устанавливается в соответствии с методическими рекомендациями органа управления здравоохранением.

Компенсационные выплаты — доплаты и надбавки компенсационного характера, в том числе за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных (например, за работу в особых климатических условиях и на территориях, подвергшихся радиоактивному загрязнению).

Стимулирующие выплаты — доплаты и надбавки стимулирующего характера, премии и иные поощрительные выплаты (например, выплаты за интенсивность и высокие результаты работы, за качество выполняемых работ, за стаж непрерывной работы, выслугу лет, премиальные выплаты по итогам работы).

Механизм реализации этой системы оплаты труда состоит в заключении трудовых договоров с каждым работником бюджетного учреждения здравоохранения.

23.5. ФИНАНСОВЫЙ КОНТРОЛЬ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Финансовый контроль — контроль за целевым использованием финансовых средств системы здравоохранения, а также за соблюдением действующего финансового законодательства.

Объектом финансового контроля в здравоохранении является финансово-хозяйственная деятельность учреждения.

Важнейшими задачами финансового контроля являются реализация единой финансовой политики, а также контроль за целевым и эффективным использованием финансовых средств в системе здравоохранения.

Финансовый контроль осуществляют в виде предварительного, текущего и последующего контроля.

Предварительный контроль, например, на стадии составления, рассмотрения проекта территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на очередной финансовый год осуществляется органом управления здравоохранением, финансовыми органами субъекта РФ, территориальным фондом ОМС.

Текущий и ***последующий контроль*** в процессе реализации Программы осуществляется:

- органом управления здравоохранением;
- финансовыми органами;
- контрольно-ревизионным управлением Министерства финансов РФ;
- Государственной налоговой инспекцией;
- Счетной палатой;
- Федеральным казначейством.

Территориальный фонд ОМС также принимает участие в осуществлении финансового контроля в системе здравоохранения субъекта РФ.

Учреждения, проводящие финансовый контроль в системе здравоохранения, действуют в пределах своей компетенции в соответствии с законодательством. Они взаимодействуют между собой и с органами

местного самоуправления. Координацию их деятельности может осуществлять орган управления здравоохранением субъекта РФ в соответствии с заключенными соглашениями о взаимодействии. На основе соглашений для проведения комплексных ревизий и тематических проверок разрабатываются и утверждаются совместные планы-графики.

Учреждения, осуществляющие финансовый контроль в системе здравоохранения субъекта РФ, в пределах своих полномочий имеют следующие права и обязанности:

- проводить проверки и ревизии;
- давать указания по устранению выявленных нарушений и в случае их невыполнения направлять материалы проверок в исполнительные органы государственной власти по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности для приостановления или отзыва лицензии учреждения здравоохранения;
- проверять соблюдение финансового законодательства;
- осуществлять контроль за прохождением финансовых средств в сфере денежного обращения;
- осуществлять контроль за целевым и эффективным расходованием финансовых средств в учреждениях здравоохранения;
- направлять материалы о выявленных нарушениях в адрес правоохранительных органов.

Финансовый контроль в системе здравоохранения осуществляется в следующих организационных формах:

- ревизии и тематические проверки;
- экспертные оценки и аналитические расчеты;
- проверка документов и сведений;
- проверка системы учета и внутреннего контроля;
- инвентаризация денежных средств и материальных ценностей;
- анализ бухгалтерской и финансовой отчетности.

Таким образом, обеспечение постоянного финансового контроля в системе здравоохранения позволяет более эффективно использовать финансовые ресурсы, выделяемые государством для оплаты оказываемой населению медицинской помощи.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Раскройте понятия «финансовая система» и «финансирование».
2. Перечислите основные источники финансирования здравоохранения.
3. В чем заключается особенность финансирования бюджетных учреждений здравоохранения?
4. Какова роль Фонда социального страхования в финансировании системы здравоохранения?
5. Какие, согласно законодательству, выделяют 4 вида внебюджетных средств?
6. Каков порядок оказания гражданам платных медицинских услуг?
7. Что такое бюджетная смета? Какие виды расходов она включает?
8. Что такое фонд оплаты труда?
9. Какие формы оплаты труда медицинских работников вы знаете? Раскройте содержание каждого из них.
10. В чем особенности действующей системы оплаты труда работников здравоохранения?
11. Какие органы и в каких формах осуществляют финансовый контроль в здравоохранении?

Глава 24
Качество медицинской помощи и система его обеспечения

24.1. ОБЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И КОМПОНЕНТЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Главной задачей организации здравоохранения любой формы собственности, отдельной службы и конкретного врача является обеспечение населения доступной и качественной медицинской помощью. Поэтому повышение качества медицинской помощи, достижение ее соответствующих стандартов должны быть постоянным приоритетом в деятельности органов управления здравоохранением на всех уровнях.

Качество медицинской помощи — совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи установленным стандартам технологий ее оказания, а также ожиданиям пациента.

Выделяют следующие характеристики качества медицинской помощи:

- доступность;
- межличностные взаимоотношения;
- непрерывность;
- безопасность;
- соответствие ожиданиям пациентов.

Доступность медицинской помощи означает, что она не должна зависеть от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров. Географическая доступность измеряется наличием транспорта, расстоянием до медицинского учреждения, временем в пути и другими обстоятельствами, которые могут препятствовать пациенту в получении необходимой помощи. Экономическая доступность определяется возможностью получения необходимой помощи гарантированного объема и каче-

ства независимо от материального положения больного. Социальная доступность относится к восприятию медицинской помощи в свете ценностного отношения пациента к своему здоровью, его вероисповедания и т.д. Например, служба планирования семьи может быть не востребована пациентами как противоречащая их нравственным ценностям и религии. Организационная доступность подразумевает оптимизацию в работе отдельных медицинских служб. Например, часы работы поликлиники должны предоставлять возможность обращения в удобное для пациентов время, недостаточное количество вечерних приемов снижает доступность для тех людей, которые работают в течение дня, и т.д. Языковая доступность означает использование в работе медицинских служб языка пациентов, обращающихся за медицинской помощью.

Межличностные взаимоотношения. Эта характеристика качества медицинской помощи относится к взаимоотношениям между работниками здравоохранения и пациентами, медицинским персоналом и их руководством, системой здравоохранения и населением в целом. Корректные взаимоотношения создают атмосферу психологического комфорта, конфиденциальности, взаимного уважения и доверия. Важным элементом этих взаимоотношений является искусство врача слушать и адекватно реагировать. Все это способствует формированию позитивной установки пациента на проводимое лечение (подробнее см. гл. 26).

Непрерывность. Эта характеристика означает, что пациент получает необходимую медицинскую помощь без задержки и неоправданных перерывов или необоснованных повторов в процессе диагностики и лечения. Обычно соблюдение этого принципа обеспечивается тем, что пациента наблюдает один и тот же специалист, соблюдая преемственность в работе с коллегами. Несоблюдение этого принципа негативно влияет на конечные результаты лечения.

Безопасность. Как одна из характеристик качества безопасность означает сведение к минимуму риска побочных эффектов диагностики, лечения и других нежелательных последствий оказания медицинской помощи. Это относится как к медицинским работникам, так и к пациентам. Соблюдение мер безопасности очень важно при оказании не только специализированной, но и первичной медицинской помощи. Например, во время ожидания приема врача пациенты могут быть инфицированы другими больными при несоблюдении необходимых противоэпидемических мер. При решении вопроса о выборе

той или иной медицинской технологии ожидаемые результаты обязательно должны оцениваться с учетом потенциальных рисков.

Соответствие ожиданиям пациентов. Действующая система здравоохранения должна прежде всего отвечать ожиданиям пациентов в получении качественной медицинской помощи. Для пациента в конкретном медицинском учреждении качество медицинской помощи определяется тем, насколько она адекватна его состоянию, отвечает ожиданиям и является своевременной. Немаловажную роль играет соблюдение принципов деонтологии со стороны медицинского персонала. Пациенты чаще всего обращают внимание на такие важные характеристики качества медицинской помощи, как ее доступность, непрерывность, взаимоотношения с медицинским персоналом. Однако необходимо учитывать, что пациенты не всегда в состоянии адекватно оценить оказанную им медицинскую помощь и профессиональную компетентность персонала.

Качество медицинской помощи включает три основных компонента, которые соответствуют по сути трем подходам к его обеспечению и оценке:

– качество структур;
– качество технологии;
– качество результата.

Качество структур. Определяется по отношению к системе здравоохранения в целом, медицинскому учреждению, отдельному его структурному подразделению, конкретному медицинскому работнику. Этот компонент качества обеспечивается такими параметрами, как состоянием зданий и сооружений, в которых функционирует медицинское учреждение, профессиональной компетенцией медицинских работников, техническим состоянием медицинского оборудования и санитарного транспорта, соответствием лекарственных препаратов и лечебного питания установленным стандартам и др. Определяющей в перечне этих параметров является профессиональная компетенция медицинских работников, которая по отношению к каждому сотруднику оценивается как сумма теоретических знаний и практических навыков выполнения медицинских стандартов. Если говорить о компетенции руководителя, то это прежде всего профессиональные навыки в принятии эффективных управленческих решений, направленных на достижение поставленных целей. Для врачей это знания, навыки и искусство профилактики заболеваний, постановки диагноза, лечения больного. Набор профессиональных навыков вспомогательного

персонала зависит от конкретно занимаемой должности, например профессионально подготовленный регистратор в поликлинике должен дать необходимую информацию в ответ на любое обращение пациента. Недостаток профессиональной компетенции может выражаться как в небольших отклонениях от существующих стандартов, так и в грубых ошибках, снижающих результативность лечения или даже ставящих под угрозу здоровье и жизнь пациента.

Качество технологии. Характеризует все этапы процесса оказания медицинской помощи. Качество технологии дает представление о соблюдении стандартов медицинской помощи и правильности выбора тактики лечения больных. Оно характеризует, насколько комплекс лечебно-диагностических мероприятий, оказанных конкретному больному, соответствовал установленным стандартам медицинских технологий. Если на оказание медицинской помощи больному было затрачено ресурсов больше, чем предусмотрено действующими медико-экономическими стандартами, такая помощь не будет признана качественной даже в случае достижения ожидаемых результатов лечения. Качество технологии оценивается только на одном уровне — по отношению к конкретному пациенту с учетом клинического диагноза, сопутствующей патологии, возраста больного и других факторов.

Качество результата. Характеризует итог оказания медицинской помощи, т.е. позволяет судить, насколько фактически достигнутые результаты соответствуют ожидаемым (плановым). Обычно качество результата оценивают по отношению к конкретному пациенту, ко всем больным медицинского учреждения, к населению в целом. Анализ качества результата по отношению к конкретному пациенту дает возможность оценить, насколько достигнутые результаты лечения конкретного больного близки к ожидаемым с учетом клинического диагноза, возраста и других влияющих на исход заболевания факторов. Например, для одного больного планируемым результатом лечения может являться его полное выздоровление с нормализацией всех данных клинико-биохимических, функциональных и других видов исследований. Для другого больного с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, осложненным влажной гангреной, планируемым результатом лечения может явиться ампутация нижней конечности. В настоящее время при оценке качества стационарной помощи конкретному больному выделяют 6 возможных исходов лечения: «выздоровление», «улучшение»,

«без перемен», «ухудшение», «перевод в другое медицинское учреждение», «смерть». В оценке амбулаторно-поликлинической помощи возможными исходами лечения больного являются: «выздоровление», «ремиссия», «госпитализация», «перевод в другое медицинское учреждение», «инвалидизация», «смерть». Качество результата по отношению ко всем больным медицинского учреждения следует оценивать за какой-либо конкретный период времени (чаще за год). В практике лечебно-профилактических учреждений для оценки качества результата по отношению ко всем больным обычно используют различные качественные показатели: летальность, частоту послеоперационных осложнений, расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов, запущенность онкологических заболеваний, соотношение вылеченных и удаленных зубов и др. Качество результата по отношению к населению в целом характеризуют показатели общественного здоровья.

Все компоненты качества связаны между собой и оказывают друг на друга влияние. При низком уровне качества структуры довольно сложно обеспечить приемлемый уровень качества технологии. Нарушение технологии диагностики и лечения в большинстве случаев приводит к неблагоприятным результатам лечения. Вместе с тем высокий уровень структурного качества — только потенциальная, но не всегда реализуемая возможность иметь высокий уровень качества технологии и результата. Такую взаимозависимость часто определяют как «принцип негатива» — при плохом качестве негатива невозможно сделать хорошую фотографию, но плохой снимок может получиться и при качественном негативе.

Для анализа качества медицинской помощи используются следующие показатели, рассмотренные в соответствующих главах учебника:

- коэффициент смертности населения в трудоспособном возрасте;
- материнская смертность;
- коэффициент младенческой смертности;
- коэффициент перинатальной смертности;
- суммарный показатель частичной медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов;
- эффективность диспансеризации;
- частота расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов;
- больничная летальность;

– досуточная летальность;
– послеоперационная летальность;
– частота осложнений в родах;
– частота осложнений в послеродовом периоде;
– расхождение диагнозов СМП и стационаров;
– удельный вес осложнений после удаления зубов;
– среднее число выявленных дефектов оказания медицинской помощи (на 1 больного);
– среднее число выявленных дефектов, повлекших ухудшение здоровья (на 1 больного);
– среднее число выявленных дефектов, повлекших увеличение стоимости лечения (на 1 больного) и др.

24.2. СИСТЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Управление качеством медицинской помощи — это система мер для достижения установленных стандартов медицинских технологий и результатов лечения. В современных условиях система управления качеством медицинской помощи представляет собой совокупность организационно-управленческих структур и действий, анализирующих и оценивающих результаты медицинской помощи. Эта система основывается на следующих принципах:

– использование достижений доказательной медицины;
– проведение экспертизы качества медицинской помощи на основе медицинских стандартов (протоколов);
– единство подходов в проведении ведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи;
– использование административных, экономических и правовых методов управления качеством медицинской помощи;
– анализ медицинских, социальных и экономических аспектов эффективности медицинской помощи.

Управление качеством медицинской помощи состоит из 4 основных аспектов: дизайна качества, обеспечения качества, контроля качества, непрерывного повышения качества.

Дизайн качества — это деятельность по разработке системы обеспечения населения качественной медицинской помощью. Дизайн

качества включает определение целевой группы потребителей медицинских услуг, изучение запросов потребителей, определение результата, отвечающего запросам потребителей, разработку механизма, необходимого для достижения ожидаемого результата.

Обеспечение качества — это виды деятельности, планируемые и реализуемые в рамках системы управления качеством. Для совершенствования деятельности по обеспечению качества медицинской помощи необходимы разработка соответствующей законодательной и нормативно-правовой базы по регулированию механизмов обеспечения качества медицинской помощи, приведение в соответствие с нормативно-правовой базой существующей структуры и ресурсов (кадровых, финансовых, материальных и информационных), создание соответствующих технологических стандартов и стандартов на результаты, эффективный контроль выполнения медицинских технологий и др.

Контроль качества — система мер оперативного характера, позволяющих оценивать выполнение основных компонентов качества медицинской помощи. Контроль (определение уровня) качества медицинской помощи строится на сопоставлении достигнутых результатов с существующими стандартами (протоколами) ведения больных. Одним из механизмов контроля качества медицинской помощи, определения соответствия ее принятым стандартам является экспертиза.

Система контроля качества медицинской помощи состоит из трех элементов:

— участников контроля;

— средств контроля;

— механизмов контроля.

Действующие нормативные правовые документы в зависимости от участников контроля предусматривают два вида контроля: ***ведомственный и вневедомственный контроль качества медицинской помощи***. Ведомственный контроль осуществляют медицинские учреждения и органы управления здравоохранением, вневедомственный — страховые медицинские организации, территориальные фонды ОМС, Роспотребнадзор, Росздравнадзор, общественные объединения потребителей и др. Соответственно составу участников контролирующих органов контроль качества медицинской помощи осуществляется по следующим направлениям:

— контроль со стороны производителей медицинских услуг;

– контроль со стороны потребителей медицинских услуг;
– контроль со стороны организаций, независимых от потребителей и производителей медицинских услуг.

В настоящее время используют различные методы и средства контроля качества медицинской помощи. К ним относятся медицинские стандарты, показатели деятельности организации здравоохранения (модели конечных результатов), экспертная оценка качества и др.

Механизм контроля качества медицинской помощи достаточно сложен и включает набор следующих основных процедур:
– лицензирование медицинской, фармацевтической и иных видов деятельности, осуществляемых в сфере охраны здоровья населения;
– аккредитацию медицинских учреждений;
– аттестацию медицинских работников;
– сертификацию лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники;
– лицензирование, аттестацию и аккредитацию образовательных медицинских учреждений и др.

Организация и порядок проведения ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи регламентируются приказами МЗиСР РФ и Федерального фонда ОМС.

Управление качеством медицинской помощи подразумевает непрерывное повышение его уровня. Для этого руководители органов и учреждений здравоохранения должны постоянно разрабатывать и проводить комплекс мероприятий, направленный на повышение эффективности и результативности своей деятельности, совершенствование показателей работы организаций здравоохранения в целом, отдельных подразделений и сотрудников. При этом в процессе повышения качества медицинской помощи четко просматриваются две взаимосвязанные и взаимообуславливающие составляющие: постоянное повышение самого уровня стандартов медицинской помощи и непрерывный процесс достижения этих стандартов.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Дайте определение качества медицинской помощи.
2. Перечислите основные характеристики качества медицинской помощи. Раскройте содержание каждой из них.
3. Каковы основные компоненты качества медицинской помощи?
4. Перечислите основные статистические показатели, характеризующие качество медицинской помощи.
5. Что представляет собой система управления качеством медицинской помощи? На каких принципах она основывается?
6. Назовите основные 4 аспекта управления качеством медицинской помощи?
7. Перечислите элементы системы контроля качества медицинской помощи.
8. Какие виды контроля вы знаете? Кто их осуществляет?
9. Раскройте сущность механизма контроля качества медицинской помощи.

Глава 25

Информатизация в здравоохранении[1]

25.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Основой любой информации являются данные, т.е. сведения, представленные числами или символами, которые фиксируются на носителях (бумажных, электронных, оптических), обрабатываются и передаются с использованием средств вычислительной техники и каналов связи.

Относительно систем управления в здравоохранении использование данных более актуально для получения первичной статистической информации, которая используется для формирования аналитических отчетов, справочников и других статистических материалов, необходимых для принятия управленческих решений.

Под ***информацией*** понимаются структурированные сведения о явлениях, процессах, объектах независимо от формы представления. Эти сведения устраняют существующие неопределенности, дают новые характеристики и используются для подготовки и принятия управленческих решений.

Медицинская информация представляет собой совокупность данных, характеризующих деятельность отдельных структурных элементов, подсистем и всей системы здравоохранения. С одной стороны, информация отображает процессы и явления в здравоохранении, т.е. является инструментом в работе специалистов, руководителей организаций и органов управления здравоохранением, с другой — это предметная область работы статистиков, специалистов организационно-методических отделов, исследователей.

Медицинская информация подразделяется на следующие виды:

- *по форме представления*: первичная, промежуточная, итоговая (сводная);
- *по периодичности использования*: оперативная, текущая, ретроспективная;

---

[1] По материалам канд. техн. наук А.А. Бачманова.

— *по функциональному содержанию*: клиническая, научная, экономическая, кадровая, финансовая, правовая;
— *по целевому назначению*: статистическая, аналитическая, экспертная, прогностическая;
— *по уровню представления*: федеральная, региональная, муниципальная, учрежденческая, персонифицированная;
— *по медицинским службам (специальностям)*: хирургическая, терапевтическая, педиатрическая и т.д.

В зависимости от категории пользователей требования к информации имеют свою специфику — информация должна быть предметной, достоверной, точной, оперативной, доступной, сопоставимой.

В системе здравоохранения циркулирует и выходит на различные уровни принятия управленческих решений большой объем разноплановой информации: показатели состояния здоровья, информация о деятельности учреждений здравоохранения и др. В связи с этим необходимо минимизировать противоречие между недостаточно четкой структуризацией системы здравоохранения, с одной стороны, и требованием высокой степени упорядочения медицинской информации для компьютерных систем — с другой. Для использования в компьютерных системах информация должна отвечать основным требованиям единообразия, непротиворечивости, однородности ввода и полноты.

Еще одно важное для характеристики информационных процессов в здравоохранении понятие ***«информационные потоки»***. От их упорядоченности зависит четкость функционирования отрасли и эффективность ее управления. Необходимо определять информационные потоки с привязкой ко времени и месту: какие данные, где и когда формируются и кто является потребителями этих данных. Упорядочение потоков повышает уровень управления учреждением здравоохранения и при прочих равных условиях позволяет экономнее расходовать материальные, финансовые и кадровые ресурсы. При этом помощь в создании на основе информации обобщенной модели управления могут оказать прикладные математические методы описания потоков информации.

Отечественная система управления здравоохранением имеет иерархическую структуру, что и определяет схему информационных потоков. Сбор медицинской информации в общем виде сводится к выполнению трех действий: получению информации от

субъектов, обработке и анализу полученных данных, обобщению и выдаче информации на более высокий иерархический уровень управления. Обобщение информации состоит в получении интегральных оценок по тем или иным правилам (суммирование, выбор максимального или минимального значения и т.д.) и проводится по признакам объекта (регион, муниципальное образование, лечебно-профилактическое учреждение, структурное подразделение и т.д.), по признакам изучаемого явления (заболеваемость, смертность, обеспеченность койками и т.п.) и по временным признакам показателя (месяц, квартал, год, несколько лет и т.д). Эти действия невозможны без внедрения автоматизации систем управления потоками, однако автоматизация информационных потоков внутри неправильно организованной системы управления приведет только к увеличению энтропии системы.

Моментальную отдачу от компьютерных технологий количественно оценить сложно. Речь идет о качественных аспектах: повышении удовлетворенности качеством услуг или снижении нагрузки на медицинский персонал, повышении производительности труда и уровня профессиональной подготовки и пр.

В положительном результате автоматизации информационных потоков заинтересованы следующие группы потребителей информации:

- руководители организаций здравоохранения, так как автоматизация будет способствовать усилению их контролирующих функций, повышению информированности;
- руководители аналитических подразделений, так как получат совершенный инструмент для сбора данных и подготовки текущих отчетов;
- пациенты, так как будет повышено качество медицинской помощи.

Слабо заинтересованы или совсем не заинтересованы в проведении автоматизации исполнители, занимающиеся непосредственно формированием информационных потоков. Слабая мотивация к внедрению информатизации отмечается у следующих категорий пользователей:

- среднего и младшего медицинского персонала, так как возникают дополнительные обязанности по вводу регистрации данных;

— руководителей среднего звена, занимающихся организацией делопроизводства и традиционной методической работой, так как они при этом теряют свою административную значимость;
— врачей-статистиков, попадающих в информационную зависимость от подразделения автоматизации.

Руководитель должен подчинить себе информационно-аналитическую службу и уделять ей достаточно времени и внимания. Внедрение компьютерных технологий — это постоянный процесс, а не разовая акция, поэтому важно, чтобы это направление имело высокий приоритет и руководитель занимался им лично.

25.2. ИНФОРМАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В современных условиях функционирования системы здравоохранения на фоне сохраняющегося дефицита финансовых и материальных средств отмечается значительный рост информационных ресурсов (ИР).

По данным Новгородского медицинского информационно-аналитического центра, число бумажных носителей медицинской информации в здравоохранении области за последние 10 лет увеличивается в арифметической прогрессии, примерно на 10% каждый год. Объем ИР в электронном виде за этот же период увеличился более чем в 3 раза.

Информационные ресурсы (ИР) в здравоохранении — бумажные, электронные или иные носители информации о здоровье населения и деятельности организаций здравоохранения, содержащиеся в библиотеках, архивах, фондах, файлах, базах данных и других информационных источниках.

Специфические отличия использования ИР в здравоохранении:
— большой объем данных;
— многократное повторение циклов получения данных и необходимость преобразования их в установленные временные периоды;
— многообразие источников получения информации;
— большое число логических операций при обработке данных и др.

В целом ИР в здравоохранении можно классифицировать следующим образом:

– *по источникам получения*: учетно-статистические формы, специально разработанные анкеты, компьютерные базы данных, печатные источники, ресурсы интернета и др.;
– *по форме собственности*: государственные, муниципальные, частные;
– *по категории доступа*: открытые (общедоступные), с ограниченным доступом;
– *по форме предоставления*: бумажный носитель, электронный носитель (аудио-, видеозапись, дискета, HDD жесткий диск, оптический диск и т.д.);
– *по типу информации*: медицинские, экономические, статистические, нормативные правовые, справочные, учебные, исследовательские;
– *по типу пользователя*: индивидуальные, корпоративные;
– *по структуре*: фактографические, полнотекстовые, библиографические, гипертекстовые.

ИР в здравоохранении можно представить в виде следующих блоков:
– ИР здоровья населения:
– ИР медико-демографических процессов;
– ИР заболеваемости;
– ИР инвалидности;
– ИР физического развития;
– ИР социальной обусловленности здоровья;
– ИР медицинской и экономической деятельности организаций здравоохранения:
– ИР амбулаторно-поликлинических учреждений;
– ИР больничных учреждений;
– ИР специализированных учреждений;
– ИР аптечных организаций;
– ИР территориальных фондов ОМС;
– ИР страховых медицинских организаций.

К показателям, характеризующим объем ИР, относятся:
– количество учетных (отчетных) статистических форм (шт.);
– количество баз данных (шт.);
– объем баз данных (Кбайт, Мбайт, Гбайт, Тбайт, Пбайт).

К показателям, характеризующим эффективность использования ИР, относятся:
– коэффициент использования учетных статистических форм;

– коэффициент использования отчетных статистических форм;
– коэффициент своевременности использования информации.

Для оценки использования информационных ресурсов в интернете применяются следующие абсолютные величины:

– средний размер веб-страницы;
– средний объем одного сервера (Мб);
– число зарегистрированных пользователей ИР;
– число запросов (обращений) к ИР;
– число посещений веб-сайта;
– число просмотренных или выгруженных документов.

В качестве примера использования ИР в здравоохранении можно привести информационную систему мониторинга здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Новгородской области. Общий объем информации в базах данных этой информационной системы исчисляется сотнями гигабайт, количество бумажных учетных и отчетных статистических форм — более 400, количество показателей, рассчитываемых на их основе, — более 500. Основные блоки информационной системы мониторинга здоровья и деятельности здравоохранения Новгородской области представлены на рис. 25.1.

В настоящее время ИР в здравоохранении становятся товаром, который пользуется на рынке медицинских товаров и услуг высоким спросом.

Перечень ИР, порядок их использования как отдельной медицинской услуги (далее — услуги) определяются территориальными органами управления здравоохранением. Расчет тарифов на услуги производится на базе нормативных затрат учреждений и их структурных подразделений, а при их отсутствии — по фактическим расходам с учетом технологии выполнения услуги.

Для расчета тарифов на ИР учитываются прямые и накладные затраты. К прямым затратам относятся расходы, непосредственно связанные с оказанием услуги:

– оплата труда основного персонала;
– начисления на заработную плату основного персонала;
– материальные затраты, потребляемые в процессе оказания услуги.

К накладным затратам относятся все виды расходов организаций здравоохранения, не относящиеся непосредственно к оказанию услу-

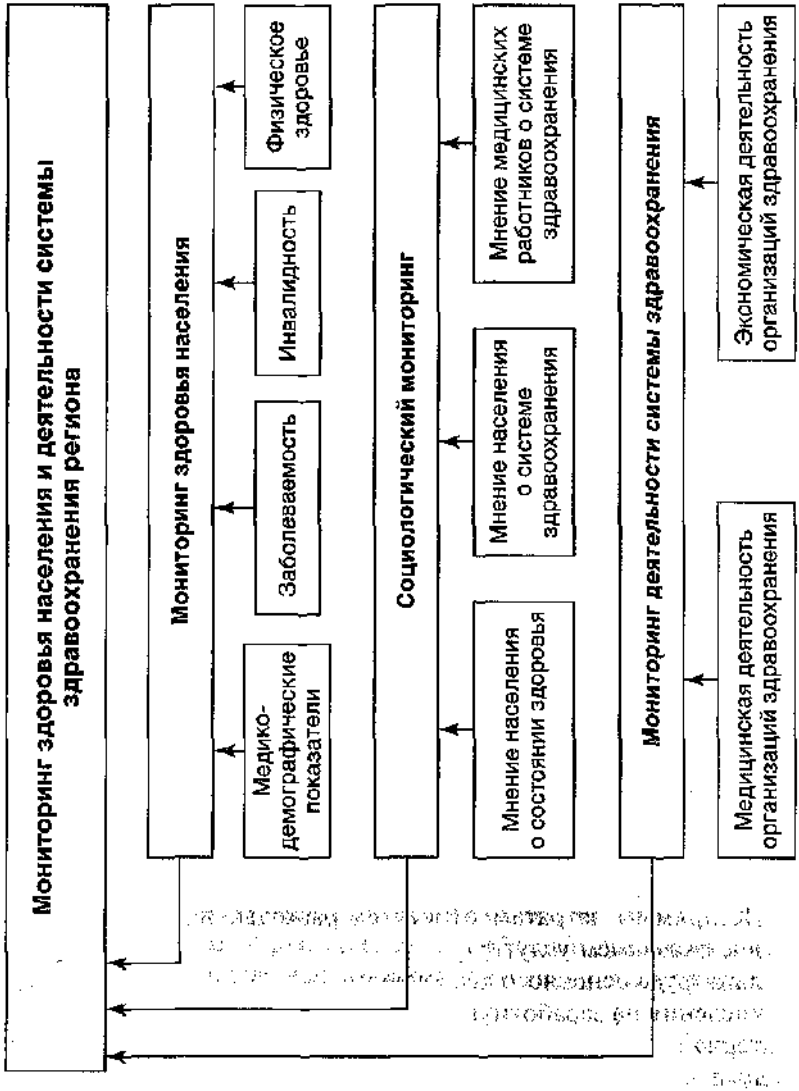


Рис. 25.1. Блок-схема мониторинга здоровья населения и деятельности системы здравоохранения (на примере Новгородской области)

ги (в данном случае оплата труда программистов, администраторов баз данных, закупка лицензионного программного обеспечения, вычислительная и оргтехника, расходные материалы и т.п.), в том числе отчисления на заработную плату. В общем виде формула расчета тарифа на информационную услугу может быть представлена в следующем виде:

$$Т = З_т + Н_з + М + Н,$$

где Т — тариф на информационную услугу; $З_т$ — нормативные затраты на оплату труда основного персонала; $Н_з$ — начисления на заработную плату основного персонала; М — обоснованные затраты на программное обеспечение, вычислительную технику, расходные материалы, используемые при оказании услуги; Н — накладные расходы.

25.3. КЛАССИФИКАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ

Актуальность проблемы внедрения информационных систем в здравоохранение определяется прежде всего необходимостью повышения эффективности процессов управления здравоохранением, качества оказываемой населению медицинской помощи. До середины 70-х годов прошлого столетия развитие информатизации отставало от возрастающих потребностей системы здравоохранения в использовании информационных технологий, после чего работы по созданию компьютерных систем медицинского назначения стали проводиться ускоренными темпами. Больничные отделения и небольшие административные подразделения получили возможность приобретения компьютерной техники для создания локальных информационных систем. В попытках создания в России медицинских автоматизированных систем использовалась вычислительная техника, не предусматривающая широкого индивидуального применения. Обслуживанием и поддержкой функционирования этих систем занимались большие коллективы специалистов и целые вычислительные центры. Ситуация изменилась, когда были созданы первые персональные компьютеры, что

значительно расширило базу для компьютеризации здравоохранения и послужило толчком для разработки средств программного обеспечения нового поколения, обеспечивших возможность работы с компьютером для людей, не владеющих навыками программирования. В нашей стране компьютерный бум пришелся на конец 80-х годов, когда каждое учреждение считало необходимым иметь хотя бы один персональный компьютер. Разработка отечественных компьютерных систем шла по нескольким направлениям с использованием, как правило, сил и средств медицинского учреждения (рис. 25.2).

Одним из главных тормозов на пути разработки любой информационной системы для здравоохранения является отсутствие единых стандартов, утвержденных законодательно. Тем не менее применение компьютерных технологий позволяет избавить специалиста от рутинной бумажной работы путем использования возможностей компьютера по обработке информации для ввода данных, автоматизированного составления отчетов и т.п. Это немаловажно, если учесть, что на прием одного пациента врачу поликлиники отводится от 10 до 15 мин, причем около 50% этого времени уходит на оформление медицинских документов. Сокращение бумажного документооборота происходит за счет использования компьютеров при вводе, хранении, поиске, обработке, анализе данных о больных.

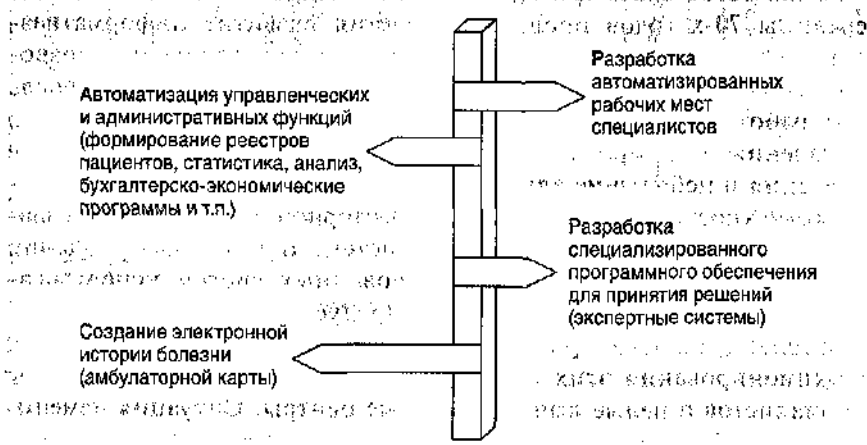


Рис. 25.2. Направления разработки компьютерных систем в здравоохранении

Современная концепция медицинских информационных систем предполагает объединение существующих ИР по следующим основным группам:

- электронные истории больных (ЭИБ);
- результаты диагностических исследований;
- финансово-экономическая информация;
- база данных по лекарственным препаратам, материальным и трудовым ресурсам;
- экспертные системы;
- финансово-экономическая информация;
- стандарты диагностики и лечения больных и др.

Медицинские информационные системы служат базой для поэтапного создания мониторинга здоровья и здравоохранения на региональном и федеральном уровнях. Причем однозначно классифицировать информационные системы, применяемые в здравоохранении, достаточно сложно из-за продолжающейся эволюции их структур и функций.

Многоуровневая структура управления здравоохранением (муниципальный, региональный, федеральный уровни управления) может стать основой для классификации медицинских информационных систем. При этом информационные системы в пределах каждого уровня управления в зависимости от специфики задач классифицируются по следующим функциональным признакам:

- управленческие информационные системы;
- поисковые информационные системы;
- системы для диагностических исследований;
- экспертные системы;
- больничные информационные системы;
- автоматизированные рабочие места специалистов;
- телемедицинские системы и др.

Управленческие информационные системы обеспечивают информационную поддержку процессов управления системой здравоохранения (медицинского учреждения), включая автоматизацию административных функций персонала. Медицинские информационные системы этого уровня обеспечивают управление больничной, амбулаторно-поликлинической и специализированными службами на административно-территориальном уровне (федеральном, региональном, муниципальном). В функциональном плане в системе можно условно выделить 4 базовых компонентов: планирование

и прогнозирование деятельности; учет и контроль за деятельностью учреждений и формированием отчетности; оперативное управление отдельными службами и вспомогательные задачи (создание и ведение классификаторов, нормативов и т.п.).

Сюда же входят информационные системы для решения специализированных медицинских задач, в частности информационные системы для отдельных направлений: взаиморасчетов в системе ОМС; управления экстренной медицинской помощью по ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций; лекарственного обеспечения; персонифицированные регистры.

Персонифицированные регистры территориального уровня содержат информацию на прикрепленный контингент муниципального образования, субъекта РФ. Регистры заменяют многочисленные бумажные формы документации (журналы по учету больных по отдельным заболеваниям, по возрастно-половому составу, по диспансерному наблюдению) и облегчают переход на безбумажную технологию. Регистр обеспечивает решение следующих задач: хранение полицевой картотеки для получения данных по запросам специалистов; формирование государственной отчетности. Кроме того, регистр позволяет более объективно оценивать эффективность проведения профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий. Персонифицированные регистры по сути являются «кирпичиками» территориальной системы мониторинга здоровья и здравоохранения.

В конечном счете речь идет о создании корпоративной информационной системы, непосредственно объединяющей информационные ресурсы лечебно-профилактического учреждения и органов управления здравоохранением с использованием телекоммуникационных сетей. Для реализации этой задачи потребуются большие финансовые ресурсы (сопоставимые с годовым бюджетом всей системы здравоохранения отдельной территории), а также подготовка управленческих кадров, способных пользоваться современными компьютерными технологиями.

В этой связи инициатива в области внедрения компьютерных технологий и автоматизации процессов управления ресурсами в здравоохранении должна исходить от органов управления здравоохранением и территориальных фондов ОМС, которые в ряде субъектов РФ достаточно результативно проводят эту работу. К таким территориям можно отнести Москву, Санкт-Петербург, Новгородскую, Мурманскую, Ростовскую области и др.

На федеральном уровне создание управленческих информационных систем позволяет решать задачи, обеспечивающие стратегический уровень управления:

- мониторинг реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи;
- мониторинг реализации национального проекта «Здоровье»;
- мониторинг эффективности работы органов государственной власти (государственная автоматизированная система «Управление»);
- социально-гигиенический мониторинг;
- мониторинг здоровья населения России (анализ динамики состояния здоровья населения в связи с социально-экономическими и экологическими факторами);
- ведение государственных регистров (регистр льготных категорий граждан Пенсионного фонда РФ и др.);
- управление медицинскими учебными заведениями, движением и переподготовкой медицинских кадров;
- учет и анализ материально-технических, финансовых ресурсов здравоохранения и др.

Поисковые информационные системы решают задачи информационного обеспечения медицинского персонала: подготовки реферативной информации для сотрудников, создания и ведения профессионально ориентированных баз данных, регистра лекарственных препаратов и информации по их совместимости; реестра видов медицинских услуг, регистра стандартов (протоколов) ведения больных и др.

Системы этого класса не осуществляют обработку информации, но обеспечивают быстрый доступ к необходимым данным. Обычно поисковые системы подразделяются по видам хранимой информации (клиническая, научная, нормативная, юридическая и др.), ее характеру (первичная, вторичная, оперативная, обзорно-аналитическая, экспертная, прогностическая и т.п.), функциональному признаку (деятельность лечебно-профилактических учреждений, материально-техническая база, лекарственные средства и др.). Различают документографические, фактографические и полнотекстовые поисковые системы.

Системы для диагностических исследований предназначены для автоматизированной диагностики патологических состояний (включая прогноз и выработку рекомендаций по методам лечения), для

отдельных нозологических форм и групп больных. Причем существует несколько классов таких компьютерных систем: лабораторные анализаторы, цифровые рентгенодиагностические комплексы, компьютерная томография, ультразвуковая диагностика, визуализация и сравнительный анализ результатов гистологических исследований и др. Исторически этот тип систем начал развиваться одним из первых среди медицинских информационных систем.

Наиболее важные области применения диагностических систем — неотложные и угрожающие жизни состояния с недостаточной клинической симптоматикой, ограниченными возможностями обследования при высокой степени угрозы для жизни. Такие системы могут быть использованы в составе телемедицинских систем многопрофильных больниц для дистанционной консультативной помощи пациентам, находящимся в учреждениях первичного звена, — врачебных амбулаториях, центрах общей врачебной (семейной) практики, ЦРБ.

Экспертные системы эффективно используют при решении задач диагностики, интерпретации данных, прогнозирования течения заболевания и осложнений. Одним из примеров экспертной системы является программно-технический комплекс АКДО, разработанный под руководством проф. В.В. Шаповалова, который используется для проведения медицинских осмотров населения.

По мере внедрения информационных систем в учреждениях здравоохранения экспертные системы могут использоваться на более высоком качественном уровне — как системы интеллектуального анализа данных, поиска закономерностей и выработки альтернативных решений в управлении медицинскими учреждениями.

Основными компонентами таких систем являются база данных (знаний), алгоритм моделирования, интерфейсы пользователя и интерфейсы с фактографическими базами данных.

В обучающей системе присутствует база данных, содержащая методическую и справочную информацию, позволяющую оценить и углубить знания обучающегося, тестовые задания и мультимедиаприложения для наглядного обучения. Стандартные программы представляют собой различные комплексы тренировочных упражнений и практических методик, более сложные призваны помочь обучающимся в овладении навыками решения таких задач, как постановка диагноза, выработка плана лечения, прогнозирование отдаленных последствий. Современные экспертные медицинские системы интегрированы с другими типами информационных систем.

Больничные информационные системы объединяют на основе ЭИБ функциональные возможности систем нескольких типов и комплексно решают задачи управления учреждением здравоохранения. Выработка и принятие на основе анализа ЭИБ интегрированных решений позволяют управлять процессами повышения качества медицинской помощи пациентам. ЭИБ является аналогом истории болезни пациента, которая должна вестись на протяжении всей его жизни и аккумулировать всю касающуюся его здоровья информацию.

ЭИБ позволяет врачу в режиме реального времени получать доступ к информации любой давности, хранящейся в архиве, и использовать ее для дальнейшего обследования, лечения и наблюдения пациента.

Функционирование ЭИБ обеспечивается СУБД. База данных для ЭИБ, как правило, состоит из двух компонентов: модуля нормативно-справочной документации и модуля хранения данных. Нормативно-справочная документация включает справочники и классификаторы. Модуль хранения данных представляет собой банк ЭИБ по пролеченным (архивным) и проходящим лечение (оперативным) пациентам. В базе данных хранятся все сведения по каждому пациенту под уникальным идентификационным номером.

Широкому внедрению таких систем препятствуют недостаточное развитие корпоративных информационных сетей медицинских учреждений, а также отсутствие необходимой нормативной базы. Вступление в силу Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» позволит решить эти проблемы.

Задачи управления требуют от руководителя любого уровня использовать и обрабатывать большой объем информации, проводить ее анализ в различных плоскостях, моделировать процессы и ситуации, структурировать материал для принятия управленческих решений. Для оперативного и качественного выполнения этих задач существенную роль играет ***автоматизированное рабочее место (АРМ) руководителя***, для разработки которого используются современные информационные технологии, такие как оперативный анализ распределенных баз данных и сетевых технологий общего доступа, статистические пакеты и системы поддержки принятия решений, геоинформационные системы.

К АРМ врача-клинициста (терапевт, хирург, акушер-гинеколог, травматолог, офтальмолог и др.) предъявляются требования, соот-

ветствующие специфике их врачебных функций. В составе АРМ могут быть экспертные системы, математические модели, обеспечивающие анализ различных ситуаций и предоставляющие специалисту дополнительную информацию для принятия клинических решений.

При информатизации как лечебно-профилактического учреждения, так и органов управления здравоохранением следует придерживаться следующих требований. В первую очередь использование компьютерных технологий не должно приводить к увеличению объема работы медицинского персонала и существенно изменять стиль его деятельности. Во-вторых, изначально должны быть автоматизированы те структурные подразделения, где информация впервые фиксируется и обрабатывается.

Важнейшим направлением использования информационных систем в здравоохранении является ***телемедицина***.

Истоки возникновения телемедицины относят к организации врачебного контроля космонавтов при космических полетах. С появлением современных методов передачи информации, позволивших обеспечить многосторонний обмен видео- и аудиоинформацией, телемедицина получила новый мощный импульс в своем развитии. Основным условием становления телемедицины стало развитие многоуровневой медицинской инфраструктуры, для взаимодействия отдельных элементов которой внедрение этих технологий оказалось наиболее востребовано (рис. 25.3). Это позволило проводить необходимые лечебно-диагностические консультации из федеральных и зарубежных медицинских центров, региональных медицинских учреждений для пациентов, находящихся на лечении в ЦРБ, центрах общей врачебной (семейной) практики.

Экономическая эффективность от внедрения телемедицины в практическое здравоохранение может оцениваться по таким критериям, как снижение расходов на лечение из-за уменьшения числа ошибочных диагнозов и неадекватно выбранных схем лечения, сокращение непроизводительных затрат времени медицинского персонала на обучение с отрывом от своих рабочих мест.

Одним из направлений использования технологий телемедицины является внедрение дистанционных форм непрерывного медицинского образования, которые позволяют повысить качество прежде всего последипломной системы подготовки работников здравоохранения.

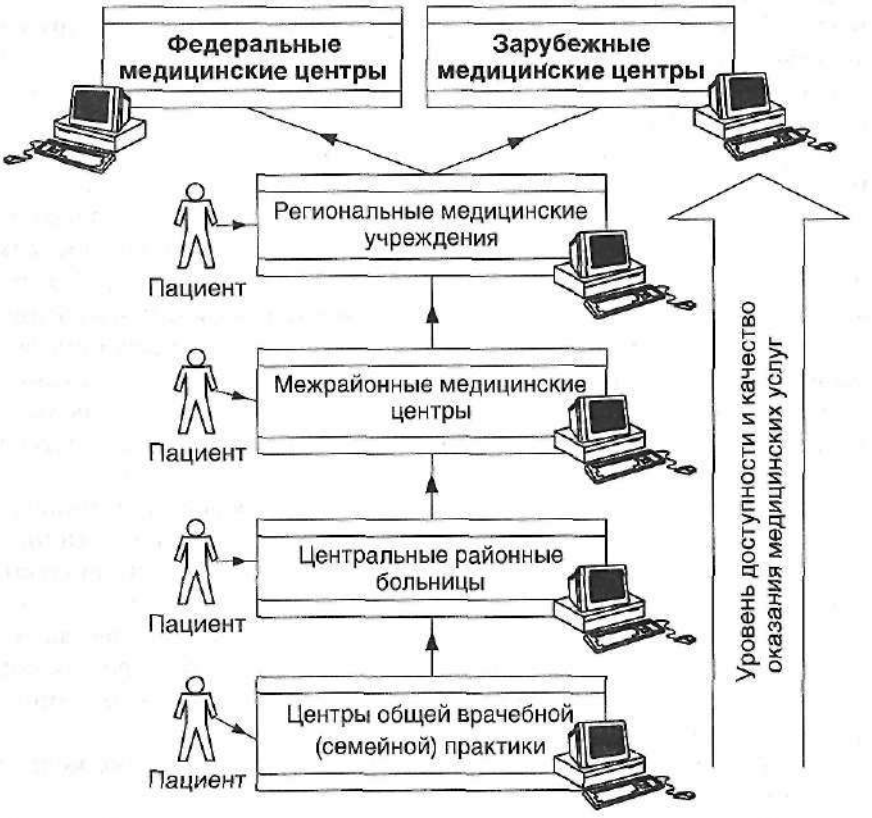


Рис. 25.3. Схема организации телемедицинских консультаций

25.4. КОНЦЕПЦИЯ ЕДИНОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Для обеспечения эффективной информационной поддержки процессов управления здравоохранением в Российской Федерации разработана ***Концепция создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения*** (далее — Система), утвержденная приказом МЗиСР РФ от 28.04.2011 № 364.

Данная Система предусматривает решение комплекса задач, связанных с повышением эффективности управления в сфере здравоохранения на основе информационно-технологической поддержки решения задач прогнозирования и планирования расходов на оказание медицинской помощи, а также контроля за соблюдением государственных гарантий по объему и качеству ее предоставления. Не менее важной является задача повышения качества оказания медицинской помощи на основе совершенствования информационно-технологического обеспечения деятельности медицинских и фармацевтических организаций, их персонала. Приоритетной задачей Системы является повышение информированности населения по вопросам ведения здорового образа жизни, профилактики заболеваний, получения медицинской помощи, качества обслуживания в медицинских организациях, а также осуществления деятельности в сфере здравоохранения на основе электронного взаимодействия с соответствующими уполномоченными органами.

Деятельность Системы основывается на следующих принципах:

- однократный ввод и многократное использование первичной информации, полученной от медицинского (фармацевтического) работника, гражданина, должностного лица;
- использование электронных документов, юридическая значимость которых подтверждена электронной цифровой подписью;
- обеспечение совместимости (интероперабельности) медицинских информационных систем;
- создание прикладных информационных систем по модели «программное обеспечение как услуга» (SaaS);
- обеспечение информационной безопасности и защиты персональных данных в соответствии с требованиями законодательства РФ, в том числе с использованием электронной цифровой подписи и электронных средств идентификации врача и пациента (универсальная электронная карта гражданина РФ);
- централизованное управление разработкой, внедрением и сопровождением Системы на основании единой технологической политики с учетом отраслевых государственных, национальных и адаптированных к отечественным условиям международных стандартов в области медицинской информатики;
- обеспечение интеграции с введенными в промышленную эксплуатацию компонентами Электронного Правительства, с универсальной электронной картой гражданина РФ;

– обеспечение обмена данными и интеграции с информационной системой межтерриториальных расчетов Федерального фонда обязательного медицинского страхования;
– соблюдение единых требований к ведению электронной медицинской карты вне зависимости от источников финансового обеспечения оказанной медицинской помощи и др.

Функционирующая таким образом Система позволит осуществлять комплексный анализ реализации государственной политики в сфере здравоохранения, включая анализ реальной себестоимости оказанной медицинской помощи в субъектах РФ, мониторинг ее отклонения от стоимости медицинских услуг, рассчитанной исходя из тарифов, сравнительный анализ показателей здоровья населения в регионах, оценку качества работы учреждений здравоохранения на основании разрабатываемых критериев, прогнозирование развития здравоохранения, обоснование приоритетных направлений проведения лечебно-профилактических мероприятий и осуществления мониторинга по отдельным нозологическим формам.

Кроме того, важнейшими функциями Системы являются мониторинг оснащенности медицинских организаций необходимыми материально-техническими ресурсами, анализ соответствия материально-технической обеспеченности организаций стандартам оснащения, оптимизация закупок расходных материалов и комплектующих, мониторинг загруженности высокотехнологического медицинского оборудования, анализ информации о состоянии, эксплуатации и использовании программно-технических средств.

В процессе эксплуатации Системы можно осуществлять мониторинг кадрового обеспечения и кадровых потребностей в части медицинских и фармацевтических работников, планирование объемов и структуры подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических кадров, контроль за своевременным прохождением обучения, оценку квалификации медицинского и фармацевтического персонала и увязку уровня его заработной платы с качеством и объемом оказанной медицинской помощи. Дальнейшее развитие и совершенствование системы позволит решать и другие задачи, связанные с оценкой и прогнозированием общественного здоровья и деятельности системы здравоохранения.

Важнейшим направлением создания Системы является организация персонифицированного учета медицинской помощи и лекарственного обеспечения, правовой основой которого служит Феде-

ральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Персонифицированный учет в сфере обязательного медицинского страхования — это организация и ведение учета сведений о каждом застрахованном лице в целях реализации прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования.

Целью персонифицированного учета является контроль за обеспечением гарантий прав застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи надлежащего качества и объема, за использованием средств обязательного медицинского страхования, а также использование данных персонифицированного учета для определения потребности в медицинской помощи при разработке программ ОМС.

Персонифицированный учет, сбор, обработка, передача и хранение данных осуществляются Федеральным фондом и территориальными фондами ОМС, Пенсионным фондом РФ, страховыми медицинскими организациями и учреждениями здравоохранения.

В настоящее время с вступлением в силу данного Закона осуществляется персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной им.

При ведении ***персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах*** осуществляются сбор, обработка, передача и хранение следующих данных о застрахованных лицах:

1) фамилия, имя, отчество;
2) пол;
3) дата рождения;
4) место рождения;
5) гражданство;
6) данные документа, удостоверяющего личность;
7) место жительства;
8) место регистрации;
9) дата регистрации;
10) страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС);
11) номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица;
12) данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом;

13) дата регистрации в качестве застрахованного лица;
14) статус застрахованного лица (работающий, неработающий).

Персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах ведется в форме единого регистра застрахованных лиц, который включает в себя центральный (федеральный) и региональные (по субъектам РФ) сегменты.

При ведении ***персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам***, осуществляются сбор, обработка, передача и хранение следующих данных:

1) номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица;
2) медицинская организация, оказавшая соответствующие услуги;
3) виды оказанной медицинской помощи;
4) условия оказания медицинской помощи;
5) сроки оказания медицинской помощи;
6) объемы оказанной медицинской помощи;
7) стоимость оказанной медицинской помощи;
8) диагноз;
9) профиль оказания медицинской помощи;
10) медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу, и примененные лекарственные препараты;
11) примененные медико-экономические стандарты;
12) специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь;
13) результат обращения за медицинской помощью;
14) результаты проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи могут предоставляться в виде документов как в письменной, так и в электронной форме при наличии гарантии их достоверности и защиты от несанкционированного доступа и искажений. В этом случае юридическая сила представленных документов подтверждается электронной цифровой подписью. Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи относятся к информации ограниченного доступа и подлежат защите в соответствии с законодательством РФ.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что понимается под медицинской информацией?
2. Какие виды медицинской информации вы знаете?
3. Перечислите основные группы потребителей информации в здравоохранении.
4. Что такое ИР в здравоохранении? Перечислите их специфические отличия.
5. Как можно классифицировать ИР в здравоохранении?
6. Какие показатели используются для характеристики объемов ИР?
7. Приведите формулу расчета тарифа на информационную услугу.
8. Приведите классификацию медицинских информационных систем. Раскройте содержание каждой информационной системы.
9. Что такое АРМ руководителя?
10. Как организуются телемедицинские консультации?
11. На каких принципах функционирует Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения?
12. Какие задачи решаются в рамках действующей Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения?
13. Какие сведения собираются для организации персонифицированного учета в сфере ОМС?

Глава 26

Этика в профессиональной деятельности врача

26.1. МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА, ДЕОНТОЛОГИЯ: СОДЕРЖАНИЕ И ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

История медицины и практический опыт здравоохранения со всей очевидностью показывают, что медицинская помощь не может быть полноценной, если даже самый высококвалифицированный врач не обладает необходимыми этическими качествами.

Этика (от греч. *ethos* — обычай, нрав) — одна из философских дисциплин, объектом изучения которой являются мораль, нравственность. ***Медицинская этика*** определяется как совокупность норм поведения и морали медицинских работников. Известно, что помимо общих моральных норм, регулирующих жизнь общества, существуют нормы классической медицинской этики, имеющие свою специфику, связанную с природой самой профессии.

Наряду с термином «медицинская этика» часто применяется термин «***деонтология***» (от греч. *deon* — должное, долг и *logos* — учение, слово), т.е. учение о должном поведении медицинских работников. Впервые это понятие было введено в обиход в начале XIX в. английским юристом и философом И. Бентамом.

Медицинская этика охватывает более широкий круг вопросов, чем деонтология. Это учение о морали медицинского работника, о его взаимоотношениях с больными и здоровыми, с людьми, окружающими больного, с коллегами. Это учение о врачебной тайне, этике научных исследований, о внешнем виде медицинских работников и др. Медицинская этика не имеет специфики определенной медицинской специальности. Так, например, нет отдельно этики терапевта, хирурга, операционной медицинской сестры или другого специалиста, но есть этика медицинского работника.

Понятия «медицинская этика» и «деонтология» органически связаны, так как касаются моральных и нравственных норм и основан-

ных на них принципов и правил поведения медицинских работников, выполняющих свой профессиональный и гражданский долг. В реальной жизни соблюдение деонтологических правил обязательно дополняется определенным нравственно-этическим содержанием. С другой стороны, многие нормы морали, особенно профессиональной, так тесно сливаются с деонтологическими требованиями, что их трудно отделить друг от друга.

Медицинская этика возникла тысячелетия назад одновременно с началом врачевания. Во многих древнейших письменных источниках по медицине наряду с советами по сохранению здоровья и лечению болезней содержатся правила поведения врача. Наиболее известным документом является ***клятва Гиппократа*** (V в. до н.э.), оказавшая огромное влияние на все последующее развитие медицинской этики. Нормы медицинской этики изменялись в зависимости от социальных условий, развития культуры, достижений медицины, однако традиционные вопросы оставались незыблемыми на протяжении веков.

Основными проблемами медицинской этики являются:

- медицинский работник и общество;
- медицинский работник и пациент;
- медицинский работник и родственники пациента;
- взаимоотношения представителей медицинских профессий;
- нравственные качества и внешний вид медицинского работника;
- врачебная тайна;
- отношение к различным медицинским теориям;
- этика эксперимента.

Существует ряд правовых документов общего характера, где отражаются многие принципы медицинской и биомедицинской этики, например ***Женевская декларация***, принятая в 1949 г. Всемирной медицинской ассоциацией (ВМА) и содержащая текст присяги, которую приносят врачи стран — членов ВМА.

В 1949 г. был также принят ***Международный кодекс медицинской этики***, который более подробно излагает нормы профессиональной медицинской морали. В соответствии с этим Кодексом врач обязан:

- соответствовать наивысшим профессиональным стандартам;
- ставить во главу угла сострадание и уважение к человеческому достоинству пациента и полностью отвечать за все аспекты медицинской помощи, вне зависимости от собственной профессиональной специализации;

– не позволять соображениям собственной выгоды оказывать влияние на свободу и независимость профессионального решения, которое должно приниматься исключительно в интересах пациента;
– быть честным в отношениях с пациентами и коллегами и бороться с теми, кто проявляет некомпетентность или замечен в обмане;
– уважать права пациентов и коллег;
– обращаться к более компетентным коллегам, если необходимое пациенту обследование или лечение выходят за уровень его собственных профессиональных возможностей;
– хранить врачебную тайну даже после смерти своего пациента;
– всегда оказывать неотложную помощь любому в ней нуждающемуся.

Большое значение имеет принятие Советом Европы в 1997 г. ***Общеевропейской Конвенции о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением достижений биологии и медицины.*** В ст. 1 и 2 Конвенции подчеркивается обязанность «защищать достоинство и индивидуальную целостность каждого человека, гарантировать всем без исключения неприкосновенность личности и соблюдение других прав и основных свобод... Интересы и благо отдельного человека должны превалировать над интересами общества и науки». Кроме того, разработаны документы, регламентирующие проведение экспериментов на человеке, генетические исследования, аборты, права доноров и реципиентов при трансплантации органов и др.

В начале XXI в. в нашей стране был принят ряд законов, направленных на защиту основных прав граждан в области охраны здоровья. Важнейшим является Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Основы), который содержит немало прогрессивных и гуманных норм, касающихся прав граждан, включая право пациента на информацию о состоянии своего здоровья, право на выбор врача, лечебно-профилактического учреждения, право на согласие и отказ от медицинского вмешательства, право на допуск священнослужителя для отправления культовых обрядов в стационаре и многое другое. По сравнению с предшествующими актами в Основах введены статьи, затрагивающие особенно значимые для охраны жизни, здоровья и достоинства граждан аспек-

ты медицинской деятельности. Это статьи об определении момента смерти человека, о запрещении эвтаназии, о проведении патолого-анатомических вскрытий, врачебной тайне и др.

Права пациентов регулируются и другими Федеральными законами: «О защите прав потребителей», «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», «О трансплантации органов и (или) тканей человека», «О донорстве крови и ее компонентов», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». «О лекарственных средствах», «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» и др.

26.2. ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Взаимоотношения врача и пациента являются центральной проблемой классической медицинской этики. И в прошлом, и сегодня эти взаимоотношения остаются непростыми и не всегда бесконфликтными. Сложности во взаимоотношениях рождаются с двух сторон. Врач не всегда пытается понять больного как личность со всеми его переживаниями и страхами. Он недостаточно учитывает психическую составляющую соматического заболевания, рассматривая пациента как очередной случай в своей медицинской практике. В свою очередь пациент часто переоценивает возможности медицины, доверяя ей свою жизнь и здоровье, требует к себе повышенного внимания.

Кроме того, врач и пациент могут исповедовать различные ценности, относиться к различным социальным слоям общества, этническим группам, религиозным конфессиям. Свои особенности накладывает и форма собственности учреждения, в котором пациент получает помощь. Например, при оказании медицинской помощи в коммерческой медицинской организации возникает конфликт интересов, когда врач заинтересован в уменьшении расходов и увеличении доходов, а пациент стремится получить большее число медицинских услуг с минимальными затратами. Другая проблема во взаимоотношениях врача и пациента связана с постарением населения, с увеличением доли хронически больных, когда люди к старости становятся

излишне раздражительны, обидчивы, сверхтребовательны, забывчивы. Особенно с учетом этих обстоятельств врач должен стремиться к установлению доверительных отношений с больным, способствующих психологическому спокойствию и его физическому излечению.

К настоящему времени выработаны определенные этические принципы сбора анамнеза, осмотра пациента, сообщения диагноза и прогноза заболевания, назначения лечения. Основой этих принципов должно быть триединство: ***профессионализм***, ***доброжелательность*** и ***индивидуальный подход***.

При беседе с пациентом врач должен уделить достаточно внимания проблемам, с которыми к нему обращается пациент, и выделить необходимое для консультации время. Рекомендуется обращение к пациенту по имени и отчеству, к ребенку — по имени. Необходимо терпеливо и внимательно слушать пациента, его родственников и деликатно задавать вопросы.

Особо следует соблюдать этические правила при проведении инвазивных методов диагностики и лечения, которые все шире внедряются в медицинскую практику, так как их эффективность и безопасность зависят от профессионализма и соблюдения врачом деонтологических норм. Необходимость особо внимательного отношения к инвазивным методам диагностики и лечения диктуется тем, что каждый из них несет в себе долю риска: можно повредить слизистую оболочку исследуемого органа, совершить его перфорацию, а также причинить пациенту боль или нанести психическую травму. Длительные и многократно повторяющиеся инвазивные манипуляции невротизируют пациента и формируют негативное отношение к ним. Врач должен сочувственно относиться к психологическим особенностям больного, быть с ним в доверительном контакте, уметь успокоить его, снять чувство страха, вселить уверенность в необходимости и безопасности назначенной процедуры.

Интимные манипуляции на «закрытых зонах» человеческого организма желательно выполнять не в палате, на глазах у соседей, а в специально приспособленном помещении (клизменная, процедурная и др.) — ведь и для окружающих больных вид обнаженного соседа, дополнительные запахи, сама манипуляция вызывают отрицательные эмоции. Выполняя манипуляцию, не следует без особой необходимости обнажать тело больного, особенно его «закрытые зоны». Для их прикрытия пользуются специальными простынями

с разрезом, пеленками и др. Если манипуляция все же выполняется в палате (подача судна, мочеприемника, клизма), больного лучше отгородить ширмой. Следует учитывать особенности работы с женщинами и мужчинами, подростками и больными пожилого возраста, проявляя индивидуальный подход.

Тактика общения с пациентом зависит и от того, каких этико-правовых принципов придерживается врач. Если прежде информирование пациента было не обязательным, то сегодня получение информации становится правом пациента. ***Право граждан на информацию о состоянии здоровья закреплено законодательно***, согласно чему каждый обращающийся за медицинской помощью имеет право получить информацию о состоянии своего здоровья, диагнозе, возможных осложнениях, различных методах лечения и связанном с ними риске, если таковой имеется. В то же время эта информация не предоставляется пациенту помимо его воли. Право на полную и правдивую информацию иногда входит в противоречие с принципом классической медицинской этики Гиппократа: «Окружи больного любовью и разумным утешением, но главное, оставь его в неведении о том, что ему предстоит, и, особенно, что угрожает». Необходимо учитывать психическое состояние пациента, давать информацию в тактичной и доступной форме, чтобы избежать так называемой информационной или психогенной ятрогении.

Также Законом предусмотрен ***принцип информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство (обследование и лечение)***, которое врач должен получить от него перед началом лечения. При анализе этой важной проблемы следует исходить из ее особенностей: наличия двух составляющих — информированности и согласительности. Информированность предполагает объективное раскрытие информации и адекватное понимание пациентами ситуации. Согласительный компонент делает упор на добровольность принятия решения. Информированное согласие предполагает, что каждый человек считается хозяином своего тела и может, если он в здравом уме, разрешить или запретить любое медицинское вмешательство и даже спасающую жизнь хирургическую операцию. В традиционной медицинской этике считалось, что врач обязан сохранить жизнь и тем самым обеспечить благо пациента. Сегодня же с созданием эффективных поддерживающих жизнь методов и аппаратов положение изменилось: сохранение жизни и обеспече-

ние блага пациента могут вступать в противоречие друг с другом. Возникла одна из самых острых проблем в медицинской этике, имеющая не только медицинское, этическое, юридическое, но и мировоззренческое, общефилософское содержание, которая связана с правом гражданина или его законного представителя отказаться от медицинского вмешательства или требовать его прекращения.

При обсуждении вопроса об информированном согласии большое внимание обращается на компетентность больного, дающего согласие, и на способы ее оценки. Компетентным признается больной, способный сознательно выбрать способ лечения. К ним нельзя относить детей, лиц, находящихся в коматозном состоянии, под действием лекарств и др.

При сообщении прогноза, особенно неблагоприятного, врач должен быть предельно осторожным и тактичным. Решение в каждом случае должно приниматься индивидуально исходя из психологического и физического состояния больного, характера заболевания, его тяжести, наличия у него близких и их отношения к нему. Здесь на первый план выступает такой принцип медицинской этики, как правдивость. Существует правило, что взрослому компетентному пациенту при его желании в деликатной форме можно сообщить диагноз и прогноз. Детям диагноз тяжелого заболевания и неблагоприятного прогноза не сообщают, но родители при этом должны получить полную информацию. При неизлечимых болезнях опытные врачи советуют давать дозированные сообщения о прогнозе, делать их в предельно корректной форме, не обещая чуда, но и не отнимая надежду.

Среди этических требований важным считается умение врача успокоить и ободрить больного и его родственников, мобилизовать их на активную помощь. Важно вселить в больного уверенность в возвращении к активной жизни, способность преодолеть свои недуги.

В процессе взаимоотношений врача и пациента может возникнуть конфликт интересов. Согласно данным социологических опросов, среди причин конфликтов преобладают нарушения больными врачебных предписаний, их неудовлетворенность профессиональными и человеческими качествами врача, а также неэффективность и длительность лечения.

С позиций медицинской этики единственным приемлемым способом разрешения конфликтов являются честное открытое обсуждение заинтересованными сторонами (врачом и пациентом) ситуации,

поиск разумных аргументов в защиту собственной позиции, стремление понять оппонента и найти устраивающее все стороны решение. Безусловно, медицинские работники должны стремиться избегать конфликтов, чему в первую очередь будет способствовать неукоснительное следование принципам медицинской этики.

Особой проблемой в клинической деятельности врача является ***ятрогения*** — болезнь или психогенная реакция, вызванная неправильным поведением медицинского работника, а также его действиями (последствия диагностических, оперативных вмешательств, лекарственная болезнь и др.). В практике врача причинами ятрогении могут быть излишне откровенная беседа с пациентом или его родственниками, содержащая ненужное описание возможных осложнений, неблагоприятного прогноза или неумело проведенная санитарно-просветительная беседа. Кроме того, причиной ятрогении может быть выдача на руки пациентам истории болезни и других медицинских документов.

Введение в медицинскую практику средств интенсивной лекарственной терапии, появление инвазивных методов диагностики, сложнейших методик хирургического вмешательства привели не только к успехам медицины, но и к новым проблемам. Понятие ятрогении расширилось и включило в себя все заболевания и патологические процессы, возникновение которых связано с действием медицинских работников (последствия диагностических, оперативных вмешательств, лекарственная болезнь и др.). Безусловно, в возникновении психогенной ятрогении виноваты прежде всего сами медицинские работники. Психогенных ятрогений тем меньше, чем более неукоснительно врач соблюдает принципы медицинской этики.

Соблюдение принципов медицинской этики во многом связано с врачебной тайной, ответственность за разглашение которой предусмотрена Законом.

Принцип конфиденциальности, или сохранения врачебной тайны, возник в глубокой древности и до сих пор является одним из актуальных в системе этического и правового регулирования медицинской деятельности. Соблюдение тайны сегодня — не только исполнение профессионального долга и нравственная обязанность медицинского работника, но и его правовой долг. Предоставление сведений, представляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его

законного представителя допускается только в случаях, оговоренных в законодательстве (см. гл. 7).

Исходя из традиционного понимания врачебной тайны сохранять ее надо от посторонних лиц, знакомых, соседей по палате, а иногда и родственников больного. Больной вправе определить круг лиц, которым врач может сообщить данные о состоянии его здоровья.

Одним из важных условий, влияющих на успешную деятельность медицинского учреждения, является психологический климат в коллективе, который зависит от социальных, организационных, личностных и других факторов. Медицинский коллектив в психологическом отношении является одной из сложнейших социальных групп. Это связано с большой физической и психологической напряженностью работы медицинских работников, высокой ответственностью за жизнь человека.

Одним из показателей взаимоотношений в медицинском коллективе является наличие конфликтов между коллегами. В зависимости от причин возникновения их условно можно разделить на профессиональные, этические, личностные и др. В медицинской среде профессиональные споры неизбежны, но они не должны переходить в конфликты.

26.3. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

В связи с большими достижениями в биологической и медицинской науке и внедрением новых медицинских технологий в начале XXI в. врач в исключительных случаях вынужден принимать решения, которые входят в противоречия с нормами классической медицинской этики. Большое внимание к правам личности, в том числе и к правам пациента, привело к новому пониманию сути взаимоотношений между врачом и пациентом. Все это послужило предпосылками к возникновению и развитию биомедицинской этики (биоэтики). Термин «биоэтика» был введен американским биологом В. Поттером в 1969 г., по его определению, ***биоэтика*** — это соединение биологических знаний и человеческих ценностей.

В нашей стране изучение биоэтики началось намного позже по сравнению с другими странами. В 1992 г. создан ***Российский нацио-***

нальный комитет по биоэтике (РНКБ), учрежденный Российской академией наук. Основная цель РНКБ — способствовать защите прав, свобод и достоинства человека в условиях бурного прогресса биологических и медицинских наук и во взаимодействии человека как пациента со сферой здравоохранения.

Биоэтика является одним из приоритетных направлений деятельности ЮНЕСКО[1], которой в 2005 г. была принята ***Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека.***

Изучая моральные, философские, теологические, правовые и социальные проблемы, рождающиеся по мере развития биологии и медицины, биоэтика тем самым является междисциплинарной областью знаний, она охватывает медицинскую этику и простирается за ее пределами. Круг проблем биомедицинской этики гораздо шире проблем классической медицинской этики, но отчасти перекликается с ними. Центральным в биоэтике является отношение к жизни и смерти, причем жизнь понимается как высшая ценность. Поэтому иногда биоэтику определяют как систему знаний о границах допустимого манипулирования жизнью и смертью человека.

Основными аспектами приложения биомедицинской этики являются:

- право на жизнь;
- проблема эвтаназии;
- право на аборт, контрацепцию, стерилизацию;
- новые репродуктивные технологии;
- медико-биологические эксперименты на человеке;
- современные технологии генной инженерии;
- трансплантация органов и тканей;
- психиатрия и права человека;
- моральные проблемы ВИЧ-инфицированных;
- межпрофессиональные отношения в медицине;
- проблемы социальной справедливости в медицине.

Врач, работающий в специализированном учреждении, оказывающем медицинскую помощь женщинам, не может не задумываться об этических аспектах ***искусственного прерывания беременности, контрацепции и стерилизации***, являющихся современными формами медицинского вмешательства в репродуктивную функцию челове-

[1] ЮНЕСКО (UNESCO — United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) — специализированная Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры.

ка. Скажем, является ли аборт нарушением основного принципа медицинской этики «не навреди»? Допустимо ли его проведение с этической точки зрения (а она совсем необязательно совпадает с юридической)? Если да, то в каких случаях? Ответы на эти вопросы зависят от профессиональной подготовленности и нравственных принципов врача.

Одна из важнейших проблем, связанных с разработкой новых репродуктивных технологий, — ***искусственное оплодотворение***, которое предоставляет возможность преодолеть бесплодие. Использование этой технологии затрагивает такие человеческие ценности, как природа самого брака, взаимоотношения супругов, судьба личности будущего ребенка. С точки зрения морали здесь важно не перейти ту грань, когда вмешательство в репродуктивную сферу помогает женщине обрести долгожданную беременность, а не превращается в вид манипуляции, эксперимента. Искусственное оплодотворение не вызывает морального осуждения в обществе и даже имеет законодательное разрешение. Действительно, каждая женщина имеет право быть матерью, и долг врача — помочь ей в этом.

Спорным и уязвимым с точки зрения биоэтики является метод ***суррогатного материнства***, когда оплодотворенная яйцеклетка (от биологических отца и матери) вносится в матку другой женщины (суррогатная мать), которая вынашивает и рожает ребенка, а потом передает его биологическим родителям. Таким образом, с одной стороны, становится очевидной манипуляция телесной природой ребенка, получающего генетическое наследие от двух определенных лиц и вместе с тем кровь, питание — от суррогатной матери, с другой — это единственный способ для отдельных семейных пар обрести желанного ребенка.

Ожесточенные споры велись и ведутся вокруг проблемы ***клонирования человека*** на основе современных технологий генной инженерии. В обсуждении морального аспекта клонирования участвуют биологи, врачи, политики, философы, священнослужители. Высказываются две противоположные точки зрения. Первая — клонирование морально этично, и появление человеческих генетических копий безопасно для самого человека и общества. Эта технология открывает путь к освобождению от болезней и бессмертию. Вторая — клонирование аморально и небезопасно, так как наука еще не в состоянии определить последствия, к которым оно приведет, нет экспериментальных

доказательств, что каждый клонированный эмбрион будет развиваться нормально и у клонированного ребенка не возникнут уродства, задержка умственного развития. Кроме того, могут появиться самые непредсказуемые злоупотребления.

Для врача, работающего в специализированном учреждении хирургического профиля, может оказаться немаловажной выработка этической позиции по отношению к такому важнейшему достижению медицинской науки XX в., как ***трансплантация органов и тканей человека***. Сегодня пересаживаются практически все жизненно важные органы и ткани: почки, сердце, печень, легкое, костный мозг и др. Вместе с тем трансплантология породила много сложных этических и правовых проблем, связанных с определением прав и обязанностей донора и его родственников, реципиента и медицинских работников, а также сопряженных с ними условий получения информированного согласия реципиента и живого донора, констатации необратимой гибели головного мозга предполагаемого донора. В настоящее время основным правовым документом в этой области является Закон РФ «О трансплантации органов и/или тканей человека». В нем определены условия и порядок трансплантации органов и тканей человека с учетом современных достижений медицинской науки и практики, однако не даны ответы на многие этические вопросы.

Одной из наиболее горячо обсуждаемых сегодня этических проблем является проблема ***эвтаназии*** — намеренного прекращения жизнедеятельности больного с тяжелым неизлечимым заболеванием по его собственному осознанному желанию с целью облегчения страданий. Различают две основные формы эвтаназии: активную и пассивную. Активная эвтаназия — преднамеренное применение медицинскими работниками каких-либо средств с целью прерывания жизни пациента. К активной эвтаназии также относят самоубийство при помощи врача, который предоставляет больному средства для прекращения жизни. Пассивная эвтаназия — отказ от поддерживающего лечения, которое или совсем не начинают, или прекращают на определенном этапе. В российском законодательстве действует запрет на эвтаназию. Медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии — удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни. Эвтаназия противоречит религиозным взглядам всех основных конфессий

и классической медицинской этике, в частности клятве Гиппократа, однако этот вопрос не может считаться окончательно решенным.

Еще один принцип биоэтики — ***социальная справедливость***, который предусматривает равное предоставление необходимых видов медицинской помощи любому пациенту независимо от его физического, психического и материального состояния. Врач при оказании медицинской помощи пациентам должен руководствоваться исключительно профессиональными и этическими нормами, а не отдавать предпочтение больным с особым социальным статусом и высоким материальным положением.

Социально-психологической основой профессионального воспитания врачей являются формирование и развитие у них соответствующей этико-деонтологической культуры. Это означает, что сопереживание и милосердие должны стать внутренним содержанием, нравственным стержнем медицинского работника. Этические нормы врача должны проявляться в профессиональной деятельности прежде всего в общении с пациентами, их близкими, во взаимоотношениях с коллегами.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Дайте определение понятий «медицинская этика» и «деонтология».
2. Какие основные проблемы изучает медицинская этика?
3. Какие нормы профессиональной морали содержит Международный кодекс медицинской этики?
4. В каких международных и отечественных правовых документах зафиксированы принципы медицинской этики?
5. Каковы этические правила беседы с пациентом?
6. Каковы этические правила проведения инвазивных лечебных и диагностических процедур?
7. В чем суть принципа информированного согласия? Каков порядок его соблюдения?
8. Что такое ятрогения? В чем причины ее возникновения? Какие виды ятрогении вам известны?
9. Раскройте суть и разъясните важность соблюдения принципа сохранения врачебной тайны.
10. Дайте определение понятия «биомедицинская этика».

11. Какие основные проблемы изучает биомедицинская этика?

12. Каковы этические проблемы внедрения новых репродуктивных технологий?

13. Каковы правовые, этические проблемы клонирования человека? Ваше отношение к этой проблеме.

14. Каким нормативным актом регулируется трансплантация органов и тканей человека в Российской Федерации?

15. Эвтаназия и ее этическая оценка.

16. В чем суть принципа социальной справедливости при оказании медицинской помощи?

Глава 27

Здравоохранение в зарубежных странах

27.1. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Несмотря на большое разнообразие национальных и исторических особенностей, имеющих место в различных странах мира, выделяют 5 устойчиво функционирующих моделей здравоохранения:

- модель здравоохранения без государственного регулирования;
- модель здравоохранения с государственным регулированием программ ОМС для отдельных категорий граждан;
- модель здравоохранения с государственным регулированием программ ОМС для большинства граждан;
- монопольная государственная модель здравоохранения;
- модель здравоохранения на основе всеобщего государственного медицинского страхования.

Эти модели принципиально отличаются друг от друга, во-первых, степенью участия государства в финансировании здравоохранения, во-вторых, формами собственности производителей медицинских услуг, в-третьих, степенью охвата населения программами государственной поддержки, в-четвертых, источниками финансирования здравоохранения.

Условно первые две модели можно отнести к негосударственным (частным), а последние три — к государственным моделям здравоохранения. В странах с неустойчивыми политическими системами и переходной экономикой могут встречаться промежуточные формы (переходные модели), включающие элементы разных моделей.

Модель здравоохранения без государственного регулирования основана на простых законах потребительского рынка. Виды и объем медицинской помощи формируются путем саморегулирования спроса и предложения на медицинские услуги. Неимущие слои населения не имеют доступа к квалифицированной медицинской помощи. Для такой модели характерно отсутствие существенной государственной поддержки малоимущих категорий граждан. Производители медицинских услуг представлены врачами частной практики. Участие

государства сводится к обеспечению необходимых противоэпидемических мероприятий и минимальных санитарных условий в общественных местах. Государство также берет на себя обязанность по изоляции и лечению больных (инфекционных, психических и т.п.), представляющих опасность для общества.

В этой системе здравоохранения оплата медицинской помощи осуществляется непосредственно потребителями медицинских услуг — пациентами. Для нее характерны следующие признаки:

- основной источник финансирования медицинской помощи — личные средства граждан;
- свободные (нерегулируемые) цены на медицинские услуги;
- свободный выбор врача;
- высокие доходы врачей;
- ограниченная доступность медицинской помощи большинству граждан.

Такая модель здравоохранения существует в ряде развивающихся стран Азии и Африки.

Модель здравоохранения с государственным регулированием программ ОМС для отдельных категорий граждан возникла в эпоху раннего капитализма в связи с развитием сложных медицинских технологий (полостная хирургия, наркоз, рентген и др.), которые потребовали больших дополнительных материальных и финансовых затрат. Это, в свою очередь, поставило перед населением проблему оплаты дорогостоящего лечения.

Одним из решений проблемы стали создание больничных касс, развитие частного медицинского страхования. Страховые компании использовали принцип общественной солидарности, при котором богатый платит за бедного, молодой — за старого, больной — за здорового. Это стало удобно для большинства пациентов. Механизм страхового дела оттачивался в течение десятилетий. Формировалась юридическая база для правового регулирования отношений между страховщиками (работодателем, частным лицом), страховыми компаниями, частными производителями медицинских услуг, адвокатскими конторами, которые регулировали спорные вопросы и т.д.

В этот период стала постепенно усиливаться роль государства в формировании правовой базы, начали вводиться отдельные элементы обязательного медицинского страхования для отдельных категорий граждан (программы для неимущих и инвалидов в США). Таким образом, появилась государственная поддержка отдельных категорий

граждан в получении медицинской помощи, однако она не носила всеобщего характера.

При этой модели взаимоотношения между производящими, финансирующими, контролирующими и потребляющими субъектами основываются на свободном выборе, независимости и двусторонних договорных обязательствах. Для нее характерны следующие признаки:

- основным источником финансирования медицинской помощи являются личные средства граждан и прибыль (доход) юридических лиц;
- большой выбор медицинских учреждений, врачей, создающих конкурентную среду на рынке медицинских услуг;
- свободное (нерегулируемое) ценообразование на медицинские услуги;
- высокие доходы врачей, других медицинских работников;
- высокая стоимость медицинских услуг, ограниченная доступность медицинской помощи для широких слоев населения;
- недостаточное внимание к помощи на дому и профилактике, приоритет в лечении «легких» заболеваний;
- неэффективное использование ресурсов, преобладание затратных хозяйственных механизмов;
- гипердиагностика, выполнение значительной доли дорогостоящих процедур и вмешательств без достаточных медицинских показаний;
- государственная поддержка отдельных категорий граждан.

Такая модель характерна для здравоохранения США, ряда арабских, африканских и латиноамериканских стран.

Модель здравоохранения с государственным регулированием программ ОМС для большинства граждан более прогрессивна и совершенна. Она зародилась в конце XIX в. в Германии и получила развитие в период после Первой мировой войны в большинстве европейских стран. Основной характеристикой такой модели является то, что государство с целью обеспечения гарантированной медицинской помощью большинства населения (за исключением самых богатых) обязывает всех работодателей и самих граждан отчислять часть дохода на медицинскую страховку в рамках государственных нормативов по программе ОМС. Работодатели перечисляют деньги в страховые компании, те, в свою очередь, — в лечебные учреждения, которые оказывают медицинскую помощь населению.

Основная роль государственных органов управления здравоохранением при этом сводится к выполнению функции экспертно-аналитических и арбитражных служб и контроля за санитарно-эпидемиологическим благополучием в стране.

Для модели здравоохранения с государственным регулированием программ ОМС для большинства граждан характерны следующие положительные стороны:

- наличие нескольких основных источников финансирования (средства бюджетов, обязательные платежи по страхованию, осуществляемые как работодателями, так и самими работниками);
- высокая доля национального дохода, выделяемого на здравоохранение;
- наличие централизованной системы финансирования, основанной на независимых специализированных организациях (фондах, страховых компаниях);
- большое внимание со стороны финансирующих организаций к контролю качества медицинской помощи и объемам расходов при оказании медицинских услуг;
- регулируемое ценообразование на медицинские услуги, многообразие форм и способов оплаты медицинской помощи;
- обеспечение высокого, гарантированного государством уровня качества оказания медицинской помощи.

Основной недостаток — недостаточно полный охват населения программами обязательного медицинского страхования.

В настоящее время данная модель наиболее развита в Германии и Франции и называется регулируемой системой страхования здоровья.

Монопольная государственная модель здравоохранения возникла в СССР после Октябрьской революции. Эта модель ориентирована на высокий уровень централизации управления отраслью. Организация материально-технического и лекарственного обеспечения производятся на основе государственного заказа и фондового снабжения по фиксированным ценам. Формирование и развитие медицинских учреждений производится в соответствии с государственными нормативами по штатам, ресурсам, заработной плате и др. Монопольная государственная модель здравоохранения имеет ряд неоспоримых преимуществ:

- высокая степень социальной защищенности граждан путем установления всеобщих гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи;

- строгий государственный контроль за условиями оказания медицинской помощи;
- воздействие на заболеваемость управляемыми инфекциями путем проведения иммунизации населения;
- высокая степень мобилизационной готовности при чрезвычайных ситуациях.

В то же время к существенным недостаткам этой модели следует отнести:

- низкоэффективную бюрократическую систему управления;
- недостаток дополнительных платных и сервисных услуг и отсутствие конкурентной среды;
- низкую заработную плату медицинских работников;
- отсутствие экономических стимулов в работе медицинского персонала;
- отсутствие системы независимого контроля за качеством медицинской помощи;
- диспропорцию в развитии стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи;
- низкую эффективность использования ресурсов в здравоохранении.

Эта модель, несомненно, сыграла положительную роль в эпоху политических кризисов и войн в обществах с устойчивыми и традиционными представлениями о медицине как о социальном благе, в равной степени доступном и бесплатном для всех граждан. Вместе с тем развитие рыночных отношений, а также эволюция потребностей граждан в пользу получения все более разнообразных и качественных медицинских услуг приводят к тому, что государство оказывается не в состоянии эффективно финансировать и управлять национальной системой здравоохранения.

Основным отрицательным фактором монопольной государственной модели здравоохранения является то, что финансирование медицинской деятельности осуществляется исключительно из госбюджета по остаточному принципу.

В этой модели не предусмотрено использование принципов ни обязательного, ни добровольного медицинского страхования.

Модель здравоохранения на основе всеобщего государственного медицинского страхования. После Второй мировой войны ряд ведущих стран мира (Великобритания, Италия, Испания, Япония, Канада) заимствовали у Советского Союза положительные стороны

монопольной государственной модели здравоохранения и построили новые страховые модели, которые существенно отличались от предыдущих частных моделей ОМС и которые можно охарактеризовать как модели государственного медицинского страхования.

Характерным для этой модели здравоохранения, основанной на всеобщем государственном медицинском страховании, является то, что государство непосредственно координирует работу всех медицинских учреждений и само обеспечивает производство медицинских услуг всему населению страны. Система государственного страхования является наиболее экономичной и рациональной моделью в организации медицинского обслуживания населения. Фактически это модель XXI в. для стран, которые стремятся ограничить расходы, не потеряв в эффективности и качестве медицинской помощи.

Такие модели не допускают отделения государства от управления, управления от финансирования, финансирования от ответственности за производство услуг и качество медицинского обслуживания населения. В функции государственных органов управления здравоохранением входят также ответственность за сбор средств, управление финансами, формирование госзаказа и установление цен на медицинские услуги.

Действующая в настоящее время в Российской Федерации система здравоохранения, которая в основном базируется на принципах государственного и всеобщего обязательного медицинского страхования, наиболее приближена к этой модели.

27.2. ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО РОССИИ

По окончании Второй мировой войны в июле 1946 г. в Нью-Йорке в соответствии с решением Международной конференции по здравоохранению было принято решение создать Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ) (World Health Organization — WHO). Устав ВОЗ был ратифицирован 7 апреля 1948 г., с тех пор этот день отмечается как Всемирный день здоровья.

Всемирная организация здравоохранения — специальное агентство Организации Объединенных Наций, состоящее из 192 государств-членов, основная задача которого заключается в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения

мира. В состав ВОЗ принимаются государства — члены ООН, хотя возможен прием и не входящих в ООН стран.

Официальными языками ВОЗ являются английский и французский, рабочими (кроме указанных) — русский, испанский, арабский, китайский, немецкий.

Деятельность ВОЗ осуществляется следующими уполномоченными органами: Всемирной ассамблеей здравоохранения, Исполнительным комитетом, Секретариатом.

Высшим органом ВОЗ является Всемирная ассамблея здравоохранения (далее — Ассамблея), которая состоит из делегатов, представляющих государства — члены ВОЗ. Сессии Ассамблеи созываются ежегодно. Между сессиями высшим органом ВОЗ является Исполнительный комитет, включающий представителей 30 государств (среди них 5 постоянных членов — США, Россия, Великобритания, Франция и Китай), который собирается на очередные сессии 2 раза в год. Центральным административным органом ВОЗ является Секретариат, возглавляемый Генеральным директором, который назначается Ассамблеей по представлению Исполнительного комитета сроком на 5 лет. Штаб-квартира секретариата находится в Женеве (Швейцария). У Генерального директора работают 6 помощников, один из которых — представитель Российской Федерации. Секретариат ВОЗ состоит из 5 отделов:

- гигиены окружающей среды и санитарной статистики;
- укрепления служб здравоохранения и охраны здоровья семьи;
- неинфекционных болезней, развития кадров здравоохранения и лекарственных средств;
- административного руководства и персонала;
- бюджета и финансов.

Для оказания государствам адекватной помощи с учетом специфических для данной страны проблем здравоохранения в рамках ВОЗ создано 6 региональных организаций. Каждая такая организация имеет региональный комитет, который состоит из представителей государств — членов ВОЗ, входящих в данный географический регион. Исполнительными органами этих организаций являются региональные бюро, которые находятся в следующих странах:

- Европейское — в Копенгагене (Дания);
- Американское — в Вашингтоне (США);
- Восточно-Средиземноморское (Средиземноморское) — в Александрии (Египет);

– Юго-Восточной Азии (Азиатское) — в Дели (Индия);
– Западной части Тихого океана (Тихоокеанское) — в Маниле (Филиппины);
– стран Африки южнее Сахары (Африканское) — в Браззавиле (Конго).

Ежегодный бюджет ВОЗ составляет более 550 млн долларов, который формируется за счет взносов стран-членов.

Основными направлениями деятельности ВОЗ являются:
– укрепление и совершенствование национальных служб здравоохранения;
– предупреждение и борьба с неинфекционными и инфекционными заболеваниями;
– охрана и оздоровление окружающей среды;
– охрана здоровья матери и ребенка;
– подготовка медицинских кадров;
– разработка международных стандартов, номенклатур и классификаций болезней;
– развитие медико-биологических исследований.

Для обсуждения и консультаций ВОЗ привлекает известных специалистов-экспертов, которые готовят технические, научные и информационные материалы, организуют заседания экспертных советов. Широко представлена издательская деятельность ВОЗ, включающая отчеты Генерального директора о деятельности ВОЗ, статистические материалы, документы комитетов и совещаний, в том числе отчеты Ассамблеи, исполнительных комитетов, сборники резолюций и др. Также выпускаются журналы ВОЗ: «Бюллетень ВОЗ», «Хроника ВОЗ», «Международный форум здравоохранения», «Здоровье мира», «Ежегодник мировой санитарной статистики», монографии и технические доклады. С периодичностью приблизительно раз в 10 лет ВОЗ пересматривает и издает «Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем».

За годы своей деятельности ВОЗ удалось решить многие важные проблемы. По инициативе ВОЗ и при активной поддержке национальных систем здравоохранения была проведена компания по ликвидации оспы в мире (последний случай зарегистрирован в 1981 г.); результативными явились компания по борьбе с малярией, распространенность которой сократилась почти в 2 раза, программа иммунизации против инфекционных заболеваний, борьба с ВИЧ-инфекцией, формирование служб первичной медико-санитарной помощи и др. Основная роль ВОЗ в достижении поставленных целей — консультативная, экспертная

и техническая помощь странам, а также предоставление необходимой информации. Это делается для того, чтобы научить страны самим решать ключевые проблемы охраны здоровья населения.

На сегодня ВОЗ определила следующие наиболее важные направления деятельности национальных систем здравоохранения: борьба с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом, малярией, содействие безопасной беременности, охрана здоровья матери и ребенка, подростков, улучшение психического здоровья и др.

ВОЗ сотрудничает с большинством неправительственных международных организаций, в том числе с Лигой обществ Красного Креста, Международным обществом реабилитации, Всемирной медицинской ассоциацией, Советом международных медицинских научных организаций, Всемирной федерацией помощи слепым и др.

Важное место в общей системе международных отношений РФ занимает международное сотрудничество в области здравоохранения, которое охватывает широкий круг проблем здравоохранения, медицинской науки, социально-трудовой сферы и имеет две основные составляющие: политическую и профессиональную.

Политическое направление формируется при непосредственном участии руководителей МЗиСР РФ в ходе определения глобальной стратегии и места российского здравоохранения в происходящих процессах на мировом и региональном уровнях (формирование позиции России в программах международных организаций, в международных соглашениях, приоритетных направлениях международного сотрудничества, прямых переговорах на высоком уровне и др.).

Профессиональное направление включает прямое участие руководителей и специалистов департаментов МЗиСР РФ, федеральных служб и агентств в разработке и реализации совместных международных проектов и программ, а также соглашений о международном сотрудничестве.

Оба направления сотрудничества осуществляются в тесном взаимодействии с Министерством иностранных дел России, Минэкономразвития России, посольствами и представительствами России за рубежом.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Какие социально-экономические модели здравоохранения существуют в экономически развитых странах?
2. Охарактеризуйте модель здравоохранения без государственного регулирования.
3. Дайте характеристику модели здравоохранения с государственным регулированием программ ОМС для отдельных категорий граждан.
4. Опишите модель здравоохранения с государственным регулированием программ ОМС для большинства граждан.
5. Охарактеризуйте монопольную государственную модель здравоохранения.
6. Дайте характеристику модели здравоохранения на основе всеобщего государственного медицинского страхования.
7. Что такое Всемирная организация здравоохранения? Какова цель ее деятельности?
8. Какова структура Всемирной организации здравоохранения?
9. Перечислите основные направления деятельности Всемирной организации здравоохранения.
10. Сформулируйте основные направления международного сотрудничества России в области охраны здоровья и здравоохранения.

ОСНОВНЫЕ ТЕРМИНЫ

Акселерация — ускорение физического развития детей по сравнению с предшествующими поколениями.

Активы бухгалтерского баланса организации здравоохранения — часть бухгалтерского баланса, отражающая в денежном выражении совокупность финансовых, материальных и нематериальных ресурсов организации.

Антропометрические стандарты — средние значения признаков физического развития, полученные при обследовании репрезентативной выборки населения, однородной по возрастно-половому и социальному составу.

База данных — массив данных, структурированный и хранимый на электронных носителях, который управляется с помощью специального программного обеспечения (системы управления базами данных).

Базовая программа ОМС — составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств ОМС на всей территории РФ медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам ОМС.

Базовый должностной оклад (базовая ставка заработной платы) — минимальный должностной оклад работника государственного или муниципального учреждения, входящего в соответствующую профессиональную квалификационную группу без учета компенсационных, стимулирующих и социальных выплат.

Балансовая стоимость — стоимость основных средств, по которой они учтены в бухгалтерском балансе организации здравоохранения.

Биоэтика — соединение биологических знаний и человеческих ценностей.

Болезнь — стеснение свободы человеческой жизни во всех ее проявлениях: общественных отношениях, социальных контактах, психологической дезадаптации и дезинтеграции личности.

Брендинг — деятельность по созданию долгосрочного предпочтения к товару, основанная на комплексном воздействии на потребителя товарного знака, упаковки, рекламных обращений.

Бюджетная смета — документ, устанавливающий лимиты бюджетных обязательств в учреждениях в соответствии с бюджетной классификацией расходов.

Временная нетрудоспособность — состояние организма человека, обусловленное заболеванием, травмой и другими причинами, при которых нарушения функций сопровождаются невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение определенного промежутка времени, т.е. они носят обратимый характер.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) — специальное агентство Организации Объединенных Наций, основная задача которого заключается в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения мира.

Вторичная профилактика — комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление заболеваний, а также предупреждение их обострений, осложнений и хронизацию.

Выборочная совокупность (выборка) — любое подмножество единиц наблюдения генеральной совокупности.

Высокотехнологичная медицинская помощь предусматривает применение новых, сложных и/или уникальных, а также ресурсоемких методов лечения, включая клеточные технологии, роботизированную технику, информационные технологии и методы генной инженерии.

Генеральная совокупность — множество качественно однородных единиц наблюдения, объединенных по одному или группе признаков.

Гипотеза — научное предположение, выдвигаемое для объяснения каких-либо явлений.

Деонтология — учение о нормах и правилах поведения медицинских работников.

Диспансеризация — приоритетное направление в деятельности медицинских учреждений, включающее комплекс мер по формированию здорового образа жизни, профилактике и ранней диагностике заболеваний, эффективному лечению больных и их динамическому наблюдению.

Доказательная медицина — раздел медицины, основанный на доказательствах и посвященный поиску, сравнению, обобщению и распространению полученных результатов клинической практики для повышения эффективности и безопасности лечения больных.

Единица наблюдения — первичный элемент статистической совокупности, наделенный всеми признаками, подлежащими изучению.

Заболеваемость по данным о причинах смерти — все случаи заболеваний, установленные при судебно-медицинском или патологоанатомическом исследовании, по поводу которых не было зарегистрировано при жизни пациента обращений в организации здравоохранения.

Затраты (издержки) — расход материальных, финансовых, информационных и других ресурсов в стоимостном выражении, используемых в процессе производства медицинских товаров и/или услуг.

Здоровье — состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Инвалид — человек, имеющий нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Интегральный показатель — результирующий показатель, учитывающий совокупное влияние отдельных как независимых, так и взаимосвязанных факторов.

Информационные ресурсы в здравоохранении — бумажные, электронные или иные носители информации о здоровье населения и деятельности организаций здравоохранения, содержащиеся в библиотеках, архивах, фондах, файлах, базах данных и других информационных источниках.

Исчерпанная (истинная) заболеваемость — общая заболеваемость по обращаемости, дополненная случаями заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах, и данными по причинам смерти.

Качество жизни, связанное со здоровьем, — комплексная характеристика физического, психологического, эмоционального и социаль-

ного состояния больного, основанная на его субъективном восприятии.

Качество медицинской помощи — совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи установленным стандартам технологий ее оказания, а также ожиданиям пациента.

Конкуренция — состязание между экономическими субъектами, борьба за рынки сбыта товаров и услуг с целью получения более высоких доходов, других выгод.

Контроль качества — система мер оперативного характера, позволяющих оценивать выполнение основных компонентов качества медицинской помощи.

Косвенный экономический ущерб — экономические потери, связанные с выплатами пособий по временной утрате трудоспособности, пенсий по инвалидности, числом непрожитых трудоспособных лет жизни (в стоимостном выражении), уменьшением производства ВВП и др.

Лечебно-охранительный режим — система мер, направленных на создание оптимальных условий пребывания больных в стационаре, способствующих поднятию их общего психоэмоционального тонуса.

Материальные ресурсы здравоохранения — совокупность зданий, сооружений, оборудования, транспорта, горюче-смазочных материалов, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, расходных материалов, запасных частей, инструментария, мягкого инвентаря, хозяйственных товаров, сырья и других материальных ценностей, которые находятся в распоряжении организаций здравоохранения и используются для производства медицинских товаров и услуг.

Медико-демографические процессы — это воспроизводство населения, смена поколений, характер и темпы роста населения, изменения уровней рождаемости, смертности, брачности, возрастно-половой структуры, миграция, урбанизация.

Медико-социальная помощь — это профилактическая, лечебно-диагностическая, реабилитационная, протезно-ортопедическая и зубопротезная помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Медико-социальная экспертиза — определение потребностей освидетельствуемого лица в социальной защите на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функции организма.

Медико-экономическая экспертиза — установление соответствия фактических сроков выполнения и объемов предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной и учетно-отчетной документации медицинской организации.

Медико-экономический контроль — установление соответствия фактических сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам (на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов) условиям договоров, заключенных в рамках территориальной программы ОМС.

Медицинская демография — наука, изучающая взаимосвязь воспроизводства населения с медико-социальными факторами и разрабатывающая на этой основе меры, направленные на обеспечение наиболее благоприятного развития демографических процессов и улучшение здоровья населения.

Медицинская деятельность — профессиональная деятельность по оказанию медицинских услуг, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических мероприятий, а также по заготовке органов и тканей, обращению донорской крови и ее компонентов в медицинских целях.

Медицинская информация — совокупность данных, характеризующих деятельность отдельных структурных элементов, подсистем и всей системы здравоохранения.

Медицинская организация — юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы и формы собственности, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством РФ. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

Медицинская помощь — совокупность лечебно-профилактических мероприятий, проводимых при заболеваниях, травмах, отравлениях, а также при родах, лицами, имеющими высшее и среднее медицинское образование.

Медицинская профилактика — комплекс профилактических мер, реализуемый через систему здравоохранения.

Медицинская реабилитация — вид реабилитации, направленный на восстановление нарушенных функций или на проведение различных лечебных и корректирующих мероприятий, приспосабливающих инвалида к жизни и общественно полезной деятельности.

Медицинская статистика — один из разделов биостатистики, изучающий основные закономерности и тенденции здоровья населения, здравоохранения с использованием методов математической статистики.

Медицинская услуга — медицинское вмешательство или комплекс таких вмешательств, которые направлены на профилактику заболеваний, их диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию, имеют определенную стоимость и оказываются медицинскими работниками.

Медицинская этика — совокупность норм поведения и морали медицинских работников.

Медицинская эффективность — степень достижения ожидаемых результатов в профилактике, диагностике, лечении, диспансеризации, реабилитации больных. В отношении конкретного больного — это выздоровление или улучшение состояния здоровья, восстановление утраченных функций отдельных систем и органов. На уровне учреждений или системы здравоохранения в целом медицинская эффективность может оцениваться степенью изменения во времени отдельных показателей здоровья населения.

Медицинский маркетинг — комплекс мероприятий, направленных на изучение спроса, организацию производства и создание условий для удовлетворения потребности населения в различных видах медицинских товаров и услуг.

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) — система группировки болезней и патологических состояний, отражающая современный этап развития медицинской науки.

Менеджмент — рациональное управление современным производством для достижения его высокой эффективности и оптимального использования ресурсов.

Методы управления — способы и приемы воздействия руководителя на коллектив для более эффективного использования имеющихся ресурсов в решении поставленных задач.

Миграция — территориальные перемещения населения с целью постоянной или временной смены места жительства.

Мониторинг здоровья и здравоохранения — система наблюдения, включающая сбор, агрегацию данных, анализ на их основе текущей ситуации, разработку прогнозов для выбора приоритетов и принятия управленческих решений с целью сохранения и улучшения здоровья населения.

Нетрудоспособность — состояние, обусловленное болезнью, травмой, ее последствиями или другими причинами, когда выполнение профессионального труда невозможно полностью или частично в течение ограниченного времени или постоянно.

Норматив — расчетная величина затрат материальных, финансовых, временных и других ресурсов, применяемая при нормировании труда, планировании производственной и хозяйственной деятельности.

Обеспечение качества — виды деятельности, планируемые и реализуемые в рамках системы управления качеством.

Оборотные средства в здравоохранении (оборотный капитал, оборотные фонды) — одна из частей активов организации здравоохранения, необходимых в дополнение к основным средствам для производства медицинских товаров и услуг.

Обработка данных — процесс подготовки, группировки данных, расчета и анализа показателей с использованием методов математической статистики.

Общая заболеваемость (распространенность, болезненность) — совокупность первичных в данном году случаев обращений населения за медицинской помощью по поводу заболеваний, выявленных как в данном, так и в предыдущие годы.

Общественное здоровье — важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей.

Объект медико-социального исследования — статистическая совокупность, состоящая из относительно однородных отдельных объектов или явлений (единиц наблюдения).

Объект управления — звено системы управления, воспринимающее управляющее воздействие со стороны субъекта управления.

Обязательное медицинское страхование — вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении — гипотетическое число лет, которое предстоит прожить данному поколению родившихся или числу живущих определенного возраста при условии, что на всем протяжении жизни смертность в каждой возрастной группе будет такой же, какой она была в том году, для которого производилось исчисление.

Организация (как функция управления) — процесс формирования структуры учреждения или предприятия, обеспечения их деятельности финансовыми, материально-техническими, трудовыми, информационными и другими ресурсами, создания оптимальных социально-психологических условий, правовой базы для достижения поставленных целей.

Основные средства в здравоохранении (основной капитал, основные фонды, основные ресурсы) — одна из составных частей активов организаций здравоохранения, которые длительное время используются для производства медицинских товаров и услуг, постепенно перенося на них свою стоимость.

Охрана здоровья граждан — система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического, характера, осуществляемых органами государственной власти РФ, органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления, организациями, должностными и иными лицами, гражданами в целях сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его

долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

Паллиативная медицинская помощь — комплекс медицинских вмешательств, направленных на улучшение качества жизни безнадежно больных граждан и членов их семей, с целью избавления от боли и облегчения других тяжелых проявлений заболевания.

Пассивы бухгалтерского баланса — часть бухгалтерского баланса, отражающая совокупность источников денежных средств и обязательств организации, за счет которых сформированы ее активы.

Первичная заболеваемость — совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году зарегистрированных при обращении населения за медицинской помощью случаев заболеваний.

Первичная медико-санитарная помощь — основа системы оказания медицинской помощи гражданам, включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний и их медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Первичная профилактика — комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение появления тех или иных заболеваний и отклонений в состоянии здоровья.

Переменные затраты — издержки на производство и реализацию продукции, величина которых изменяется пропорционально объему этой продукции.

Перепись населения — всеобщий (сплошной) учет населения, в процессе которого осуществляется сбор данных, характеризующих на определенный момент времени каждого жителя страны или административной территории.

Персонифицированный учет в сфере обязательного медицинского страхования — организация и ведение учета сведений о каждом застрахованном лице в целях реализации прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования.

План — надлежаще оформленное управленческое решение, включающее точно сформулированные цель, задачи, пути и средства их достижения, а также показатели конечных результатов.

Планирование в здравоохранении — процесс определения необходимых ресурсов и механизма эффективного их использования для решения задач повышения качества и доступности медицинской помощи, достижения конкретных показателей здоровья населения и деятельности здравоохранения.

Планирование семьи — принятие осознанного решения о числе детей, сроках их рождения, возможность регулировать деторождение в соответствии с конкретной ситуацией в семье и, как следствие, рождение только желанных детей от готовых к этому событию родителей.

Полис обязательного медицинского страхования — документ, удостоверяющий право застрахованного лица на бесплатное получение медицинской помощи на всей территории РФ в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС.

Полная временная нетрудоспособность — невозможность выполнения любого труда на определенный срок, сопровождающаяся необходимостью создания специального режима и проведения лечения.

Постоянное население — лица, постоянно проживающие на данной территории, включая временно отсутствующих.

Постоянные затраты — издержки на производство и реализацию продукции, размер которых не зависит от объема производства.

Предложение — количество медицинских товаров и услуг, которое производители могут оказать за определенный период времени населению.

Прибыль — экономическая категория, комплексно отражающая финансовые результаты деятельности организации здравоохранения и выражающаяся в превышении доходов от реализации медицинских товаров и услуг над затратами по производству и реализации этой продукции.

Прогноз — комплекс аргументированных предположений (выраженных в качественной и количественной формах) относительно будущих параметров системы.

Профессиональная реабилитация — комплекс мероприятий по профессиональной ориентации, профессиональной подготовке и переподготовке, подбор соответствующей профессии, обеспечение условий

труда, отвечающих состоянию здоровья индивидуума, и приспособление рабочего места к имеющемуся у него дефекту и др.

Профилактика — это комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения, включающих формирование здорового образа жизни, предупреждение и устранение причин заболеваний на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях.

Профилактическая медицина — самостоятельное направление медицины, включающее в себя общественное здоровье и здравоохранение, общую гигиену и эпидемиологию.

Прямой экономический ущерб — затраты материальных, финансовых, информационных и других ресурсов (в стоимостном выражении), которые используются в процессе оказания населению медицинской помощи.

Психологическая реабилитация — вид реабилитации, направленный на выработку активной жизненной позиции и положительной трудовой установки у инвалида в основном за счет средств психотерапии.

Реновация — замещение выбывающих в результате физического и морального износа основных средств новыми.

Ретардация — замедление процессов физического развития.

Рождаемость — естественный процесс возобновления населения, характеризующийся статистически зарегистрированным числом деторождений в конкретной популяции за определенный период времени.

Рынок — совокупность экономических отношений, проявляющихся в сфере обмена товаров и услуг, в результате которых формируются спрос, предложение и цена в условиях конкуренции.

Рынок медицинских товаров и услуг — сегмент рынка, предоставляющий медицинские товары и услуги для сохранения и улучшения здоровья населения.

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.

Система здравоохранения — совокупность федеральных органов управления здравоохранением, органов исполнительной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления, подведомственных им организаций, а также субъектов частной медицинской и фармацевтической деятельности, функционирующих в целях сохранения и укрепления здоровья граждан.

Скорая медицинская помощь — круглосуточная экстренная медицинская помощь при внезапных заболеваниях, угрожающих жизни больного, травмах, отравлениях, преднамеренных самоповреждениях, родах вне медицинских учреждений, а также катастрофах и стихийных бедствиях.

Скрининг — массовое обследование населения и выявление лиц с заболеваниями или начальными признаками заболеваний.

Смертность — процесс вымирания населения, характеризующийся статистически зарегистрированным числом смертей в конкретной популяции за определенный период времени.

Социальная реабилитация — процесс восстановления способностей индивидуума к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности.

Социальная эффективность — степень достижения социального результата. В отношении конкретного больного — это возвращение его к труду и активной жизни в обществе. На уровне учреждений или системы здравоохранения в целом это оценка функционирования здравоохранения в социальной сфере общественной жизни, удовлетворенность населения деятельностью местной системы здравоохранения.

Социально-гигиенический мониторинг — государственная система наблюдения, анализа и прогноза состояния здоровья населения и среды обитания человека, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием на него факторов среды обитания человека.

Специализированная медицинская помощь включает в себя лечение заболеваний, требующих специальных методов диагностики и лечения, использования сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Спрос (потребность) — количество медицинских товаров и услуг, которое желает и может приобрести общество (отдельные пациенты) в данный период времени по определенной цене.

Стандарт — нормативный документ, разработанный на основе консенсуса и утвержденный соответствующим органом, в котором устанавливается определенный набор правил, нормативов, условий, требований, касающихся различных видов медицинской деятельности и их результатов.

Статистический показатель — одна из многих количественных характеристик статистической совокупности, численное выражение внутренней сущности изучаемого явления.

Стимулирующие выплаты — доплаты и надбавки стимулирующего характера, премии и иные поощрительные выплаты (например, выплаты за интенсивность и высокие результаты работы, за качество выполняемых работ, за стаж непрерывной работы, выслугу лет, премиальные выплаты по итогам работы).

Стойкая нетрудоспособность — длительная либо постоянная потеря трудоспособности или значительное ограничение трудоспособности, вызванное хроническим заболеванием (травмой, анатомическим дефектом), приведшим к выраженному нарушению функций организма.

Страховое обеспечение — исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и ее оплате медицинской организации.

Страховой риск — предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи.

Страховой случай — совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию.

Страховые взносы на ОМС — обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.

Субъект управления — управляющее звено в системе управления, осуществляющее целенаправленное воздействие на объект управления.

Территориальная программа ОМС — составная часть территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта РФ.

Третичная профилактика (реабилитация) — комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных физиологических, социальных функций организма, качества жизни и трудоспособности больных и инвалидов.

Трудоспособность — состояние организма человека, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяет выполнять работу определенного объема и качества.

Управление — функция организованных систем различной природы (биологических, социальных, информационных и др.), обеспечивающая сохранение их определенной структуры, поддержание режима деятельности, реализацию их целей и программ.

Управление качеством медицинской помощи — система мер для достижения установленных стандартов медицинских технологий и результатов лечения.

Управленческое решение — директивный акт целенаправленного воздействия на объект управления, основанный на анализе данных и содержащий алгоритм достижения цели.

Урбанизация — процесс повышения роли городов в развитии общества.

Факторы риска — потенциально опасные для здоровья факторы, повышающие вероятность возникновения заболеваний, их развития и неблагоприятного исхода.

Физическое здоровье — комплексный показатель жизнедеятельности индивидуума, характеризующийся таким уровнем адаптационных возможностей организма, при которых обеспечивается сохранение основных параметров его гомеостаза в условиях воздействия факторов окружающей среды.

Физическое развитие — комплексный показатель, характеризующий состояние здоровья как индивидуума так и группы людей в разные возрастные периоды их жизни, включающий совокупность

антропоскопических, антропометрических и антропофизиометрических характеристик, динамично изменяющийся в соответствии с биологическими закономерностями и под воздействием факторов внешней среды.

Финансирование — обеспечение физического или юридического лица финансовыми средствами для безвозвратного расходования на определенные цели: медицинские, хозяйственные, бытовые, управленческие и др.

Финансовая система — совокупность законов, правил, норм, регулирующих финансовую деятельность и финансовые отношения государства.

Финансовые результаты организации здравоохранения — итог экономической деятельности организации за определенный период времени (месяц, квартал, год), который выражается в показателях прибыли или убытков и определяется как разница между выручкой от реализации и полной себестоимостью продукции.

Финансовые ресурсы здравоохранения — совокупность всех видов денежных средств (российская и иностранная валюта, ценные бумаги, платежные карты и денежные документы), находящихся в распоряжении органов управления здравоохранением, фондов ОМС, организаций здравоохранения, страховых медицинских организаций, предназначенные для обеспечения функционирования и развития системы здравоохранения.

Финансовый контроль — контроль за целевым использованием финансовых средств системы здравоохранения, а также за соблюдением действующего финансового законодательства.

Фонд оплаты труда — суммарные денежные средства учреждения здравоохранения, израсходованные в течение определенного периода времени на заработную плату, премиальные выплаты, доплаты работникам, а также компенсирующие выплаты.

Формирование здорового образа жизни — один из важнейших компонентов первичной профилактики, который включает благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, позволяющие сохранять и укреплять здоровье.

Цель исследования — мысленное предвосхищение результата деятельности и путей его достижения с помощью определенных средств.

Цена — сумма денег, за которую «покупатель» может купить, а «продавец» готов продать данный товар или медицинскую услугу.

Частичная временная нетрудоспособность — состояние человека, при котором сохраняется способность выполнять другую работу с уменьшенным объемом или облегченным режимом.

Эвтаназия — намеренное прекращение жизнедеятельности больного с тяжелым неизлечимым заболеванием по его собственному осознанному желанию с целью облегчения страданий.

Экономика здравоохранения — отраслевая экономическая наука, которая исследует действие объективных экономических законов, влияющих на удовлетворение потребностей населения в сохранении и укреплении здоровья.

Экономическая эффективность — важнейший показатель оценки экономической деятельности системы здравоохранения в целом, отдельных организаций, специализированных служб, а также медико-социальных программ.

Экономический эффект в здравоохранении — один из результатов деятельности организации здравоохранения, который выражается в показателях прибыли или убытков и определяется как разница между доходами и затратами.

Экспертиза временной нетрудоспособности — один из видов медицинской экспертизы, основная цель которой — оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого лечения, возможности осуществлять профессиональную деятельность, а также определение степени и сроков временной утраты трудоспособности.

Экспертиза качества медицинской помощи — выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных в процессе оказания медицинской помощи дефектов.

Экспертиза трудоспособности — вид экспертизы, который заключается в определении причин, длительности, степени временной или стойкой утраты трудоспособности человека в связи с заболеванием, травмой или другой причиной, а также определение потребности пациента в видах медицинской помощи и мерах социальной защиты.

Этика — одна из философских дисциплин, объектом изучения которой являются мораль, нравственность.

Ятрогения — болезнь или психогенная реакция, вызванная неправильным поведением медицинского работника, а также его действиями (последствия диагностических оперативных вмешательств, лекарственная болезнь и др.).

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Акселерация, 147
Антропометрия, 129
Антропоскопия, 129
Антропофизиометрия, 130

Б

База данных, 26
Баланс бухгалтерский, 491
  активы, 491
  пассивы, 491
Благополучие населения
  санитарно-эпидемиологическое, 444
Болезнь, 15
Больница
  городская, 321
  областная, 434
  районная центральная, 432
Брендинг, 212
Бригада выездная, 400
Бюро госпитализации
  центральное, 324

В

Врач
  главный больницы, 322
  семейный, 292
Врач-педиатр участковый, 258
Выплаты
  компенсационные, 528
  стимулирующие, 528

Г

Гипотеза, 225
Группировка данных, 28

Д

Демография, 48
Деонтология, 561
Диспансер
  кожно-венерологический, 386
  наркологический, 377
  онкологический, 369
  противотуберкулезный, 382
  психоневрологический, 374
Диспансеризация, 246
Дистрофия алиментарная, 143
Дом родильный, 332

Е

Единица наблюдения, 19

Ж

Живорождение, 55

З

Заболеваемость, 90
  важнейшими социально значимыми болезнями, 101
  инфекционная, 108
  исчерпанная (истинная), 100
  общая, 91
  первичная, 91
  по данным медицинских осмотров, 96
  по данным о причинах смерти, 99
  с временной утратой трудоспособности, 110
Затраты
  валовые, 498

переменные, 498
постоянные, 498
Здоровье, 15
общественное, 16
физическое, 127

И

Издержки, 498
Износ
моральный, 493
физический, 493
Иммиграция, 49
Инвалид, 116
Инвалидность, 116
Индекс физического развития, 132
Информация, 540
Исследование пилотное, 25
Исход
клинический, 36
суррогатный, 36

К

Картограмма, 42
Картодиаграмма, 43
Качество медицинской помощи, 532
Комиссия врачебная, 456
Конкуренция, 514
Консультация женская, 272, 332
Контроль финансовый, 528
Координация, 207
Коэффициент
возрастной, 54
детской, 64
младенческой, 61
неонатальной, 62
общий, 52, 56
перинатальной, 65
постнеонатальной, 63
рождаемости
смертности
специальный, 53
суммарный, 54
фертильности, 54
Коэффициенты
стандартизированные, 34
Краниометрия, 129
Курорт, 437

Л

Легенда графика, 37
Лечение санаторно-курортное, 437
Листок нетрудоспособности, 458
Лица застрахованные, 477
Лицензирование, 206

М

Маркетинг, 209
медицинский, 210
Медицина
доказательная, 35
народная, 175
профилактическая, 157
Менеджмент, 198
Мертворождаемость, 65
Мертворождение, 55
Метод
Брока, 133
стандартизации
косвенный, 34
прямой, 34
Методы управления
общественные, 217

организационно-распорядительные, 217
социально-психологические, 217
экономические, 216
Миграция, 49
внешняя, 49
внутренняя, 49
временная, 50
маятниковая, 50
постоянная, 50
сезонная, 50
эпизодическая, 49
Мониторинг
здоровья и здравоохранения, 18
социально-гигиенический, 450
Мотивация, 208

Н

Нагрузка персонала, 299
Нетрудоспособность, 454
временная
полная, 454
частичная, 455
стойкая, 470
Норматив, 234

О

Обеспечение страховое, 476
Обработка данных, 27
Объект управления, 199
Ожирение, 141
Оклад должностной базовый, 527
Оплата труда, 525
Организация, 202
медицинская, 191
Осмотр медицинский, 96
Остеометрия, 129
Отбор единиц наблюдения, 21
когортный, 22
«копи-пара», 22
механический, 21
многоступенчатый, 22
серийный, 21
типологический, 21
Ответственность
административная, 179
гражданско-правовая, 177
дисциплинарная, 178
уголовная, 180
Отделение
приемное, 324
профилактики, 160
стационарное, 325
Охрана здоровья граждан, 163

П

Перепись населения, 68
План, 227
Планирование, 227
перспективное, 232
семьи, 76, 170
стратегическое, 231
текущее, 232
Подготовка данных, 28
Показатель
статистический, 29
интегральный, 33
интенсивный, 30
наглядности, 32
соотношения, 31
экстенсивный, 29
Поле графика, 37

Поликлиника, 248
Помощь медицинская, 189
амбулаторно-поликлиническая, 246
больничная (стационарная), 190
высокотехнологичная, 190
доврачебная, 191
медико-санитарная первичная, 189
неотложная, 190
паллиативная, 190
первая врачебная, 191
первая медицинская, 191
санаторно-курортная,190
скорая, 190, 399
специализированная, 190, 368
Потери фетоинфантильные, 66
Потоки информационные, 541
Практика частная медицинская, 175
Преимущества конкурентные, 515
Прерывание беременности искусственное, 170
Прибыль, 497
Прирост населения естественный, 66, 83
Прогноз, 225
Прогнозирование, 225
Профилактика, 149
вторичная, 158
групповая, 157
индивидуальная, 157
медицинская, 157
первичная, 157
популяционная, 157
третичная, 158
Пункт фельдшерско-акушерский, 428

Р

Развитие физическое, 128
Реабилитация инвалидов, 121
медицинская, 121
профессиональная, 121
психологическая, 121
социальная, 121
Регистратура, 251, 413
Режим лечебно-охранительный, 328
Реклама, 212
Реновация, 493
Ресурсы здравоохранения информационные, 543
материальные, 490
финансовые, 490
Ретардация, 147
Решение управленческое, 45
Риск страховой, 476
Рождаемость, 52, 71
Рынок медицинских товаров и услуг, 510

С

Сертификат родовой, 283
Система здравоохранения, 187
финансовая, 518
Скрининг, 98
Случай страховой, 476

Смертность, 56
детская, 60, 79
материнская, 60, 79
перинатальная, 65, 79
Смета бюджетная, 523
Совокупность
выборочная, 20
генеральная, 20
Соматометрия, 129
Состояние функциональное, 134
Справедливость социальная, 573
Спрос, 510
Среда маркетинговая
внешняя, 211
внутренняя, 211
Стандарт, 205
Стандартизация, 204
Стандарты
антропометрические, 131
Статика, 48
Статистика медицинская, 16
Стационар, 323
дневного (ночного)
пребывания, 345
на дому, 349
Стерилизация
медицинская, 170
Стиль управления
авторитарный, 215
демократический, 216
динамичный, 216
либеральный, 215
Стоимость балансовая, 492
Страхование медицинское, 474
добровольное, 486
обязательное, 476
Субъект управления, 199

Т

Телемедицина, 554
Терапевт участковый, 254
Технологии
стационарзамещающие, 345
Трудоспособность, 453

У

Убыль населения
противоестественная, 67
Управление, 198
Урбанизация, 50
Услуга медицинская, 511
Ущерб экономический
косвенный, 507
прямой, 507

Ф

Факторы риска, 150
Фельдшер, 401
Фетометрия, 130
Финансирование, 518
Фонд оплаты труда, 525

Ц

Цена, 514
предложения, 514
равновесия, 514
спроса, 514
Центр по профилактике
и борьбе со СПИДом, 390
Центры, 194
общей врачебной практики, 291
перинатальные, 342

Ш

Шкала масштабная, 37

Э

Эвтаназия, 572
Экономика
  здравоохранения, 490
Экспертиза качества
  медицинской помощи, 484
  медико-социальная, 470
  медико-экономическая, 484
  трудоспособности, 453
Эмиграция, 49
Этика, 561
  медицинская, 561
Эффективность
  медицинская, 501
  социальная, 502
  экономическая, 505

Я

Ятрогения, 567

ПРИГЛАШЕНИЕ К СОТРУДНИЧЕСТВУ

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа» приглашает к сотрудничеству авторов и редакторов медицинской литературы.

ИЗДАТЕЛЬСТВО СПЕЦИАЛИЗИРУЕТСЯ НА ВЫПУСКЕ
учебной литературы для вузов и колледжей, атласов, руководств для врачей, переводных изданий

По вопросам издания рукописей обращайтесь в отдел по работе с авторами.
Тел. 8 (495) 921-39-07.

Учебное издание

Медик Валерий Алексеевич
Юрьев Вадим Кузьмич

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Главный редактор издательства *С.Ю. Кочетков*
Зав. редакцией *А.В. Андреева*
Выпускающие редакторы *Е.А. Бакалина, Д.А. Фомина, А.С. Митина*
Редактор *Н.П. Евтеева*
Корректор *М.Ю. Никитина*
Компьютерная верстка *А.И. Килимник*

Подписано в печать 28.10.2015.
Формат 60×90 $^{1}/_{16}$. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Объем 38 усл. печ. л.
Доп. тираж 2000 экз. Заказ № 1674

ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».
115035, Москва, ул. Садовническая, д. 9, стр. 4.
Тел.: 8 (495) 921-39-07.
E-mail: info@geotar.ru, http://www.geotar.ru.

Отпечатано в ППП «Типография "Наука"».
121099, Москва, Шубинский пер., д. 6.

ISBN 978-5-9704-3710-0

