

**Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Курский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения РФ»**

Кириченко Ю.Н.

***Общественное здоровье
и здравоохранение***

(Учебное пособие)

Курск - 2004

УДК 614 (075.8)
ББК 51.1(2)я 73

**Печатается по решению
редакционно-издательского
совета КГМУ**

Кириченко Ю.Н. Общественное здоровье и здравоохранение (Учебное пособие).- Курск: КГМУ, 2004. – 400 с.

Рецензенты:

Блинков Ю.А. – академик РАН, д.м.н., профессор, зав. каф. соц. работы и социально-психологической реабилитации.

Чухраев А.М. – д.м.н., профессор, главный врач Курской областной клинической больницы.

В учебном пособии отражены основные разделы учебной дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» в соответствии с новой программой и Госстандартом додипломного образования, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Пособие рассчитано на студентов и преподавателей медицинских вузов Центрально-Черноземного региона РФ.

Компьютерная верстка:
Пахомов А.В.
Пахомова Е.Ю.

ISBN

ББК 51.1(2)я 73

© Кириченко Ю.Н., КГМУ, 2004

Вместо предисловия

Дорогие коллеги, будущие врачи!

Настоящее издание учебного пособия к занятиям по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» имеет целью ознакомить вас с основными теоретическими, методическими и практическими вопросами изучаемого предмета. Это поможет вам более полноценно освоить основные методы изучения здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения, основ финансирования, социального и медицинского страхования, а также глубже познать организационно-правовые основы медицинской деятельности и приоритетные медико-социальные проблемы Российского и международного здравоохранения.

Происходящие преобразования в нашей стране во всех сферах её жизнедеятельности вполне закономерно вызывают необходимость внесения определённых изменений в систему здравоохранения, т.е. её реформирования. Основная цель проводимых реформ здравоохранения – это дальнейшее улучшение медицинского обслуживания населения, что требует совершенствования форм и методов подготовки студентов – будущих врачей, организаторов современного здравоохранения.

В своей практической работе вам придется не раз принимать решения по вопросам, связанным с изучением здоровья населения, санитарно-гигиеническим и противозидемическим состоянием окружающей среды, с вопросами родовспоможения, с экономическими и многими другими оценками своей профессиональной деятельности. Именно поэтому каждый выпускник нашего медицинского университета должен хорошо знать основные организационные принципы отечественного и зарубежного здравоохранения, в частности, знать работу отдельных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), и уметь организовать её, руководить коллективом медицинских работников. Все это требует углубленного изучения предмета общественного здоровья и здравоохранения. С этой целью, а также для укрепления знаний и навыков в этой области мы предлагаем вашему вниманию данное пособие, в котором кратко изложены основные положения учебного материала по подготовке врача-организатора здравоохранения и комплекс контрольных вопросов по соответствующим темам учебника.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Анализ и оценка общественного здоровья как основа планирования профилактических мероприятий по предупреждению неблагоприятного воздействия факторов окружающей среды на человека.

Применение методов статистического исследования при анализе конкретных проблем гигиенических дисциплин и эпидемиологии.

Анализ деятельности центров госсанэпиднадзора, оценка качества и эффективности профилактической и противозидемической работы.

Взаимодействие учреждений госсанэпидслужбы с лечебно-профилактическими учреждениями, органами местного самоуправления и здравоохранения, предприятиями, учреждениями, организациями и общественными объединениями в вопросах укрепления здоровья населения, в проведении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Роль врачей-гигиенистов и эпидемиологов в обеспечении социально-гигиенического мониторинга, проведении первичной, вторичной и третичной профилактики, в формировании здорового образа жизни, гигиеническом воспитании населения.

Участие специалистов службы госсанэпиднадзора в лицензировании и аккредитации медицинских учреждений.

Особенности работы и финансирования центров санэпиднадзора в новых экономических условиях.

КЛИНИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Анализ и оценка общественного здоровья с целью определения приоритетов в организации медицинской помощи населению.

Применение методов статистического исследования при анализе деятельности учреждений здравоохранения, отделений, врача.

Основные направления реформы первичной медико-социальной, скорой и неотложной, амбулаторно-поликлинической, стационарной, специализированной медицинской помощи взрослым и детям.

Организация лечебно-диагностического процесса. Медицинские технологии.

Роль врача в обеспечении качества медицинской помощи и рациональном использовании ресурсов здравоохранения (больничных коек, дневных стационаров, оборудования, лекарственных препаратов и т.д.).

Стандартизация в медицине и здравоохранении на примере конкретных служб и специализированных видов медицинской помощи.

Особенности организации экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности по специальностям.

Преимственность и взаимодействие врача-клинициста с коллегами по работе, с лечебно-профилактическими, диагностическими и вспомогательными подразделениями учреждения здравоохранения, с другими лечебно-профилактическими учреждениями всех этапов и уровней организации медицинской помощи населению, с центрами санэпиднадзора.

Роль врача в социальной и медицинской профилактике, гигиеническом воспитании населения, в формировании образа жизни у здоровых и лиц, страдающих хроническими заболеваниями (диабет, бронхиальная астма, язвенная болезнь, сердечно-сосудистая патология и т.д.).

Подготовка, переподготовка, самоподготовка, сертификация и аттестация врачебных кадров по специальностям.

Критический анализ медицинских технологий, инноваций и достижений отечественной и зарубежной медицины по конкретным специальностям.

Изучение учебного материала предусматривает следующую методику: сначала нужно внимательно прочесть содержание лекции и соответствующего раздела в пособии, затем приступить к выполнению контрольного задания на практическом занятии. Обдумайте контрольный вопрос (решите задачу), запишите свой полный ответ в тетрадь. Затем обязательно проверьте себя. Для этого просмотрите ранее прочитанный раздел и скорректируйте ответ, составьте наилучший вариант подхода к решению задачи.

Наш совет: старайтесь самостоятельно находить решения, самостоятельно работать. Мыслить и творить! Не бойтесь ошибок в обучении. Помните: на ошибках учатся!

Поделитесь своими знаниями и трудностями с товарищами по группе. Объясните друг другу учебный материал, поспорьте на эту тему. Результаты вашей работы должны стать известны преподавателю. Он оценит работу, ваши новые знания, навыки и даст окончательное разъяснение по каждой теме.

Такая система обучения и самообразования будет способствовать не только лучшему и более глубокому освоению знаний по нашей дисциплине, но, что не менее важно, она будет формировать у вас волевые качества, уверенность в себе, память, логическое мышление и способность убеждать других в своей правоте, а значит – формировать наиболее ценные качества вашей личности.

Автор выражает глубокую признательность Представительству ВОЗ в Российской Федерации, а также заведующим и профессорам содружественных кафедр ряда российских медицинских вузов: Санкт-Петербургского медицинского университета им. И.П. Павлова (Миняеву В.А.), Кубанской медицинской академии (Войцехович Б.А.), Российского университету дружбы народов (Кича Д.И.), Санкт-Петербургской медицинской академии им. И.И. Мечникова (Лучкевичу В.С.), Московского медико-стоматологического университета (Комарову Г.А.) и другим, материалы которых были использованы при написании данного учебного пособия.

*С уважением, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
КГМУ, докт. мед. наук, акад. МАНЭБ*

Ю.Н. Кириченко

Раздел 1. Общая часть.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДИСЦИПЛИНЫ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ». ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ.

Цели.

Студент должен

Знать:

- основные термины и понятия;
- теоретическую основу общественного здоровья и здравоохранения как научной дисциплины и предмета преподавания (задачи, предметы, методы, принципы);
- историю формирования и развития дисциплины;
- роль и место социальных и биологических факторов в формировании здоровья (общественного, группового, семейного, индивидуального) и организации здравоохранения;
- политику и основы законодательства в области охраны здоровья населения;
- основные направления реформы здравоохранения.

Уметь:

- дать определение научной дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение»;
- дать определение индивидуального и общественного здоровья;
- дать определение общественного здравоохранения;
- использовать полученные знания при обучении на профильных кафедрах и для совершенствования своей профессиональной деятельности.

Глава 1. Общественное здоровье и здравоохранение как научная и учебная дисциплина

Предмет «Общественное здоровье и здравоохранение» как самостоятельная медицинская наука изучает воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения с целью разработки профилактических мер по оздоровлению населения и совершенствованию медицинского обслуживания.

Изучение вопросов, связанных с общественным здоровьем и здравоохранением в учебном курсе, предусматривает определенную последовательность в усвоении предмета. Основой усвоения является знакомство с учением о социальных (общественных) закономерностях здоровья населения, факторах, его определяющих, теоретических основах здравоохранения. Далее следует усвое-

ние статистических методов изучения здоровья населения, знакомство с показателями здоровья населения и их анализом.

На следующем этапе изучаются организационные принципы, структура и функции отдельных видов медико-санитарного обслуживания, организационно-правовые основы медицинской деятельности. В заключение приобретаются навыки оценки и анализа, планирования и финансирования здравоохранения, а также методов контроля качества медицинских услуг и принципов обязательного медицинского страхования и, наконец, медицинская информатика и санитарное просвещение (рис. 1).



Рис. 1. Основные разделы предмета «Общественное здоровье и здравоохранение» и порядок их изучения.

Как видно из рисунка, современные задачи по улучшению общественного здоровья обязывают медицинских работников быть хорошо подготовленными к активному участию в решении социальных проблем медицины и здравоохранения.

В отличие от различных клинических дисциплин наш предмет изучает состояние здоровья не отдельных индивидуумов, а человеческих коллективов, социальных групп и общества в целом в связи с условиями жизни. При этом условия жизни, производственные отношения, как правило, являются определяющими для состояния здоровья людей.

Социальная медицина, являясь неотъемлемой частью общественного здоровья, выявляет закономерности развития народонаселения, исследует демографические процессы, прогнозирует перспективу, разрабатывает рекомендации по государственному регулированию численности населения, что крайне необходимо для планомерного развития экономики страны.

Вторая часть предмета и науки – *организация здравоохранения* - разрабатывает научно-обоснованные, наиболее оптимальные методы управления здравоохранением, новые формы и методы работы различных медицинских учреждений, пути улучшения качества медицинской помощи, управленческие проблемы в здравоохранении. Как следствие сказанного, определяет место и значение науки в дальнейшем совершенствовании здравоохранения, где ведущее значение имеет вопрос изучения эффективности влияния на здоровье населения тех мероприятий, которые проводит государство, и роли в этом здравоохранения и отдельных медицинских учреждений. Из сказанного следует, что *главной задачей здравоохранения является охрана здоровья граждан, т.е. общественного (группового) здоровья населения страны.*

Изучение предмета «Общественное здоровье и здравоохранение» даёт возможность раскрыть значение всей общественно-экономической жизни страны и определить пути совершенствования медицинского обслуживания населения.

Таким образом, в отличие от большинства медицинских и, прежде всего, клинических дисциплин, имеющих дело с отдельным человеком, индивидуумом и его здоровьем, наш предмет изучает здоровье и охрану (здравоохранение) его сообществ (популяций), групп людей, населения, т.е. он непосредственно сталкивается с общественными социальными проблемами и процессами, занимая, таким образом, место "средостения", моста между медициной и общественными дисциплинами, прежде всего социологией. Большинство определений нашего предмета подчеркивает именно это обстоятельство, называя его наукой о социальных проблемах, вопросах медицины, роли социальной среды, без учета понимания которых невозможно грамотно, эффективно решать задачи охраны, укрепления здоровья, организации медицинской помощи населению. С учетом этого, а также национального и зарубежного опыта к настоящему времени в нашей стране сложилась следующая структура (основная проблематика) предмета:

1. История здравоохранения.
2. Теоретические проблемы здравоохранения и медицины. Условия и образ жизни населения; санология (валеология); социально-гигиенические проблемы; общие теории и концепции медицины и здравоохранения.

3. Состояние здоровья населения и методы его изучения. Медицинская (санитарная) статистика.
4. Проблемы социальной помощи. Социальное обеспечение и страхование здоровья.
5. Организация медицинской помощи населению.
6. Планирование и финансирование здравоохранения.
7. Страхование медицина.
8. Управление здравоохранением. АСУ в здравоохранении.
9. Зарубежное здравоохранение; деятельность ВОЗ и других международных медицинских организаций (ЮНФПА – фонд ООН в области народонаселения; ЮНИСЕФ – фонд ООН в области материнства и детства).

Возникает вопрос: а зачем столько разделов и проблем в нашем предмете, если по-существу лишь два аспекта составляют его основу – общественное здоровье и здравоохранение? Однако при исследовании здоровья населения и разработке наиболее действенных способов его охраны и улучшения, нужно знать тенденции, закономерности его изменений, обусловленности, т.е. влияние на него условий и образа жизни населения (труда, питания, образования, воспитания, жилища, поведения людей, их взаимоотношений и психологических установок, социальной помощи и многих других социально гигиенических проблем). Надо изучать и знать наиболее оптимальные методы, приемы управления общественным здоровьем через рациональную организацию медицинской и медико-социальной помощи, реалистическое, сбалансированное (уравновешенное) распределение и использование сил и ресурсов здравоохранения с помощью научно-обоснованного планирования и достаточного финансирования. Надо знать воздействия других отраслей народного хозяйства и, прежде всего, социальной сферы, особенно социального страхования и социального обеспечения, а также необходимо осмысление теоретических проблем и категорий медицины и здравоохранения, в первую очередь, сущности здоровья и болезни. Следовательно, общественное здоровье и здравоохранение имеет свой предмет, объект исследования и изучения (социальная медицина и организация здравоохранения), а также совокупность методов и подходов, что отвечает современным требованиям и критериям определения ее как самостоятельной науки и предмета учебной дисциплины.

Причины возникновения нашей науки заключаются в появлении потребности научно-обоснованного объяснения природы, характера здоровья и болезней не только отдельного человека, но и населения – групп людей, их сообществ, введения этих проблем (т.е. вопросов общественного здоровья, а соответственно и социальной патологии) в систему медицинского образования с целью управления медико-санитарным делом, которое, в конечном счете, направлено на регулируемое воздействие, оказываемое различными институтами государства и общества на общественное здоровье (общественную патологию). Важнейшим условием реализации такой потребности стало научное доказательство природы наиболее распространенных, массовых заболеваний населения и социальной, общественной сущности здоровья людей. Все эти условия дали воз-

возможность возникновения и развития науки и учебной дисциплины общественного здоровья (социальной медицины) в качестве самостоятельных предметов со второй половины 19 века. Именно в это время в трудах Луи Пастера, Коха, Мечникова и других ученых было открыто происхождение многих инфекционных болезней и положено начало иммунологии. Среди новых наук и учебных дисциплин в 70-е годы 19 столетия формируется экспериментальная гигиена, которая разрабатывает учение о влиянии на организм физических, химических и биологических факторов внешней среды. Возникает интерес к изучению социальных условий, факторов, процессов по отношению к здоровью человека и его воспроизводству. Создаются первые научные гигиенические школы под руководством Доброславина и Эрисмана. В 1920 году в Берлинском университете, была учреждена первая кафедра социальной гигиены которую возглавил Альфред Гротьян.

Становление социальной гигиены в России связано с именами Семашко и Соловьева, по инициативе которых в медицинских институтах стали создаваться кафедры социальной гигиены. Первая такая кафедра была создана Семашко в 1922 году при медицинском факультете 1-го МГУ. В 1923 году под руководством Соловьева создается кафедра при 2-ом МГУ и под руководством Никитина при 1-ом Ленинградском медицинском институте. До 1929 года такие кафедры были организованы во всех медицинских институтах. В 1923 году был создан Институт социальной гигиены Наркомздрава РСФСР, который стал научно-организационной базой для всех кафедр социальной гигиены. В 1941 году кафедры социальной гигиены переименовываются в кафедры организации здравоохранения, что было связано с расширением и углублением исследований в области организации здравоохранения, направленных на разработку научно-обоснованных нормативов планирования здравоохранения, изучение потребности населения в различных видах медицинской помощи, а также с развитием комплексных исследований по изучению причин распространенности различных неинфекционных заболеваний, в частности сердечно-сосудистой патологии, злокачественных новообразований, травматизма. В 1966 году кафедры организации здравоохранения стали именоваться кафедрами социальной гигиены и организации здравоохранения; в 1986 году они переименовываются в кафедры социальной медицины и организации здравоохранения и в 2000 году – в кафедры общественного здоровья и здравоохранения.

Наша кафедра была создана 1940 году как кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения Курского медицинского института. Первым заведующим кафедрой был Манзон С.А. Основным научным направлением кафедры является проблема заболеваемости и инвалидизации населения области, определение путей ее профилактики и реабилитации, а также комплексный социально-гигиенический и медико-биологический подход в оценке здоровья взрослого и детского населения.

Исходя из сказанного, следует, что на современном этапе развития здравоохранения от врача требуется знание значительной суммы теоретических знаний и практических организационных навыков. Кроме того, каждый врач дол-

жен быть хорошим организатором своего дела, уметь четко организовывать работу подчиненного ему медицинского персонала, знать медицинское и трудовое законодательство; владеть элементами экономики и управления.

Как видите, в выполнении этой задачи важная роль принадлежит учебной дисциплине и науке в целом по изучению общественного здоровья и здравоохранения в системе высшей медицинской школы.

Контрольные вопросы.

1. Изучением каких вопросов занимается предмет "Общественное здоровье и здравоохранение"?
2. Какими вопросами занимается социальная медицина?
3. Изучением каких вопросов занимается организация здравоохранения?
4. Роль дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» в практической деятельности врача.
5. Определите структуру (основную проблематику) изучаемого предмета.
6. Вклад в становление нашей науки таких ученых как: Луи Пастер, Кох, Мечников, Доброславин, Эрисман.
7. Становление социальной гигиены в России.
8. Первые кафедры социальной гигиены как науки и предмета преподавания.
9. Кафедра общественного здоровья и здравоохранения КГМУ, её основные научные направления.

Глава 2. Основные принципы организации здравоохранения. Политика в области охраны здоровья населения.

Каковы составляющие хорошей системы здравоохранения? Что делает систему здравоохранения справедливой? Как мы определяем, работает ли система здравоохранения так хорошо, как она могла бы работать? Естественно, что ответы зависят от точки зрения отвечающего. Но из какого стандарта мы бы не исходили, очевидно, что в одних странах системы здравоохранения работают хорошо, а в других - плохо. Это связано не только с различиями в доходах или расходах, так как показатели результативности могут быть весьма различными, даже в странах с сопоставимыми уровнями расходов на здравоохранение. Различие между хорошо работающей системой здравоохранения и той, которая не оправдывает ожиданий, может измеряться показателями смертности, инвалидности, заболеваемости, унижения и отчаяния. И если те, кто отвечает за принятие решений, будут действовать на основе показателей результативности, им

необходимо располагать четким пониманием основных функций, которые ложатся на систему здравоохранения.

Сегодня и каждый день жизнь большого числа людей находится в руках системы здравоохранения. С момента благополучных родов здорового ребенка и до момента оказания достойной помощи слабым пожилым людям системы здравоохранения несут на себе жизненно важную непрерывную ответственность перед людьми на протяжении всей их жизни. Эти системы чрезвычайно важны для здорового развития как отдельных лиц, семей, так и общества в целом. Действия в интересах здоровья – это любой вид помощи: будь то индивидуальная помощь или услуги в сфере общественного здравоохранения, главная задача которых заключается в сохранении и улучшении здоровья. Этот вывод корреспондируется с принятым определением здравоохранения как системы «социально-экономических и медицинских мероприятий, имеющих цель сохранить и повысить уровень здоровья каждого отдельного человека и населения в целом» (БМЭ, 3 изд., т. 8, с. 347).

История развития здравоохранения, как и медицины в целом, указывает на то, что это развитие происходило в соответствии с определенными предпосылками, исходными позициями, характерными для каждого исторического периода – определенными теоретическими и организационными принципами, которые складывались в процессе формирования экономических, политических, административных и прочих структур общества и его систем здравоохранения.

Одним из определяющих принципов современного здравоохранения является сохранение здоровья здоровых, что позволяет придать приоритет государственной и общественной деятельности в области профилактики заболеваний. Так, еще на первом съезде медико-санитарных отделов в июне 1918 года были обсуждены и приняты принципы здравоохранения советской республики: государственный характер, плановое развитие, единство, санитарная самодеятельность населения – его активное участие в здравоохранении, прежде всего, – профилактическое направление. Именно такие «основные принципы» считались теоретическим и организационным базисом – своего рода вектором развития здравоохранения в советский период. Как показал опыт, они имеют прямое отношение не только к здравоохранению в нашей стране, но и во многом – к здравоохранению любой страны – к развитию национального здравоохранения. Это подтвердило коллективное решение Всемирной Ассамблеи здравоохранения ВОЗ на ее 23 сессии в 1970 году. На этой ассамблее по инициативе делегации нашей страны была принята резолюция (ВАЗ 23.61), обобщающая опыт здравоохранения в СССР и ряде других стран, – «Основные принципы развития национального здравоохранения». До сих пор эта резолюция рассматривается как один из ведущих, стратегических документов ВОЗ. Так, в V Общей программе ВОЗ на 1973-1977 гг., со ссылкой на резолюцию ВА3 23.61, подчеркивалось: «Всемирный опыт показывает, что имеется ряд основных принципов, соблюдение которых обеспечивает оптимальное развитие национальных систем здравоохранения».

Действительно, становление и развитие здравоохранения в любой стране, если ее правительство, общественные структуры берут на себя ответственность за реализацию социальной политики в области здравоохранения, использует названные и другие основные принципы охраны здоровья населения. В этом случае главными исходными позициями (принципами) становятся государственная, общественная ответственность за охрану и укрепление здоровья, профилактическая направленность, участие населения в здравоохранении.

Вместе с тем, в связи с коренными социально-экономическими и политическими переменами, созданием рыночной экономики и прочего в жизни нашего общества сегодня нужно видеть и новые процессы, новые принципы, которые не отменяют, а дополняют и реформируют прежние. Однако следует заметить, что важнейшим практическим вопросом при всех переменах продолжают оставаться государственные гарантии в охране здоровья граждан. Государственные гарантии в области охраны здоровья населения в современных условиях по характеру патологии носят не столько медицинский, сколько социальный и политический характер. Государство обязано предоставлять гарантии в отношении охраны здоровья своим гражданам независимо от формы организации медицинской помощи или финансирования здравоохранения.

Важным шагом в осуществлении целенаправленной политики развития и реформирования здравоохранения стала одобренная в 1997 году Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации. В ней отмечено, что система здравоохранения РФ должна сохранять в новых условиях основные характеристики: 1) нацеленность на сохранение и улучшение здоровья многонационального народа России; 2) обеспечение всеобщности, социальной справедливости и доступности медицинской помощи при реализации законных прав граждан в сфере здравоохранения вне зависимости от их социального статуса, уровня дохода и места жительства.

Целью реализации Концепции должно являться сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения РФ.

Данная цель будет достигнута при решении следующих задач: 1) увеличение объема мероприятий медицинской профилактики; 2) восстановления утраченного здоровья в более короткие сроки путем предоставления населению качественной и общедоступной медицинской помощи; 3) повышение эффективности использования ресурсов в здравоохранении.

Принципы реализации Концепции заключаются в профилактической направленности, единстве медицинской науки и практики здравоохранения, экономической эффективности функционирования учреждений здравоохранения, участии населения в решении вопросов охраны здоровья. Основные направления в совершенствовании организации медицинской помощи ориентированы на перенос объемов помощи из дорогостоящего стационарного сектора в амбулаторный, развитие первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) на базе врачебных практик с целью повышения эффективности системы здравоохранения. Особая роль отводится развитию института врача общей (семейной) практики.

В поликлиниках при этом должна развиваться консультативно-диагностическая служба со специализированными лабораториями и диагностическим оборудованием. На их базе могут быть развернуты отделения реабилитации и терапии, службы ухода, дневные стационары, центры амбулаторной хирургии и медико-социальной помощи. Такая организация будет способствовать повышению качества медицинской помощи. В конечном итоге будет построена модель, наиболее полно отвечающая потребности населения и требованиям медицинской и экономической эффективности.

Стационарная помощь также нуждается в серьезной реорганизации, для чего нужна разработка соответствующей правовой базы и соответствующих федеральных, региональных и муниципальных программ. Это должно быть достигнуто путем снижения необоснованной госпитализации, а также сокращения длительности госпитального этапа за счет структурной реорганизации стационаров по степени интенсивности лечебно-диагностического процесса с одновременным расширением объемов медицинской помощи в стационарах дневного или краткосрочного пребывания и внедрения стационарзамещающих технологий. При осуществлении реструктуризации больниц следует предусматривать распределение коечной мощности в зависимости от интенсивности лечебно-диагностического процесса: 1) интенсивного лечения – до 15%; 2) восстановительного лечения – до 50%; 3) длительного лечения больных хроническими заболеваниями – до 20%; 4) медико-социальной помощи – до 15%.

Немаловажная роль отводится в Концепции развитию медицинской науки, основными задачами которой являются:

1) формирование долговременной стратегии сохранения и укрепления здоровья населения, разработка научных основ борьбы с наиболее распространенными заболеваниями;

2) получение на основе фундаментальных исследований новых и углубление имеющихся знаний о структуре и функциях здорового и больного организма человека, его жизнедеятельности и адаптации к условиям окружающей, в том числе социальной, среды;

3) разработка новых медицинских технологий профилактики, диагностики и лечения болезней, восстановления утраченного здоровья, увеличения продолжительности активного периода жизни человека;

4) разработка новых схем организации медицинской помощи и управления здравоохранением;

5) создание банка данных современных медицинских технологий.

Решение этих задач возможно путем разграничения функций заказчика научных исследований и их исполнителя. Такой подход приведет к исключению дублирования исследований, распыления средств на мелкие и малозначимые разработки и сосредоточению средств на научных темах, способных принести ощутимую теоретическую и практическую пользу. На Российскую Академию медицинских наук возложены функции определения и разработки важнейших направлений фундаментальных и прикладных медицинских научных

исследований, их организации и координации, подготовки высококвалифицированных научных кадров.

Министерство здравоохранения РФ определяет приоритеты на научные разработки прикладного характера. Оно является государственным заказчиком федеральных и отраслевых программ в области здравоохранения и координирует все федеральные программы, касающиеся охраны здоровья населения и научного обеспечения государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Министерство здравоохранения РФ и РАМН совместно в рамках Бюро межведомственных научных советов осуществляют комплексную экспертизу федеральных и отраслевых научных программ, представляют свои рекомендации Правительству РФ по внедрению и эффективному использованию в практике достижений медицинской науки.

Вопросы кадровой политики должны решаться с учетом изменений, происходящих во всех сферах здравоохранения. Одним из условий более точного определения уровня профессиональной подготовки специалистов в условиях единого образовательного пространства должно стать совершенствование системы итоговой государственной аттестации выпускников медицинских и фармацевтических образовательных учреждений, а также сертификация специалистов отрасли, введение трехуровневой системы подготовки. Необходимо расширить объемы подготовки врачей общей практики.

Основным направлением реализации государственной политики в области лекарственной помощи гражданам является гарантированное лекарственное, в том числе льготное, обеспечение амбулаторной и стационарной медицинской помощью в объеме и на условиях федеральной и территориальных программ государственных гарантий.

Определяющим уровнем системы управления здравоохранением страны является законодательный, состоящий из федерального и регионального законодательств, представляющих единую согласованную систему, построенную на единых принципах, заданных Конституцией РФ. Задачи законотворческой деятельности состоят в дальнейшем развитии конституционных принципов обеспечения прав граждан на медицинскую помощь и охрану здоровья, совершенствовании действующего законодательства в области здравоохранения. Законодательство в здравоохранении имеет целью:

- 1) государственное строительство;
- 2) обеспечение гарантий прав граждан на федеральном, субъекта Федерации и муниципальном уровнях;
- 3) обеспечение решения актуальных проблем медицинской помощи и профилактики заболеваний.

Важнейшими элементами проведения государственной политики в области здравоохранения РФ продолжают оставаться государственные гарантии в отношении охраны здоровья своих граждан независимо от формы организации медицинской помощи или финансирования здравоохранения. В Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ отмечено, что оказание

медицинской помощи населению проводится в рамках государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью.

Программа государственных гарантий, утвержденная Правительством РФ, представляет собой комплекс нормативных документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов, условий предоставления и финансирования медицинской помощи, оказываемой населению бесплатно, за счет средств бюджетов всех уровней, средств обязательного медицинского страхования и других поступлений. В рамках программы государственных гарантий гражданам РФ бесплатно предоставляются скорая медицинская помощь, амбулаторно-поликлиническая помощь, включая профилактическую и стационарную.

Главным направлением совершенствования системы управления, отмеченным в Концепции, становится обеспечение ее целостности за счет единых для здравоохранения РФ систем планирования, нормирования, стандартизации, лицензирования, сертификации, единой технологической, технической и кадровой политики. Важнейшим элементом проведения государственной и муниципальной политики в области здравоохранения является единая система стратегического и текущего планирования, обеспечивающая рациональную организацию здравоохранения в современных социально-экономических условиях. Для обеспечения целостности системы планирования здравоохранения необходимо, чтобы каждый субъект РФ принимал план развития здравоохранения с учетом целей социально-экономического развития региона, контрольных цифр федеральных планов и программ, анализа состояния здоровья населения регионов, имеющихся ресурсов здравоохранения и оценки эффективности их использования. В этой связи, положительное влияние на обеспечение целостности здравоохранения на уровне субъектов РФ должна оказать система обязательного медицинского страхования как интегрированная система финансирования медицинской помощи в рамках государственных гарантий.

План развития здравоохранения устанавливает перед здравоохранением субъекта Федерации задачи, обеспечивающие достижение социально-экономических целей развития региона. В этом плане должны быть определены (как по основным службам здравоохранения, так и для муниципальных образований):

- 1) показатели здоровья населения, в достижение которых должна внести вклад система здравоохранения как часть системы охраны здоровья;
- 2) плановый объем финансовых ресурсов, выделяемых здравоохранению, общие принципы финансирования и показатели эффективности деятельности отрасли;
- 3) принципы совершенствования системы управления здравоохранением;
- 4) основные направления профилактической деятельности.

Подводя итоги всему сказанному, можно утверждать, что политика в области охраны здоровья населения в РФ определяется следующими основными принципами:

1) ответственность общества и государства за охрану и укрепление здоровья населения, создание общественной системы, интегрирующей деятельность учреждений и организаций всех форм собственности, всех форм и структур (государственных, муниципальных, частных, страховых и др.), гарантирующей охрану и укрепление здоровья населения;

2) обеспечение со стороны государства и общества всех граждан общедоступной, квалифицированной медицинской помощью, бесплатной по ее основным видам;

3) сохранение и развитие социально-профилактического направления охраны и укрепления здравоохранения на основе санитарно-гигиенических, противоэпидемических, общественных и индивидуальных мер формирования здорового образа жизни, охраны и воспроизводства здоровья здоровых – санологии (валеологии);

4) личная (персональная) ответственность за свое здоровье и здоровье окружающих;

5) интеграция охраны здоровья в комплексе мер (программ) по защите, охране окружающей среды, экологической, демографической, ресурсосберегательной и ресурсоохранной политике;

6) сохранение и развитие планирования (программирования) в соответствии с целями (целевое планирование) и задачами развития общества и государства, стратегии здравоохранения как отрасли государства и функции общества на основе междисциплинарного подхода;

7) интеграция науки и практики здравоохранения. Использование достижений науки в практике здравоохранения;

8) развитие медицинской самодеятельности – участия населения в охране здоровья;

9) охрана и улучшение здоровья как интеграционная задача, глобальная проблема, сфера международного сотрудничества;

10) гуманизм медицинской профессии, соблюдение норм и правил врачебной этики и медицинской деонтологии.

Следуя этим принципам, есть вполне реальная возможность привести к поступательному и стабильному развитию национального здравоохранения в ближайшие 10-20 лет, то есть к 2010-2020 году.

Контрольные вопросы.

1. Здравоохранение как система мероприятий по сохранению, укреплению и восстановлению здоровья населения.
2. «Основные принципы развития национального здравоохранения» как один из ведущих стратегических документов ВОЗ.
3. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в РФ – целенаправленная политика развития и реформирования здравоохранения.

4. Цель и задачи реализации концепции.
5. Принципы и основные направления реализации концепции.
6. Основные задачи развития медицинской науки, отраженные в концепции.
7. Законодательная база здравоохранения.
8. Основы политики отечественного здравоохранения.
9. Совершенствование системы управления государственной и муниципальной политики в области здравоохранения.

Глава 3. Законодательство РФ об охране здоровья граждан и проблемы здравоохранения в важнейших общественно-политических и государственных документах.

Здоровье есть высшее неотчуждаемое первостепенное благо человека, без которого в той или иной степени утрачивают значение многие другие блага, ценности, поскольку нездоровый человек в значительной степени ограничен в выборе профессии, занятия предпринимательством, передвижении и выборе места жительства.

В законодательстве РФ дается определение «охраны здоровья» как совокупности мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его активной долголетней жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья (статья 1 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, 1993 год № 5487-1). Это определение полностью отображает определение категории «здоровья» данного ВОЗ.

Право на охрану здоровья в РФ возведено в конституционный ранг. Статья 41 Конституции РФ гласит: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь». Данная конституционная норма соответствует положению статьи 25 Всеобщей декларации прав человека и статьи 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, в соответствии с которыми государство обязано обеспечивать охрану здоровья своих граждан и медицинскую помощь нуждающимся в ней. Эта функция государства осуществляется определенными обязательствами и гарантирует охрану здоровья гражданам РФ в соответствии с Конституцией, Федеральными законами и иными нормативно-правовыми актами РФ, законами и нормативно-правовыми актами субъектов РФ.

Законодательное регулирование вопросов охраны здоровья является чрезвычайно важным фактором в решении проблемы здоровья населения в РФ. Оно, с одной стороны, дает возможность гражданам защищать свои права на охрану здоровья, а, с другой, органам государственной власти и управления - владеть ситуацией, влиять на неё, предпринимать меры по созданию социально-экономических условий нормального физического развития, воспитания и

образования, способствовать развитию сети организаций и служб медицинской помощи.

Мощным толчком к развитию законодательства в области охраны здоровья в РФ явилось принятие резолюции Всемирной ассамблеей здравоохранения ВОЗ на ее 23 сессии в 1970 году (ВАЗ 23.61), обобщившей опыт строительства здравоохранения в СССР и ряде других стран, «Основные принципы развития национального здравоохранения», включившей в себя следующие положения:

1. О провозглашении ответственности государства, общества за охрану здоровья.

2. Организация рациональной подготовки национальных кадров здравоохранения и сознания всеми медицинскими работниками своей высоко социальной ответственности перед обществом.

3. Развитие здравоохранения, в первую очередь, на основе проведения мер, направленных на развитие общественной и индивидуальной профилактики.

4. Обеспечение всему населению страны наивысшего возможного уровня квалифицированной, общедоступной, профилактической и лечебной помощи.

5. Широкое использование в каждой стране достижения медицинской науки и практики здравоохранения.

6. Санитарное просвещение и привлечение к участию в проведении всех программ широких кругов населения, являющееся выражением личной и коллективной ответственности всех членов общества за охрану здоровья людей.

До сих пор эта резолюция рассматривается как один из ведущих, стратегических документов ВОЗ.

Конституция РФ 1993 года впервые в истории нашей страны провозгласила приоритет международных норм права, создав тем самым условия для реализации международных обязательств в области охраны здоровья граждан как неотъемлемого условия жизни общества.

В июле того же 1993 года Постановлением Верховного Совета РФ приняты «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», которые включают 12 разделов и 69 статей:

Раздел 1. Общие положения

Статья 1. Охрана здоровья граждан.

Статья 2. Основные принципы охраны здоровья граждан.

Статья 3. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Статья 4. Задачи законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Раздел 2. Компетенция в области охраны здоровья граждан Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга и органов местного самоуправления

Статья 5. Компетенция Российской Федерации.

Статья 6. Компетенция республик в составе Российской Федерации.

Статья 7. Компетенция автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Статья 8. Компетенция органов местного самоуправления.

Раздел 3. Организация охраны здоровья граждан в Российской Федерации

Статья 9. Полномочия высших органов государственной власти и управления Российской Федерации в области охраны здоровья граждан.

Статья 10. Финансирование охраны здоровья граждан.

Статья 11. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения.

Статья 12. Государственная система здравоохранения.

Статья 13. Муниципальная система здравоохранения.

Статья 14. Частная система здравоохранения.

Статья 15. Порядок и условия выдачи лицензий предприятиям, учреждениям и организациям государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения.

Статья 16. Комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан.

Раздел 4. Права граждан в области охраны здоровья

Статья 17. Право граждан Российской Федерации на охраны здоровья.

Статья 18. Право иностранных граждан, лиц без гражданства и беженцев на охрану здоровья.

Статья 19. Право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье.

Статья 20. Право граждан на медико-социальную помощь.

Статья 21. Охрана здоровья граждан, занятых отдельными видами профессиональной деятельности.

Раздел 5. Права отдельных групп населения в области охраны здоровья

Статья 22. Права семьи.

Статья 23. Права беременных женщин и матерей.

Статья 24. Права несовершеннолетних.

Статья 25. Права военнослужащих, граждан, подлежащих призыву на военную службу и поступающих на военную службу по контракту.

Статья 26. Права граждан пожилого возраста.

Статья 27. Права инвалидов.

Статья 28. Права граждан при чрезвычайных ситуациях и в экологически неблагоприятных районах.

Статья 29. Права лиц, заключенных под стражу, отбывающих наказание в местах лишения свободы либо административный арест, на получение медицинской помощи.

Раздел 6. Права граждан при оказании медико-социальной помощи

Статья 30. Права пациента.

Статья 31. Право граждан на информацию о состоянии здоровья.

Статья 32. Согласие на медицинское вмешательство.

Статья 33. Отказ от медицинского вмешательства.

Статья 34. Оказание медицинской помощи без согласия.

Раздел 7. Медицинская деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека

Статья 35. Искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона.

Статья 36. Искусственное прерывание беременности.

Статья 37. Медицинская стерилизация.

Раздел 8. Гарантии осуществления медико-социальной помощи гражданам

Статья 38. Первичная медико-санитарная помощь.

Статья 39. Скорая медицинская помощь.

Статья 40. Специализированная медицинская помощь.

Статья 41. Медико-социальная помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями.

Статья 42. Медико-социальная помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

Статья 43. Порядок применения новых методов профилактики, диагностики, лечения, лекарственных средств и проведения биомедицинских исследований.

Статья 44. Обеспечение населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами.

Статья 45. Запрещение эвтаназии.

Статья 46. Определение момента смерти человека.

Статья 47. Изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации.

Статья 48. Проведение патолого-анатомических вскрытий.

Раздел 9. Медицинская экспертиза

Статья 49. Экспертиза временной нетрудоспособности.

Статья 50. Медико-социальная экспертиза.

Статья 51. Военно-врачебная экспертиза.

Статья 52. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы.

Статья 53. Независимая медицинская экспертиза.

Раздел 10. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников

Статья 54. Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью.

Статья 55. Порядок и условия выдачи лицам лицензий на определённые виды медицинской и фармацевтической деятельности.

Статья 56. Право на занятие частной медицинской практикой.

Статья 57. Право на занятие народной медициной (целительством).

Статья 58. Лечащий врач.

Статья 59. Семейный врач.

Статья 60. Клятва врача.

Статья 61. Врачебная тайна.

Статья 62. Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации.

Статья 63. Социальная и правовая защита медицинских и фармацевтических работников.

Статья 64. Оплата труда и компенсации.

Раздел 11. Международное сотрудничество.

Статья 65. Международное сотрудничество в области охраны здоровья граждан.

Раздел 12. Ответственность за причинение вреда здоровью граждан

Статья 66. Основания возмещения вреда, причиненного здоровью граждан.

Статья 67. Возмещение затрат на оказание медицинской помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий.

Статья 68. Ответственность медицинских и фармацевтических работников за нарушение прав граждан в области охраны здоровья.

Статья 69. Право граждан на обжалование действий государственных органов и должностных лиц, ущемляющих права и свободы граждан в области охраны здоровья.

«Основы» прошли экспертизу авторитетных международных здравоохранительных и правозащитных организаций. В них определяются основные принципы здравоохранения в РФ:

1. Ответственность общества и государства за охрану и укрепление здоровья населения, создание общественной системы, интегрирующей деятельности учреждений и организаций всех форм собственности, всех форм и структур (государственных, муниципальных, частных, страховых и др.), гарантирующей охрану и укрепление здоровья населения (раздел 1, статья 1,3,4; раздел 2 статья 5,6,7,8; раздел 3, статья 9,12,13,14).

2. Обеспечение со стороны государства и общества всех граждан общедоступной, квалифицированной медицинской помощи, бесплатной по ее основным видам (раздел 3, ст. 10; раздел 4, ст. 17,18,20, 21; раздел 5, ст. 22-29; раздел 8, ст. 38-42, 44).

3. Сохранение и развитие социально-профилактического направления охраны и укрепления здравоохранения на основе санитарно-гигиенических, противоэпидемических, общественных и индивидуальных мер, формирования здорового образа жизни, охраны и воспроизводства здоровья здоровых - санологии (валеологии) – (раздел 1, ст. 2; раздел 3, ст.11; раздел 5, ст. 22,23,24; раздел 7, ст. 35,36).

4. Личная (персональная) ответственность за свое здоровье и здоровье окружающих (раздел 6, ст. 30-34; раздел 7, ст. 35-37; раздел 8, ст. 42,43; раздел 5, ст. 22).

5. Интеграция охраны здоровья в комплексе мер (программ) по защите, охране окружающей среды, экологической, демографической, ресурсосберегательной и ресурсоохранной политике (раздел 4, ст. 19,21; раздел 5, ст. 24).

6. Охрана и улучшение здоровья как интернациональная задача, глобальная проблема, сфера международного сотрудничества (раздел 11, ст. 65).

7. Гуманизм медицинской профессии, соблюдение норм и правил врачебной этики и медицинской деонтологии (раздел 6, ст. 30,33; раздел 8, ст. 45,47,48; раздел 10, ст. 60, 61; раздел 12, ст. 66,67,68).

Анализ существующего законодательства РФ показывает, что МЗРФ в настоящее время является основной организацией, формирующей политику укрепления здоровья населения, организующей, контролирующей, координирующей деятельность по данной проблеме. Так, МЗ в последние годы были приняты ведомственные документы, создающие структурно-функциональную базу для решения вопросов укрепления здоровья. К таковым относятся следующие приказы МЗ России, которые формируют направление деятельности на федеральном и региональном уровнях:

1. Приказ «О мерах по профилактике курения в РФ» от 27.05.97 № 168.

2. Приказ «О создании Центра и региональных групп мониторинга вредных привычек среди детей и подростков» от 05.08.97 № 232.

3. Приказ «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения в области гигиенического обучения и воспитания населения РФ» от 06.10.97 № 295.

4. Приказ «О создании Координационного центра и региональных кабинетов профилактики неинфекционных заболеваний и факторов риска» от 26.11.97 № 344.

5. Приказ «О создании научно-методического Центра по лечению табачной зависимости» от 10.12.97 № 366.

6. Приказ «О мерах по реализации постановления Правительства РФ» от 01.06.2000 № 426 «Об утверждении Положения о социально-гигиеническом мониторинге».

7. Приказ «О совершенствовании системы расследования и учета профессиональных заболеваний в РФ» от 28.05.2001 № 176.

8. Приказ «Об организации медицинского обеспечения подготовки граждан РФ к военной службе» от 23.05.2001 № 240/168.

9. Приказ «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем» от 30.07.2001 № 291.

10. Приказ «О направлении больных на санитарно-курортное лечение» от 14.06.2001 № 215.

И это лишь малая часть приказов МЗ России, относящаяся к важнейшим проблемам здоровья населения страны. Каждый приказ адресован руководителям органов здравоохранения не только федерального, но и регионального уровня, сопровождается положением о деятельности создаваемых центров, на базе которых организуются обучающие семинары для специалистов по поднимаемым проблемам.

Еще одним немаловажным фактором развития законодательства в области охраны здоровья населения в РФ явились ратифицированные Советским Союзом в 1989–1992 годах Международные документы: «Конвенция ООН о

правах ребенка» и «Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей», которые определили улучшение здоровья и питания детей первостепенной обязанностью любого государства. Особое внимание в них обращается на необходимость проявления заботы, оказания поддержки в решении проблем детей–инвалидов, а также других детей, находящихся в крайне трудных условиях жизни.

В целях реализации международных обязательств в 1991 году был разработан международный «План действий по осуществлению Деклараций об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е годы». Содержание текста этого документа свидетельствует о намерениях на национальном и международном уровнях принимать решительные меры с тем, чтобы укрепить здоровье ребенка, стремиться обеспечить оптимальный рост и развитие в детстве на основе мер, направленных на устранение голода и недоедания. Содействовать уважению роли семьи в обеспечении питания и лечения детей, поддерживать усилия родителей, других попечителей и общин в этих вопросах. Государства, подписавшие Декларацию, обязались на всех уровнях стремиться принимать совместные меры по защите окружающей среды, чтобы все дети могли жить в более безопасном и экономически здоровом будущем. В числе конкретных мер названы действия по координации усилий всех стран в области защиты окружающей среды, в обеспечении чистой питьевой водой, борьбе с «управляемыми инфекциями».

Чрезвычайно важно, что Государства-участники, подписавшие конвенцию о правах ребенка, среди которых и РФ, согласились с определением возраста 18 лет, до достижения которого лицо считается ребенком (ст. 1 Конвенции). Государства-участники обязались обеспечить «в максимально возможной степени выживание, здоровье и развитие ребенка», обеспечить ребенку такую защиту и заботу, которые необходимы для его благополучия, принимая во внимание права и обязанности его родителей, опекунов или других лиц, несущих за него ответственность по закону и с этой целью принимать все соответствующие законодательные административные меры (ст. 3,6 Конвенции о правах ребенка).

В соответствии с этими договоренностями в РФ только за период с 1993 по 1997 год было принято около 100 законов, Указов президента, Постановлений Правительства, подтвержденных Конституцией, по защите прав детей, которые, так или иначе, затрагивают различные стороны жизни и здоровья детей. Существующее на сегодняшний день законодательство достаточно полно и последовательно отражает права подростков на охрану с учетом рекомендаций ВОЗ, международных обязательств и факторов, влияющих на здоровье.

Право подростков на охрану здоровья состоит по существу как бы из нескольких прав, обеспечивающих охрану окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения, обеспечения их полноценным доброкачественным питанием, а также предоставление подросткам доступной информации о состоянии здоровья и факторах, влияющих на него:

1. Право на благоприятную окружающую среду.

Ст. 42 Конституции РФ гарантирует подросткам право на благоприятную окружающую среду, достоверную информацию о ее состоянии и на возмещение ущерба, причиненного его здоровью или имуществу экологическим правонарушением.

Российское законодательство не дает определения «благоприятная окружающая среда», однако в законодательстве сделаны ссылки на нормативы, требования и стандарты, в соответствии с которыми происходит оценка ее состояния.

Право граждан на охрану от воздействия неблагоприятных условий внешней среды закреплено также в Законе РСФСР от 19.12.1991 года «Об охране окружающей среды», где указывается, что это право обеспечивается через: «планирование и нормирование качества окружающей природной среды, меры по предотвращению экологически вредной деятельности и оздоровление окружающей природной среды, предупреждение и ликвидацию последствий аварий, катастроф, стихийных бедствий; предоставление каждому реальных возможностей для проживания в условиях благоприятной для жизни и здоровья окружающей среды». Более того, гарантируется возмещение в судебном и административном порядке вреда, причиненного здоровью граждан в результате загрязнения окружающей среды и иных вредных воздействий на нее, в том числе последствий аварий и катастроф. В соответствии с законодательством Государство гарантирует государственный контроль за состоянием окружающей природной среды и соблюдением природоохранительного законодательства; привлечение к ответственности лиц, виновных в нарушении требований обеспечения экологической безопасности населения.

В субъектах РФ в дополнение к федеральным приняты свои законы: «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Якутия, Чувашия, Краснодарский край, Калужская, Тюменская и др. области), а в Пермской области принят закон «Об охране окружающей среды».

На защиту от вредного влияния факторов внешней среды, создание благоприятных условий жизни, труда, быта, образования и отдыха, производство и реализацию доброкачественных продуктов направлено действующее законодательство «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «О питьевой воде», «Об атмосферном воздухе», «О защите населения от радиационного загрязнения» и т.д. На предупреждение возникновения массовых заболеваний у подростков, против которых имеются специфические методы защиты, направлен федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней человека», а в ряде областей действуют свои законы «О вакцинопрофилактике», «О профилактике туберкулеза» и т.д.

2. Право на благоприятные условия обучения.

Существующее законодательство предоставляет несовершеннолетним право на благоприятные условия обучения.

Ст. 24 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» гласит, что несовершеннолетние имеют право «на обучение и труд в условиях, отве-

чающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья, и исключая воздействие на них неблагоприятных факторов».

В соответствии с законодательством учебная нагрузка, режим занятий обучающихся определяются на основе рекомендаций, согласованных с органами здравоохранения. Законодательство предоставляет возможность органам государственной власти и местного самоуправления создавать специальные оздоровительные образовательные учреждения для часто и длительно болеющих детей.

3. Право на информацию о здоровье и факторах, влияющих на него.

Право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье, закреплено в ст. 19, 24 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», в соответствии с которыми несовершеннолетние имеют право на «получение необходимой информации о состоянии здоровья в доступной для них форме».

4. Право на образование по вопросам охраны здоровья.

Окружающая обстановка и среда оказывают чрезвычайно большое воздействие на формирование образа жизни, так называемых «вредных привычек», среди которых особенно распространены курение, потребление алкоголя, наркотических и токсических веществ. В этих условиях большое значение отводится воспитанию и образованию. Обеспечению «доступа к образованию и поддержке в использовании этих знаний», развития просветительной работы и услуг в области профилактической медицинской помощи отводится большое значение в международных документах (Конвенция о правах ребенка, ст. 24).

В Российском законодательстве эти положения закреплены в «Семейном Кодексе РФ», Законе «Об образовании», «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан» (ст. 19, 28, 31). Действующее Российское законодательство определяет не только роль родителей, школы, самих подростков в охране здоровья, но и не умаляет роль работников здравоохранения. В соответствии с законодательством медицинские работники должны быть идеологами пропаганды здорового образа жизни. На формирование ответственного отношения к здоровью нацелена и «Концепция гигиенического воспитания», разработанная МЗ. Основная идея «Концепции» - привлечь медицинских работников всех профилей, широкую сеть различных органов и организаций здравоохранения, общественность к активной работе с населением, особенно с подростками и их родителями по вопросам сохранения здоровья и формирования культуры здоровья в обществе в целом.

5. Право подростков на льготное питание.

В законодательстве РФ подчеркивается роль питания в комплексе мер по охране здоровья подростков (ст. 24 «Основ»). В настоящее время в Государственной Думе проводится работа над законопроектом «О качестве и безопасности пищевых продуктов», «О гарантиях по обеспечению прав детей».

6. Право на труд в безопасных условиях.

В числе нормативных актов, регулирующих социально-трудовые права подростков, следует назвать кодекс законов о труде РФ (КЗОТ), основы законодательства об охране труда. В законодательстве определен возраст 15 лет, по

достижении которого допускается прием на работу. В ст. 173 отмечается, что для подготовки молодежи к производственному труду допускается прием на работу обучающихся в общеобразовательных учреждениях начального и среднего профессионального образования по достижении ими 14-летнего возраста только для выполнения легкого труда, не причиняющего вреда здоровью, в свободное от учебы время, с согласия родителей, усыновителей или попечителя.

Ст. 174 предоставляет несовершеннолетним льготы по продолжительности рабочего времени, предоставлению отпусков.

С целью охраны труда и своевременного выявления заболеваний законодательство предусматривает ежегодные профилактические осмотры, ежегодные оплачиваемые отпуска продолжительностью не менее 31 календарного дня в любое удобное для несовершеннолетних (до 18 лет) время.

7. Право на медицинскую помощь.

Конституция РФ гарантирует право граждан, в том числе и подросткам, на бесплатную медицинскую помощь в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения (ст. 41). Нашли отражение в законодательстве и международные обязательства по реализации ст. 24 «Конвенции» о праве ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения, средствами лечения болезней и восстановления здоровья. Правам несовершеннолетних посвящена ст. 24 «Основ», в соответствии с которой, в интересах охраны здоровья несовершеннолетние имеют право на: диспансерное наблюдение и лечение в детской и подростковой службах; медико-социальную помощь и питание на льготных условиях. В ст. 32 «Основ» записано право несовершеннолетних в возрасте старше 15 лет на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство.

Законодательство РФ предоставляет несовершеннолетним с недостатками физического или психического развития право на содержание в учреждениях системы социальной защиты и полноценное медицинское обеспечение (ст. 27 «Основ»).

8. Право на возмещение вреда здоровью.

Существующее законодательство (раздел 12 «Основ», ст. 66,67) предусматривает ответственность за причинение вреда здоровью граждан, в том числе несовершеннолетних.

Таким образом, законодательство об охране здоровья граждан РФ представляет собой систему нормативно-правовых актов, которая регулирует организационные, имущественные и другие отношения, возникшие в связи с оказанием лечебно-профилактической помощи гражданам, осуществлением предпринимательской деятельности, проведением санитарно-эпидемических мероприятий.

В законодательстве подтверждается признание государством основополагающей роли охраны здоровья граждан как неотъемлемого условия жизни общества. Конституция узаконила ответственность государства за сохранение и ук-

репление здоровья своих граждан. Существующее на сегодня законодательство дает возможность принимать федеральные целевые программы в области охраны здоровья и осуществлять их финансирование.

Отношения в здравоохранении регулируются различными нормативно-правовыми актами: законами, подзаконными актами, ведомственными приказами, инструкциями, положениями и нормами различных отраслей российского права и международных договоренностей.

Знание законодательства РФ о здравоохранении обеспечивает эффективность работы врача в этой сфере, предоставляет специалисту возможность осуществлять свою профессиональную деятельность в строгом соответствии с законами, не подвергая себя гражданской и уголовной ответственности за причинение вреда здоровью граждан.

Контрольные вопросы.

1. Определение «охрана здоровья». Статьи Конституции РФ, определяющие право граждан на охрану здоровья.
2. Положение резолюции ВОЗ 23.61 «Основные принципы развития национального здравоохранения».
3. Основные принципы здравоохранения в РФ, отраженные в «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан».
4. Перечислите ведомственные документы МЗ РФ, создающие структурно-функциональную базу для решения вопросов укрепления здоровья населения.
5. основополагающие принципы охраны здоровья, содержащиеся в «Конвенции ООН о правах ребенка» и в международном «Плане действий по осуществлению Деклараций об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е годы.
6. Право граждан на благоприятную окружающую среду.
7. Право несовершеннолетних на благоприятные условия обучения и на информацию о здоровье, а также факторах, влияющих на него.
8. Право на образование по вопросам охраны здоровья.
9. Право на труд в безопасных условиях.
10. Право на медицинскую помощь и на возмещение вреда здоровью.

Глава 4. Медико-социальная обусловленность здоровья. Охрана здоровья здоровых в Российской Федерации.

Цели

Студент должен:

Знать:

- *определение понятия «здоровье» по ВОЗ и смысловое понятие «здоровье здоровых»;*
- *состояние проблемы охраны здоровья здоровых;*
- *основные источники информации о состоянии здоровья населения;*
- *основные закономерности формирования здоровья у населения и факторы, их определяющие.*

Уметь:

- *применять методологии охраны здоровья здоровых при обучении на профильных кафедрах и при прохождении учебно-производственной практики.*

Изначальным пунктом для медико-социальной интерпретации здоровья является определение, принятое в 1948 году Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ): «Здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов».

В документах ВОЗ неоднократно указывается – **здоровье людей** – это качество социальное, что определяет следующие показатели для оценки общественного здоровья:

1. Отчисление валового национального продукта на здравоохранение.
2. Доступность первичной медико-социальной помощи.
3. Охват населения медицинской помощью.
4. Уровень иммунизации населения.
5. Степень обследования беременных квалифицированными кадрами.
6. Состояние питания детей.
7. Уровень детской смертности.
8. Средняя продолжительность предстоящей жизни.
9. Гигиеническая грамотность населения.

Несмотря на это, до настоящего времени в России определение и оценка индивидуального, группового, популяционного, общественного здоровья в основном идет от противного – отсутствия степени выраженности и распространения заболеваний, физических и психических дефектов, т.е. от степени и структуры патологии. По этой причине медицина до сих пор остается наукой о болезнях и практикой их лечения и предупреждения, т.е. наукой патологии и врачевания. Вместе с тем, её назначение – не только и даже не столько лечение, сколько недопущение, профилактика заболеваний, сохранение и укрепление здоровья. На это обстоятельство еще в 16 веке указывал Ф. Бэкон: «Первая обязанность медицины – сохранение здоровья, вторая – лечение болезней и третья – продление жизни» (Бэкон Ф. – «О достоинстве и преумножении наук». Соч. в двух томах. – М., 1971, Т. 1 – С. 264). И если медицина преуспела в выполнении второй обязанности, то в значительной степени отстала в исполнении первой, т.е. отстала в создании, развитии науки и практики охраны и улучшения здоровья или, иными словами, санологии.

Санология (лат. *sanitas* – здоровье) – наука о здоровье, вернее о здоровье здоровых, его охране, укреплении, умножении – воспроизводстве (Лисицин Ю.П. – «Здоровье населения и современные теории медицины». М., «М», 1982. – 317).

К понятию санология близко понятие «валеология», предложенное Брехманом И.И. в 1987 году, под которым им понимается в большей степени индивидуальное здоровье, душевный покой. Именно это толкование валеологии нашло поддержку и развитие. Таким образом, валеология стала рассматриваться как наука об индивидуальном здоровье, а санология – общественном, групповом, популяционном здоровье населения.

К сожалению, сегодня подлинных критериев и соответствующих показателей, оценок здоровья практически нет, а если и есть, то они не приняты в статистическую практику индексов. Поэтому для оценки индивидуального здоровья используется ряд весьма условных показателей таких, как ресурсы здоровья, потенциал здоровья и баланс здоровья, которыми пытаются измерить здоровье на социологическом уровне – уровне общественного здоровья.

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

Потенциал здоровья – совокупность возможностей индивидуума адекватно реагировать на воздействие внешних факторов. Адекватность реакций определяется состоянием компенсаторно-приспособительных систем (нервной, эндокринной и т.д.) и механизмом психической саморегуляции (психологическая защита, автотермы и т.д.).

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

Как видим, характеристики группового здоровья, здоровья населения, общественного здоровья – это сумма взаимосвязанных сведений, выраженных количественно-качественными показателями, а не только интегральное понятие личного здоровья каждого человека в отдельности.

Здоровье населения напрямую зависит от уровня цивилизации, социально-экономического развития страны, правовой культуры и ответственности граждан за личное здоровье, то есть оно обусловлено комплексным воздействием социальных и биологических факторов окружающей среды, которые обычно объединяются (Ю.П. Лисицын, 1987) в группы так называемых факторов риска здоровья (табл. 1).

Как видим, состояние здоровья человека определяется функцией его физиологических систем и органов с учетом полового, возрастного и психологического факторов, а также зависит от воздействия внешней среды, включая и социальную, причем последней принадлежит ведущее значение.

Таблица 1

Группировка факторов риска, обуславливающих здоровье населения

Сфера влияния факторов на здоровье	Группы факторов риска	Удельный вес (в %) факторов в формировании здоровья
Образ жизни	Курение, злоупотребление алкоголем, несбалансированное питание. Стрессовые ситуации (дистрессы). Вредные условия труда. Гиподинамия. Плохие материально-бытовые условия. Употребление наркотиков, злоупотребление лекарствами. Непрочность семей, одиночество. Низкий культурный и образовательный уровень. Высокий уровень урбанизации	49-53
Генетика, биология человека	Предрасположенность к наследственным болезням. Предрасположенность к так называемым дегенеративным болезням (наследственное предрасположение к заболеваниям).	18-22
Внешняя среда	Загрязнение канцерогенами и другими вредными веществами воздуха, воды, почвы. Резкие смены атмосферных явлений. Повышенные гелиокосмические, радиационные, магнитные и другие излучения.	17-20
Здравоохранение	Неэффективность профилактических мероприятий. Низкое качество медицинской помощи. Несвоевременность медицинской помощи.	8-10

Формирование государственной политики охраны и укрепления здоровья здоровых и практически здоровых лиц является одной из приоритетных задач отечественной системы здравоохранения. В этой связи получает развитие принципиально новое направление деятельности – переход от системы, ориентированной на лечение заболевания, к системе охраны здоровья граждан, основанной на приоритете здорового образа жизни и направленной на профилактику болезней.

Анализ состояния проблемы охраны здоровья здоровых в Российской Федерации доказывает её безусловную актуальность как фактора национальной безопасности и стратегической цели отечественного здравоохранения. Данная проблема возникла в результате критически низкого уровня состояния популяционного здоровья и особенно усилилась в связи с разразившимся демографическим кризисом, наряду с прогрессирующей нехваткой сил и качества медицинской помощи всё более возрастающему потоку больных людей.

Несмотря на отдельные позитивные тенденции, показатели здоровья и состояния здравоохранения в целом находятся на неудовлетворительном уровне. Сложные условия экономического и социального развития государства проявились в крайне высоких показателях заболеваемости и смертности, низких уровнях рождаемости, состояния здоровья матери и детей, качества питания, в углублении социальной дифференциации.

В этой связи принятие Концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации дает возможность разработать комплекс мероприятий в области охраны и укрепления здоровья здорового населения, предусматривающих

объединение усилий федеральных органов исполнительной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления, организаций и самих граждан.

Ожидание высокой эффективности реализации Концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации (утверждённой Приказом Минздрава РФ от 21 марта 2003 г. № 113) основано на международном опыте внедрения профилактических программ и разработок, экономический эффект которых, по данным ВОЗ, достигает соотношения 1:8. Экономическая целесообразность внедрения Концепции определяется также методологией оздоровительных мероприятий, основанной на преимущественном применении немедикаментозных технологий и ограничении приёма лекарств.

Потребность в разработке данной Концепции вызвана также низким уровнем развития культуры здоровья у населения и сохраняющимся в обществе потребительским отношением к здоровью. Нет личной ответственности в части его сохранения и укрепления, у каждого конкретного индивида низки гигиенические навыки. Остаётся высоким уровень загрязнения окружающей природной среды. Медленно улучшается санитарное состояние городов и населённых пунктов, их благоустройство. Неудовлетворительно выполняются мероприятия, направленные на охрану здоровья работающих граждан. Не налажено полноценное обеспечение населения доброкачественными пищевыми продуктами и питьевой водой.

В последние 25-30 лет прогрессируют социально зависимые и профессионально обусловленные дефекты здоровья населения (дизадаптивные синдромы, социально-экологическое утомление и переутомление, стрессогенные заболевания). После болезней системы кровообращения вторыми в структуре причин смерти стали несчастные случаи, отравления и травмы. На протяжении многих лет общие тенденции в смертности населения страны определяет ситуация со сверхсмертностью людей рабочих возрастов. Так, по данным Государственного доклада о состоянии здоровья населения России, среди умерших в рабочих возрастах мужчины составляют около 80%. Уровень мужской смертности в 4 раза выше уровня женской и в 2-4 раза выше, чем в экономически развитых странах. С каждым годом в структуре заболеваемости увеличивается общая доля невротических и психических расстройств. Кроме того, недостаточное внимание уделяется развитию системы общественного здравоохранения, физической культуры и спорта, образованию в области формирования культуры здоровья.

Одним из эффективных путей выхода из сложившейся ситуации является увеличение потенциала здоровья здоровых лиц, а также возвращение здоровья больным, больным вне стадии обострения, лицам, находящимся в состоянии предболезни, за счёт системы методов восстановительной медицины.

Под понятием *«здоровье здоровых»* понимается здоровье тех 5-7% от общей численности населения как у нас в стране, так и за рубежом, которые считаются абсолютно здоровыми, а также здоровье 70-75% людей, которые имеют 1-2 хронических заболевания в стадии устойчивой ремиссии. Из числа последних наиболее многочисленна часть населения, имеющая дизадапционные яв-

ления, состояние хронической усталости, явления утомления и переутомления, снижение умственной и физической работоспособности. Названные состояния при продолжающемся воздействии физических и социальных факторов с высокой вероятностью приводят к обострению основного заболевания, развитию сопутствующих. Принятая Концепция концентрирует и развивает указанные направления деятельности по охране и укреплению здоровья здорового населения, определяет основные направления развития экспресс-диагностики уровней здоровья, пути сохранения и увеличения функциональных резервов человека, принципы создания индивидуальных и популяционных систем оздоровительных технологий.

В качестве оптимальной методологии охраны здоровья здоровых, в соответствии со стратегией ВОЗ, рассматривается мониторинг функциональных резервов, донозологическая диагностика на ранних стадиях развития адаптационного синдрома и своевременная коррекция функционального состояния.

Целью Концепции охраны здоровья здорового человека в РФ является создание системы формирования, активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья людей, реализации потенциала здоровья для ведения активной производственной, социальной и личной жизни, направленных на снижение преждевременной смертности, заболеваемости, инвалидизации населения, увеличение средней продолжительности и качества жизни, улучшение демографической ситуации в стране.

Основными задачами Концепции являются:

1 – разработка перспективных и увеличение объёма существующих оздоровительных мероприятий по укреплению здоровья и профилактике заболеваний;

2 – укрепление, сохранение здоровья, сокращение сроков восстановления здоровья (сниженных функциональных резервов) путём внедрения в практику здравоохранения современных методов экспресс-диагностики и комплексных оздоровительных технологий с использованием всего арсенала немедикаментозных средств;

3 – развитие и сохранение трудового потенциала страны, реализация человеком своих способностей, формирование и сохранение профессионального здоровья, профессионального долголетия;

4 – увеличение продолжительности жизни населения за счёт поддержания резервов здоровья и здоровьесберегающих технологий, путём сокращения заболеваемости и травматизма, предупреждения преждевременной и предотвратимой смертности, в первую очередь, в трудоспособных и детских возрастах;

5 – определение способностей, индивидуальности, формирование личности человека, мотивации к труду и здоровому образу жизни, уверенности в своём здоровье для достижения высоких результатов;

6 – обеспечение межведомственного и многоуровневого подходов в вопросах повышения качества жизни, улучшения условий труда, быта и отдыха населения, формирования здорового образа жизни.

Основные принципы реализации Концепции.

В целях успешной реализации Концепции необходимо руководствоваться следующими принципами:

1) доступность мероприятий по экспресс-оценке состояния здоровья и оздоровлению населения вне зависимости от социального статуса граждан, уровня их доходов и места жительства;

2) приоритет оздоровительных и профилактических мер в области общественного здравоохранения;

3) непрерывность оздоровительных мероприятий в течение всей жизни человека;

4) ответственность человека за своё здоровье и здоровье близких;

5) реализация внутренней гармонии физического, психического, духовного состояния человека, а также гармонии с экологической и социальной средой;

6) направленность на количественную оценку резервных возможностей организма и их коррекцию для реализации человеком потенциала здоровья;

7) консолидация действий органов исполнительной власти всех уровней, организаций и граждан по формированию и реализации комплексных программ охраны здоровья здорового человека;

8) многоуровневый подход к организации оздоровительных и профилактических мероприятий с учётом как общих потребностей населения страны в целом, так и специфических особенностей населения различных регионов, отдельных социальных, профессиональных и возрастных групп;

9) единство всей системы охраны здоровья независимо от территориальных и ведомственных разграничений;

10) единство медико-профилактической, оздоровительной и экономической эффективности системы охраны и укрепления здоровых.

Стратегия в области охраны здоровья здорового человека предусматривает право человека на здоровье, системное развитие здравоохранения, развитие межотраслевого сотрудничества в формировании и реализации потенциала здоровья здорового человека.

Ключевой проблемой для всех направлений охраны здоровья является формирование культуры здоровья, повышение престижности здоровья, самосознание ценности здоровья как фактора жизнестойкости, активного долголетия.

Наиболее приоритетными направлениями являются повышение уровня психофизического состояния здоровья, поддержание оптимальной работоспособности, качества жизни населения и достижения индивидуумом генетически детерминированной продолжительности жизни, обеспечивающего в конечном итоге:

1 – потребность к более здоровому образу жизни;

2 – культурный, социальный и экономический мотив к сохранению и укреплению здоровья;

3 – профессионализм работающих;

4 – взаимодействие граждан с работодателями, страховыми компаниями и государственными структурами.

В настоящее время опыт отдельных регионов (Татарстан, Приморский край, Владимирская, Самарская и другие области) доказал высокую эффективность разработанных в Российском национальном центре восстановительной медицины и курортологии Минздрава России оздоровительных программ. В частности, было показано, что внедрение метода музыкальной гимнастики для беременных женщин («СОНАТАЛ») позволяет в 2-3 раза снизить частоту осложненного течения беременности, в 4-5 раз повысить долю неосложненных родов и количество здоровых детей в возрасте до 1 года. Применение комплекса физиотерапевтических и других немедикаментозных методов профилактики у часто болеющих детей способствовало снижению числа респираторных заболеваний в 1,5-2 раза.

Ценность Концепции состоит в том, что, обобщая международный и отечественный опыт развития здравоохранения, она интегрирует современные подходы в использовании системного анализа, который дает огромные возможности в оценке функциональных резервов и донозологической диагностике в соответствии со стадиями развития адаптационного синдрома.

Данная Концепция рассматривается как составная часть двух других, более общих концепций, разработанных ранее:

1) Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации (Постановление Правительства РФ от 5 ноября 1997 г. № 1387).

2) Концепции охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года (одобрена распоряжением Правительства РФ от 31 августа 2000 г. № 1202-р).

Концепция охраны здоровья здоровых в РФ расширяет вышеназванные, конкретизирует их в отношении поддержки и укрепления здоровья здорового человека, даёт методологическую основу для внедрения в практику здравоохранения принципиально новой модели организации превентивной медицинской помощи населению.

В целях реализации Концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации разработана и утверждена отраслевая программа «Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003-2010 годы» (Приказ Минздрава РФ от 21 марта 2003 г. № 114), которая будет осуществляться в рамках Концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации.

Для реализации отраслевой программы «Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003-2010 гг.» по каждому разделу определяется план конкретных мероприятий с указанием сроков и ответственных исполнителей программных мероприятий.

Реализация мероприятий, предусмотренных Отраслевой программой «Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003-2010 гг.», позволит:

1 – повысить медицинскую и экономическую эффективность деятельности Центров и отделений медицинской профилактики, санаторно-курортных учреждений, Центров спортивной медицины и физкультурных диспансеров,

поликлиник, медицинских подразделений в общеобразовательных учреждениях и организациях;

2 – создать основы системы охраны и укрепления здоровья здоровых;

3 – создать сеть кабинетов и Центров здоровья здорового человека;

4 – рационально использовать бюджетные средства на оздоровление и профилактику болезней;

5 – создать систему формирования, активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья людей;

6 – повысить вероятность реализации человеком потенциала здоровья для ведения активной производственной, социальной и личной жизни;

7 – создать предпосылки снижения преждевременной смертности, заболеваемости, инвалидизации населения, увеличения средней продолжительности и качества жизни, улучшения демографической ситуации в стране;

8 – удовлетворить спрос на доступную и своевременную медико-санитарную помощь и повышение её эффективности и качества (экспресс-диагностика, оздоровительно-реабилитационные мероприятия).

Основные направления и положения отраслевой программы ежегодно уточняются и контролируются исходя из хода её выполнения и эффективности использования средств.

Управление и контроль за реализацией отраслевой программы осуществляется Минздравом России.

Координацию работ по реализации Отраслевой программы «Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003-2010 гг.» осуществляет заказчик – Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Таким образом, в основу Концепции положена здоровьесцентрическая модель системы здравоохранения, суть которой состоит в акценте на сохранении здоровья здорового человека. При этом оценка функционального состояния не является самоцелью, а лишь обосновывает выбор адекватных способов его коррекции (оздоровления)

Контрольные вопросы.

1. Дайте определение понятию: «здоровье» по ВОЗ, какова его социальная обусловленность и оценка?
2. Назовите факторы, обуславливающие состояние здоровья населения и их удельный вес.
3. Какие основополагающие документы определяют организацию охраны здоровья здоровых в РФ и время их принятия?
4. Дайте характеристику анализа состояния проблемы охраны здоровья здоровых в РФ.
5. На что ориентирована Концепция охраны здоровья здоровых в РФ?
6. Дайте определение понятию: «здоровье здоровых»; что понимается под оптимальной методологией охраны здоровья здоровых, в соответствии со стратегией ВОЗ?

7. Какова цель Концепции охраны здоровья здоровых в РФ? Каковы основные задачи этой Концепции?
8. Дать определение понятию «стратегия». Что предусматривает стратегия в области охраны здоровья здорового человека?
9. Каковы основные принципы реализации Концепции?
10. В чём состоит ценность Концепции охраны здоровья здоровых?
11. Что предусматривает реализация мероприятий предусмотренных Отраслевой программой «Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003-2010 гг.»?
12. На кого возложено проведение контроля и координации работ по реализации Отраслевой программы «Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003-2010 гг.»?

Глава 5. Основные направления реформы и тенденции развития здравоохранения в РФ.

История развития системы охраны здоровья в советский период связана с формированием в бывшем Советском Союзе и других социалистических странах новой, не имеющей прежде аналогов в мировой практике модели государственного здравоохранения. Но, как известно, при этой модели практически полностью отсутствует рынок медицинских услуг, и государство выступает в качестве монопольного заказчика всех основных здравоохранительных мероприятий. Стопроцентный государственный заказ в деятельности ЛПУ лежит в основе специфической формы взаимодействия между спросом и предложением, присущей только этой модели. По сути спрос на услуги определяется и ограничивается тем объемом предложения, которое заказывает и обеспечивает государство. С точки зрения рыночного подхода основными недостатками такой системы является то, что созданная в начале тридцатых годов 20-го столетия отечественная модель государственного здравоохранения была построена на тех же принципах, что и сталинская программа индустриализации промышленности и коллективизации сельского хозяйства. Она носила выраженный мобилизационный характер, ориентированный на функционирование в особых условиях и условиях войны. И такой механизм не может быть основой модели медицинского обслуживания в демократическом рыночном государстве, где вся система власти построена на диктатуре Закона, а не на диктатуре органов государственного управления.

В новых условиях главным фактором, обеспечивающим интеграцию системы охраны здоровья в рыночную экономику, создание условий для многоукладности здравоохранения, является безусловный отход от политики несбалан-

сированной опеки государства в этой области, что требует необходимости реформы устаревшей и неэффективной системы советского здравоохранения.

Определение реформы.

Несмотря на широкое использование термина «реформа», нет сколько-нибудь целостного и общепризнанного определения того, что представляет собой реформа сектора здравоохранения. Тем не менее, необходимо принять во внимание, что единственная цель любого реформирования – сбалансировать систему и сделать её адекватной изменившимся условиям внешней среды.

Учитывая это, Касселье (1995) определяет реформу сектора здравоохранения как деятельность, связанную с изменением политики и институтов здравоохранения, через которые она производится. Анализируя различные аспекты этого процесса, можно утверждать (Берман, 1995), что для того, чтобы реформа состоялась, изменения должны быть направлены на достижение целого ряда политических целей. Что касается продолжительности процесса, то реформа должна представлять собой ряд последовательных долгосрочных изменений, а не единовременное событие.

Поскольку подходы к реформе, а также число и набор мероприятий, включаемых в пакет «реформ», в значительной степени различны по странам, то реформы, как правило, обсуждаются и принимаются не как единое целое, а как пакет различных мер, каждая из которых заслуживает самостоятельной оценки. Тем не менее, в целом, для характеристики конкретных реформ сектора здравоохранения характерны ключевые элементы системы, их определения:

Ключевые элементы реформы системы здравоохранения (ВОЗ, 2000)

I. Процесс.

1. Структурные преобразования вместо поэтапных или эволюционных изменений.
2. Изменение целей политики в области здравоохранения с последующими институциональными изменениями вместо одной лишь постановки новых задач.
3. Целенаправленные, а не случайные изменения.
4. Последовательные и долгосрочные, а не единовременные изменения.
5. Политический процесс сверху донизу под руководством национальных, региональных и местных органов государственной власти.

II. Содержание.

1. Разнообразие принимаемых мер.
2. Определение специфических характеристик систем здравоохранения в различных странах.

Вопрос необходимости проведения реформ.

Важную роль в этой области играют две большие группы факторов.

Первая обусловлена тем, что различные силы, действующие извне сектора здравоохранения, влияют на базовую структуру, в рамках которой вырабатывается политика в области здравоохранения. Во многих случаях реформы здравоохранения являются не изолированным явлением, а составной частью

более широких структурных усилий по реформированию в области социального обеспечения и в других социальных сферах.

Вторая группа факторов связана с существующими проблемами, касающимися состояния здоровья населения и сектора здравоохранения. К ним относятся специфические угрозы для здоровья населения страны, их последствия для моделей медицинского обслуживания, востребованных обществом, обострение трудностей с финансированием здравоохранения, а также ряд организационных и структурных проблем.

Основопологающие факторы реформы здравоохранения.

Структуру и способность системы здравоохранения к будущим преобразованиям отражают множество внешних факторов: социальные нормы и ценности напрямую влияют на основополагающие принципы системы, а также на стремление к проведению реформ. Уровень экономического развития страны влияет на объем ресурсов, имеющихся в наличии для целей медицинского обслуживания. Межсекторальные факторы такие, как жилой фонд, социальное страхование, питание и загрязнение окружающей среды также имеют немаловажное значение. Роль образования, в частности число хорошо подготовленных управленцев, степень внедрения и уровень качества информационных систем тоже влияют на способность системы здравоохранения к серьезной и долгосрочной реформе. Эти внешние факторы подразделяются и рассматриваются по трем направлениям реформирования здравоохранения:

1. Определение роли ценностей.
2. Реальная роль макроэкономики.
3. Социально-демографические факторы.

Стабильность такой социальной системы, как здравоохранение является результатом сочетаемости общества (называемых господствующей системой мировоззрения) и социальной структуры органов здравоохранения. Данная структура состоит из процессов, законов и правил, определяющих распределение ресурсов и властных полномочий в секторе здравоохранения, а также объем и виды имеющихся в наличии средств. Эти ресурсы и форма их организации являются прямым отражением социальных ценностей.

Другим важным фактором, определяющим характер реформы здравоохранения, является структура и состояние всей национальной экономики (макроэкономики), которая во многих странах находится в периоде отрицательного роста. Так, согласно оценкам специалистов, в 1996 году в странах СНГ экономическая производительность едва превышала половину показателя валового внутреннего продукта (ВВП) бывшего в 1989 году. Снижение уровня ВВП является отражением болезненного процесса экономической перестройки и помогает объяснить резкое снижение государственных доходов, выделяемых на цели здравоохранения.

Следующим существенным требованием проведения реформы является социально-демографический фактор, что связано с тенденцией дальнейшего старения населения. В этой связи правительства, даже самых экономически развитых стран, озабочены тем, что все большему числу граждан старше 65 лет

и престарелым будет требоваться медицинская помощь, и что общий уровень расходов будет расти.

Трудности, связанные с проведением реформ.

Изменение клинической картины заболеваемости является одним из факторов мотивации изменений в конфигурации здравоохранительных служб, как на микро-, так и на макроуровнях. Так, например, если расширение комплекса услуг по лечению болезней, передаваемых половым путем, в результате распространения ВИЧ-инфекции и СПИДа требует изменений на микроуровне, то долгосрочное финансирование медицинского обслуживания, в условиях старения населения, хронических заболеваний уже требует изменений в системе здравоохранения на макроуровне. В этой связи многие директивные международные органы считают, что необходимо перенести упор в области финансирования с лечебной на профилактическую деятельность, а также с вторичной и третичной на первичную медицинскую помощь, но им мешают существующие схемы распределения властных полномочий и ресурсов.

Управление системой отечественного здравоохранения длительное время основывалось преимущественно на прямом администрировании, а роль экономических регуляторов практически игнорировалось. Финансирование отрасли традиционно осуществлялось на показателях ресурсного обеспечения (кочный фонд, число медицинских работников и прочее), а не на конечных результатах работы медиков. Господство административных методов управления в сочетании с финансированием на основе ресурсных показателей стало основой экстенсивного развития здравоохранения. Именно экономической дезориентацией можно объяснить тот парадоксальный факт, что система здравоохранения, десятилетиями не получающая даже минимально необходимых финансовых средств, направляла эти ресурсы, прежде всего, на строительство новых медицинских учреждений (практически без вывода действующих устаревших мощностей), расширение коечного фонда и наращивание выпуска врачей. Вместо полноценного ресурсного обеспечения каждого случая оказания медицинской помощи, скудные финансовые средства расходовались на содержание всё расширяющейся сети медицинских учреждений. В условиях рынка возможности содержания сети ЛПУ оказались исчерпанными, и система здравоохранения, в значительной мере, оказалась на грани развала. Сложившаяся сеть медицинских учреждений и порядок взаимодействия между ними такова, что этапность лечебно-диагностического процесса осуществляется неэффективно: с перегрузкой стационаров, недооценкой возможностей амбулаторно-поликлинических учреждений и при почти полном отсутствии специализированных учреждений для долечивания и ухода за больными, что ведет к большим экономическим потерям. Неудивительно, что в этих условиях остается уповать только на гуманные принципы медицины и энтузиазм врачей. Между тем совершенно очевидно, что гуманные ценности не могут существовать изолированно от экономических ориентиров. В противном случае декларируемые цели недостижимы. Результатом чего является низкая эффективность использования ресурсов, непрофессиональное отношение медиков к своим обязанностям, невнимание к

пациентам и поборы с них. Утрата экономических стимулов разлагающе действует на весь комплекс отношений между медиком и пациентом. Исторический опыт убедительно свидетельствует: чаще всего гуманно то, что экономически обосновано и выгодно для производителей. Не имея возможности стимулировать труд лучших специалистов и избавляться от «балласта», руководители учреждений здравоохранения вынуждены уповать на число врачей, а не на их «умение». Результатом этого процесса стало абсурдно высокое число врачей и низкая по мировым меркам интенсивность их труда. Так, если американский врач работает в среднем 60 часов в неделю (из них как минимум 45 часов заняты непосредственно лечебной работой), то наш врач трудится не более 35-40 часов, причем значительную часть времени расходует на выполнение нелечебных функций. В сочетании с крайне низким финансированием отрасли и слабой технической оснащённостью ЛПУ отсутствие экономических стимулов ведет к дефициту многих медицинских услуг и низкому качеству медицинской помощи в системе общественного здравоохранения. Все это привело к необходимости коренного реформирования в системе отечественного здравоохранения.

Первые попытки утвердить экономические методы управления приходятся на конец 80-х годов, когда в ряде регионов РФ начал действовать новый хозяйственный механизм, который впервые за много десятилетий предпринял попытку оплачивать не вложенные ресурсы, а конечные результаты деятельности ЛПУ. Прямое распределение ресурсов на основе административных методов и указаний свыше уступили место договорным отношениям между ними. Поликлиника стала центральным звеном в системе экономических отношений, действуя на основе метода взаиморасчетов со стационарными и другими звеньями оказания медицинской помощи. Однако сфера действия нового хозяйственного механизма ограничилась всего несколькими регионами РФ. Система не получила ожидаемой финансовой «подпитки», необходимой для реализации новых методов управления. Имело значение и то, что новая система экономических отношений в сущности не получила поддержки большинства территориальных органов управления здравоохранением и отраслевой науки. Слабые стороны реформы были использованы для ее полной дискредитации и сдерживания распространения положительного опыта.

В 1993 году начался новый этап реформы, связанный с переходом на систему обязательного медицинского страхования (ОМС). В ходе этого процесса активно утверждаются экономические методы управления. Сфера прямого администрирования постепенно сужается, уступая место договорным отношениям между страховщиками и медицинскими учреждениями. Получают распространение методы оплаты и независимая экспертиза качества медицинской помощи. Однако на пути реформирования здравоохранения сделаны лишь первые и весьма робкие шаги. Огромная мощь административно-командной системы всего-навсего пошатнулась, но даже не сдвинулась с места. Среди причин, обусловивших противоречивость и непоследовательность реформы российского здравоохранения, можно назвать недостаточную научную проработку вопросов управления и финансирования отрасли. Достаточно сказать, что к моменту

принятия закона «О медицинском страховании граждан РФ» отсутствовала четкая концепция реформы. В результате потребовались серьезные изменения содержания данного закона через внесение соответствующих поправок, причем через два года после его принятия.

Однако, несмотря на эти недостатки, в момент подготовки закона «О медицинском страховании граждан РФ» определились задачи перехода к ОМС и основные механизмы их достижения. Коротко их можно свести к следующему:

1. Привлечь в систему здравоохранения дополнительные средства на основе введения взносов на ОМС, т.е. целевого налога на заработную плату. Считалось, что целевой налог способен преодолеть систему бюджетных приоритетов, складывающуюся явно не в пользу здравоохранения.

2. Повысить эффективность использования ресурсов здравоохранения за счет перехода к системе договорных отношений между заказчиками и ЛПУ, а также внедрения методов оплаты медицинской помощи за результаты деятельности.

3. Повысить качество медицинской помощи и обеспечить защиту прав потребителей за счет включения в систему независимого посредника в лице страховых медицинских организаций.

4. Сохранить в действии принципы равенства и общественной солидарности при одновременном расширении потребительского выбора.

Как видим, основные принципы реформирования здравоохранения РФ совпадают с таковыми в странах Западной Европы, о чем мы говорили в начале главы. В то же время, продекларировав переход на страховой принцип формирования средств, российское здравоохранение на практике оказалось полностью зависимым от бюджетного источника.

Принципы такого положения сводятся к следующему:

1. Размер страхового взноса (3,6% по отношению к фонду оплаты труда) установлен вне связи с потребностями системы здравоохранения и явно занижен. Правительство не выполнило обещание, данное в момент введения ОМС, постепенно довести этот взнос хотя бы до 5-7%, что действительно позволило бы приблизиться к страховой модели.

2. По российским законам работники не делают взносов на ОМС. В классической схеме социального страхования размер взносов устанавливается таким образом, чтобы покрыть расходы на медицинскую помощь не только работающих, но и членов их семей, т.е. действует семейный принцип страхования. Он обеспечивается участием работников в солидарном формировании фондов социального страхования вместе с работодателями. Например, в Германии и Японии страховой взнос на ОМС вносится поровну работодателями и работниками.

3. Порядок определения взносов на ОМС неработающих до сих пор не определен. Это создает условия для произвола местных властей в отношении взносов на неработающих. Они с большой неохотой перечисляют средства в фонды ОМС, предпочитая напрямую финансировать муниципальные ЛПУ.

Вклад местных бюджетов в систему ОМС составляет лишь 24%, в то время как им положено оплачивать страхование 56% населения.

В то же время, страхования на эффективность функционирования ЛПУ существенно ограничивается рядом характеристик так называемой бюджетно-страховой модели здравоохранения. В частности, позитивные изменения в системе экономических отношений в здравоохранении не повлияли сколько-нибудь заметно на эффективность использования ресурсов даже на уровне отдельного учреждения, не говоря уж об эффективности системы в целом, то есть структурной эффективности. Пожалуй, ни в одной стране с развитыми системами общественного здравоохранения нет таких острых проявлений низкой эффективности и структурных диспропорций функционирования отрасли. Если говорить в частности, то:

1. На долю стационарной помощи приходится примерно 65% от объема общих расходов, выделенных на здравоохранение, против 35–50% - в западных странах. Это означает, что при общем недофинансировании здравоохранения поликлиники финансируются методом остатка;

2. Доля врачей, оказывающих первичную медицинскую помощь, составляет 20-25% от общего числа врачей, в то время как в странах с передовыми системами – больше половины врачей (в России это участковые врачи-терапевты, педиатры, цеховые врачи, акушеры-гинекологи; в западных странах – врачи общей практики);

3. Уровень госпитализации составляет примерно 21 на 100 жителей против 12–17 в западных странах;

4. Средняя продолжительность стационарного лечения - 17 дней против 8–13 в западных странах;

5. Частота направлений пациентов участковыми врачами к специалистам составляет как минимум 30% от числа первичных посещений, в то время как в западных странах – 4-10%;

6. Из-за высоких финансовых барьеров для приобретения лекарств в аптеках неоправданно высока потребность в дорогостоящей стационарной помощи;

7. Показатели обеспеченности больничными койками примерно вдвое выше, чем в западных странах. За десятилетия экстенсивного развития в РФ создана огромная сеть больниц, которую сегодня практически невозможно содержать. Более того, парадокс состоит в том, что это делалось без учета развития психиатрической, наркологической помощи, лечения туберкулеза, долечивания в стационарах долговременного пребывания.

Все это свидетельствует о том, что и без того недостаточные средства, расходуемые на здравоохранение, используются неэффективно. Из этого следует два основных вывода:

1. Существующая система здравоохранения продолжает финансироваться по остаточному принципу, но действует по затратному;

2. Основные потери средств связаны с несбалансированностью уровней и звеньев оказания помощи, т.е. возникают на «стыках» системы.

Основная причина сохранения диспропорций состоит в глубоко укоренившейся стратегии экстенсивного развития здравоохранения. Даже экономический кризис оказался не в силах поколебать этот подход. Тем не менее, задачу более эффективного управления финансовыми ресурсами можно решить путем создания интегрированной системы медико-социального страхования здоровья, объединяющей все средства на текущее финансирование лечебно-профилактической помощи и оздоровления. Речь идет о концентрации средств ОМС (консолидированных с бюджетом) и средств социального страхования в рамках одной управленческой структуры. Сложившееся разъединение двух видов страхования, связанных с охраной здоровья населения, ведет к потере ограниченных финансовых ресурсов. С одной стороны, эти потери связаны с недостаточным экономическим интересом медиков в предоставлении качественного лечения и снижения на этой основе выплат по временной утрате трудоспособности, с другой – потери, обусловленные повышенными социальными обязательствами по временной утрате трудоспособности: полное возмещение утраченного по болезни дохода получают не только лица с серьезными, в т.ч. хроническими заболеваниями, но и здоровые молодые люди с эпизодическими нарушениями общего состояния здоровья. Такое положение снижает ответственность населения за состояние своего здоровья. Кроме того, ресурсы санаторно-курортной системы практически оказались вне системы охраны здоровья, в результате чего утрачена преемственность в оказании медицинской и реабилитационной помощи.

Объединение систем ОМС с системой социального страхования позволит:

1. Сократить излишний аппарат при сохранении значительно более эффективной, чем в налоговых органах, системе сбора взносов;
2. Обеспечить заинтересованность структур, связанных с охраной здоровья, снижение заболеваемости населения;
3. Создать условия для интеграции системы медицинской и реабилитационной помощи в единую систему охраны здоровья.

В результате достигается новое качество, соответствующее стратегическим целям охраны здоровья, - ориентация на конечные, а не промежуточные результаты охраны здоровья. Появляется возможность повысить ответственность населения за состояние своего здоровья.

Из дополнительных мер по укреплению финансовой базы здравоохранения можно определить следующие, наиболее существенные:

1. Безусловное выполнение обязательств государства по взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения;
2. Введение минимального размера взносов на ОМС для мелких предпринимателей. В настоящее время владельцы мелких предприятий избегают оформлять наемных работников, чтобы не делать отчислений на нужды социального обеспечения;

3. Введение целевого налога на табачные изделия и алкоголь, как частичную плату потребителей этих товаров за дополнительную медицинскую помощь, потенциально необходимую для нейтрализации угрозы их здоровью;

4. Поддержка добровольного медицинского страхования. Для чего целесообразно вывести из налогооблагаемого годового дохода затраты граждан на приобретение медицинских страховок в пределах 15–20 минимальных размеров зарплаты. Кроме того, резонно рассмотреть вопрос об увеличении до 2% совокупного дохода величину средств, которые предприятия и организации могут направлять на ДМС с включением в издержки производства;

5. Предоставление государственного льготного кредита на формирование частнопрактикующих врачей общего профиля;

6. Предоставление налоговых льгот на инвестиции строительства и развитие любых частных медицинских предприятий;

7. Привлечение личных средств населения при получении стационарной помощи (только для работающего населения), с установлением лимита доплат по отношению к средней заработной плате на территории.

В то же время, реформирование системы социальных гарантий должно базироваться на четких обязательствах государства в отношении тех видов помощи, которые предусмотрены в Программе государственных гарантий.

Таким образом, на законных основаниях появится возможность привлечения существенных дополнительных ресурсов здравоохранения. При всей своей политической уязвимости этих мер, они неизбежны. Откладывание решения проблемы усугубляет положение в здравоохранении, тормозит процессы реформирования, и, в конечном итоге, снижает социальную защищенность населения РФ в вопросах равенства в получении медицинской помощи, свободы выбора и участия в возможном принятии медицинских решений, на что ориентирована программа ВОЗ «Здоровье – 21 (Здоровье для всех в 21 столетии)».

Контрольные вопросы.

1. Необходимость проведения реформы здравоохранения в РФ.
2. Цель и ключевые элементы реформы здравоохранения.
3. основополагающие факторы реформы здравоохранения.
4. Трудности, связанные с проведением реформы системы охраны здоровья населения.
5. Экономические методы управления здравоохранением.
6. Задачи перехода к ОМС и основные механизмы их достижения.
7. Основные принципы реформирования здравоохранения.
8. Основные принципы структурных диспропорций функционирования отрасли.
9. Основные и дополнительные меры по укреплению финансовой базы здравоохранения

Глава 6. Основы финансирования системы здравоохранения РФ.

Цели

Студент должен:

Знать:

- основные источники финансирования мероприятий по охране здоровья населения;

- основные проблемы финансирования здравоохранения.

Уметь:

- применять полученные знания при обучении на профильных кафедрах и при прохождении производственной практики.

Совершенствование системы финансирования здравоохранения является ключевым звеном реформирования отрасли и важнейшим фактором улучшения медицинского обслуживания населения. Речь идет не только о необходимости увеличения объема выделяемых ассигнований, но и финансовом механизме их эффективного использования.

Финансовая система здравоохранения представляет собой совокупность форм и методов формирования, распределения и использования денежных средств в области охраны здоровья населения.

Система финансирования здравоохранения должна обеспечивать:

1) экономическую эффективность использования финансовых и материальных ресурсов здравоохранения;

2) повышение ответственности органов управления здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) за рациональное использование финансовых средств;

3) социальную справедливость путем выравнивания доступа граждан к получению качественной медицинской помощи вне зависимости от места их проживания;

4) обеспечение единства государственной и муниципальной систем здравоохранения на основе единых подходов к формированию, распределению и использованию финансовых средств.

Основными источниками финансирования здравоохранения являются федеральный бюджет, бюджеты субъектов Российской Федерации (РФ), местные бюджеты и средства обязательного медицинского страхования (ОМС). Дополнительными источниками выступают добровольное медицинское страхование и платные услуги, однако их доля в структуре финансирования здравоохранения незначительна.

В настоящее время бюджеты здравоохранения всех уровней и фондов ОМС формируются на основе Программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью (далее – Программа), ут-

вержденной постановлением Правительства РФ от 11.09.98 № 1096, с последующими дополнениями и изменениями. Программа представляет набор минимальных государственных социальных стандартов в области здравоохранения, нормативов финансовых затрат на оказание государственных и муниципальных медицинских услуг и единых методологических основ расчета минимальной бюджетной обеспеченности.

Размер необходимого финансового обеспечения Программы рассчитывается на основе методических рекомендаций по порядку формирования экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Органы государственной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления с учетом имеющихся финансовых возможностей вправе увеличивать нормативы финансовых затрат на оказание медицинских услуг.

Бюджетное финансирование здравоохранения.

Бюджетная система РФ состоит из бюджетов трех уровней:

первый уровень – федеральный бюджет и бюджеты государственных внебюджетных фондов;

второй уровень – бюджеты субъектов РФ и бюджеты территориальных внебюджетных фондов;

третий уровень – местные бюджеты.

В соответствии с бюджетной классификацией в федеральном бюджете, бюджетах субъектов РФ и местных бюджетах имеются разделы «Здравоохранение и физическая культура».

Бюджеты здравоохранения на всех уровнях формируются с учетом необходимости достижения минимальных государственных социальных стандартов в области охраны здоровья населения, представленных в Программе, на основе нормативов финансовых затрат на предоставление государственных или муниципальных медицинских услуг, а также в соответствии с другими нормами, установленными законодательством РФ, субъектов РФ, правовыми актами органов местного самоуправления.

Федеральный бюджет и бюджет федерального фонда ОМС разрабатываются и утверждаются в форме федеральных законов, бюджеты субъектов РФ и бюджеты территориальных фондов ОМС разрабатываются и утверждаются в форме законов субъектов РФ, местные бюджеты разрабатываются и утверждаются в форме правовых актов представительных органов местного самоуправления либо в порядке, установленном уставами муниципальных образований. Годовой бюджет составляется на один финансовый год, который соответствует календарному году и длится с 1 января по 31 декабря.

В соответствии со статьей 161 Бюджетного кодекса РФ ЛПУ, созданные органами государственной власти и местного самоуправления для осуществления функций некоммерческого характера, финансируемые из соответствующего бюджета и фонда ОМС, относятся к бюджетным организациям. На основе прогнозируемых объемов предоставления медицинских услуг и установленных нормативов финансовых затрат на их предоставление, а также с учетом испол-

нения сметы доходов и расходов отчетного периода ЛПУ составляет и представляет бюджетную заявку на очередной финансовый год, которая подается на утверждение вышестоящему распорядителю бюджетных средств.

В смете доходов и расходов ЛПУ должны быть отражены все доходы, получаемые как из бюджета и фондов ОМС, так и от осуществления предпринимательской деятельности, в том числе доходы от оказания платных услуг (образец 1).

Получатели бюджетных средств имеют право на:

1) своевременное получение и использование бюджетных средств в соответствии с утвержденным бюджетной росписью размером с учетом сокращения и индексации;

2) своевременное доведение уведомлений о бюджетных ассигнованиях и лимитах бюджетных обязательств;

3) компенсацию в размере недофинансирования.

Получатели бюджетных средств обязаны:

1) своевременно подавать бюджетные заявки или иные документы, подтверждающие право на получение бюджетных средств;

2) эффективно использовать бюджетные средства в соответствии с их целевым назначением;

3) своевременно и в полном объеме возвращать бюджетные средства, предоставленные на возвратной основе;

4) своевременно представлять отчет и иные сведения об использовании бюджетных средств.

Предоставление бюджетных средств на здравоохранение осуществляется в следующих формах:

- ассигнований на содержание ЛПУ;

Образец 1.
 Утверждено
 приказом Минздрава России
 от 03 декабря № 426/67

ОТРАСЛЕВАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОТЧЕТНОСТЬ

(конфиденциальность гарантируется получателем информации)

Непредставление или нарушение сроков представления информации, а также её искажение влечет ответственность, установленную Законом РФ «Об ответственности за нарушение порядка представления государственной статистической отчетности» от 13.05.92 г. № 2761-1.

«Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» за _____ год.

Порядок представления	Срок представления
ЛПУ, участвующие в реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, независимо от организационно-правовой формы и ведомственной принадлежности представляют: органу управления здравоохранением субъекта РФ; ТФ ОМС; ТФ ОМС сводный отчет представляет: органу управления здравоохранением субъекта РФ; ФОМС. Орган управления здравоохранением субъекта РФ сводный отчет представляет: _____ Минздраву России	в установленных органом управления здравоохранением сроки в установленных органом управления здравоохранением сроки 25 марта 25 марта

ФОРМА № 62
 Утверждена приказом
 Минздрава России и ФОМС
 От 03 декабря № 426/67

ГОДОВАЯ

Наименование отчитывающейся организации:

Почтовый адрес:

Код формы по ОКУД	Отчитывающейся организации по ОКПО	Вида деятельности по ОКДП	Отрасли по ОКОНХ	Территории по ОКАТО	Министерства (ведомства), органа управления по ОКОГУ	Организационно-правовой формы по ОКОПФ	Формы собственности по ОКФС
1	2	3	4	5	6	7	8
							9

Формирование и выполнение территориальной Программы государственных гарантий

Виды медицинской помощи по источникам финансирования	№ строки	Объемы медицинской помощи (в тыс. руб.)		
		расчетные	утвержденные	фактические
1	2	3	4	5
1. Медицинская помощь, предоставленная за счет бюджетов субъекта РФ – всего: в т.ч.	01	+	+	+
– скорая медицинская помощь – (число вызовов)*	02			
– амбулаторно-поликлиническая помощь – (посещений)	03			
– стационарная помощь – (койко-дни)	04			
– в условиях дневных стационаров – (дни лечения)	05			
1.1. Прочие виды медицинской помощи и затраты на поддержание системы здравоохранения	06	+	+	+
1.2. Затраты на содержание ЛПУ, работающих в системе ОМС	07	+	+	+
2. Территориальная программа ОМС – всего: в т.ч.	08	+	+	+
– амбулаторно-поликлиническая помощь – (посещений)	09			
– стационарная помощь – (койко-дни)	10			
– в условиях дневных стационаров – (дни лечения)	11			
– затраты на ведение дела в системе ОМС	12	+	+	+
– *	13			
3. Амбулаторно-поликлиническая помощь в федеральных клиниках:	14			
– ими проведено койко-дней	15			
4. Стационарная помощь в федеральных клиниках (квоты МЗ РФ):	16			
– ими проведено дней	17			
5. Итого по Территориальной программе государственных гарантий (ТПГГ)	18			+
В том числе: – скорая медицинская помощь – (число вызовов)* (сумма строк 02+13)	19			
– амбулаторно-поликлиническая помощь – (посещений) (сумма строк 03+09+15)	20			
– стационарная помощь – (койко-дни) (сумма строк 04+10+17)	21			
– в условиях дневных стационаров – (дни лечения) (сумма строк 05+11)	22			

* в случае включения скорой медицинской помощи в территориальную программу ОМС, данные показываются в строке, в пояснительной записке к отчету дается разъяснение по данному нарушению порядка формирования ТПГГ

№ строки	Финансовое обеспечение Территориальной программы государственных гарантий (тыс. руб.), в том числе														
	Средства бюджета				Средства ОМС				Всего						
	расчет.	утвержд.	фактич.	8	расчет.	утвержд.	фактич.	9	расчет.	утвержд.	фактич.	10	расчет.	утвержд.	фактич.
2	6	7	8	9	10	11	12	13	14						
01				+	+	+									
02				+	+	+									
03				+	+	+									
04				+	+	+									
05				+	+	+									
06				+	+	+									
07				+	+	+									
08	+	+	+												
09	+	+	+												
10	+	+	+												
11	+	+	+												
12	+	+	+												
13	+	+	+												
14															
15	+	+	+												
16															
17	+	+	+												
18															
19															
20															
21															
22															

Целевые программы

Программы	№ строки	Финансовое обеспечение (тыс. руб.)					
		Бюджет		ОМС		Всего	
		утвержд.	фактич.	утвержд.	фактич.	утвержд.	фактич.
1	2	3	4	5	6	7	8
Всего:	01						
В том числе: – субъекта Российской Федерации	02						
– федеральные	03			+	+		

Добровольное медицинское страхование, платные услуги

Виды медицинской помощи	№ строки	Объемы медицинской помощи (в тыс.)	Фактическое финансирование (тыс. руб.)
1	2	3	4
Всего:	01	+	
В том числе: – скорая медицинская помощь – число вызовов	02		
– амбулаторно-поликлиническая помощь – посещений	03		
– стационарная помощь – (койко-дни	04		
– в условиях дневных стационаров – дни лечения	05		

Окончание образца 1.

Утверждено бюджетом ТФОМС на выполнение Территориальной Программы ОМС за счет: части единого социального налога и налога на вмененный доход _____ 1, взносов на ОМС неработающего населения _____ 2;
Фактически поступило средств ОМС на выполнение Территориальной Программы ОМС за счет: части единого социального налога и налога на вмененный доход _____ 3, взносов на ОМС неработающего населения _____ 4.

Территориальная Программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи утверждена постановлением (Законом) _____ от «___» _____ 2000 г.

Численность населения субъекта РФ (тыс.) _____ 1, в том числе застраховано по ОМС (тыс.) всего _____ 2,
работающих _____ 3, неработающих _____ 4.

«___» _____ 200 г.

(Ф.И.О., № телефона исполнителя)

для ЛПУ
Подпись ответственного лица

в сводном отчете

Руководитель органа управления
здравоохранением субъекта
Российской Федерации _____

Исполнительный директор
территориального фонда ОМС

- трансфертов населению для финансирования льготного лекарственного обеспечения, протезирования, других социальных выплат и компенсаций в области охраны здоровья населения, установленных законодательством РФ, законодательством субъектов РФ, правовыми актами органов местного самоуправления;

- платежей на ОМС неработающего населения.

Проекты бюджетов фондов ОМС составляются органами управления указанных фондов и представляются органами исполнительной власти на рассмотрение законодательных (представительных) органов в составе документов и материалов, представляемых одновременно с проектами соответствующих бюджетов на очередной финансовый год.

Бюджеты фондов ОМС рассматриваются и утверждаются законодательными (представительными) органами власти в форме федеральных законов и законов субъектов РФ, как правило, одновременно с принятием федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ на очередной финансовый год.

В связи с введением в действие части второй Налогового кодекса изменился порядок финансового взаимодействия и расходования средств в системе ОМС.

Финансовые средства Федерального фонда ОМС образуются за счет:

- части единого социального налога по ставкам, установленным законодательством РФ;
- части единого налога на вмененный доход для определенных видов деятельности в установленном законодательством размере;
- иных поступлений, предусмотренных законодательством РФ.

Финансовые средства территориальных фондов ОМС образуются за счет:

- части единого социального налога по ставкам, установленным законодательством РФ;
- части единого налога на вмененный доход для определенных видов деятельности в установленном законодательством размере;
- страховых взносов на ОМС неработающего населения, уплачиваемых органами исполнительной власти субъектов РФ, местного самоуправления с учетом территориальных программ ОМС в пределах средств, предусмотренных в соответствующих бюджетах на здравоохранение;
- иных поступлений, предусмотренных законодательством РФ.

В настоящее время в составе единого социального налога платежи в федеральный фонд ОМС составляют 0,2% и в территориальные фонды ОМС 3,4% от фонда оплаты труда. С 1 января 2001 года сбор и контроль за поступлением обязательных платежей в фонды ОМС осуществляется Министерством по налогам и сборам РФ.

Расходование средств Федерального и территориальных фондов ОМС осуществляется в соответствии с их бюджетами, утвержденными соответственно федеральным законом и законами субъектов РФ.

Органы исполнительной власти субъектов РФ и местного самоуправления перечисляют средства на ОМС неработающего населения в объемах, гарантирующих предоставление медицинских услуг указанной категории граждан в рамках территориальной программы ОМС, являющейся составной частью Программы.

В случае недостаточности указанных средств при формировании бюджетов территорий на предстоящий финансовый год предусматривается целевая дотация из бюджета вышестоящих органов исполнительной власти.

Территориальные фонды ОМС осуществляют:

- финансирование страховых медицинских организаций (СМО) по дифференцированным среднестатистическим нормативам для оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС;
- финансирование мероприятий по здравоохранению в рамках региональных целевых программ;
- формирование нормированного страхового запаса, предназначенного для обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС на территории субъекта РФ;
- формирование средств, предназначенных на обеспечение им управленческих функций по нормативу, устанавливаемому исполнительным директором по согласованию с правлением территориального фонда в процентах к размеру всех поступивших средств.

Процесс планирования и согласования объемов и видов медицинской помощи способствует выявлению нерационального использования финансовых и материальных ресурсов, развитию стационарозамещающих и ресурсосберегающих технологий. Финансирование здравоохранения в перспективе должно осуществляться на основе научного обоснования потребности населения территории в медицинской помощи, исходя из особенностей демографического состава, уровней и структуры заболеваемости населения, а не необходимости содержания сложившейся сети ЛПУ.

В соответствии с Программой социально-экономического развития РФ на среднесрочную перспективу (2002-2004 гг.), утвержденной распоряжением Правительства РФ от 10.07.2001 № 910-р, реформирование финансового механизма здравоохранения будет связано с формированием системы обязательного медико-социального страхования (ОМСС). Планируется реорганизовать существующие Федеральный и территориальные фонды ОМС и Фонд социального страхования РФ в единый Федеральный фонд ОМСС.

В Программе предусматривается перераспределение объемов медицинской помощи со стационарного звена на амбулаторно-поликлинический уровень. В перспективе 60-65% финансовых ресурсов здравоохранения должны направляться на оказание амбулаторной помощи, 30-35% – на стационарную медицинскую помощь и 5-10% – на скорую помощь.

В настоящее время территориальные программы государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью финансируются в абсолютном большинстве регионов с дефицитом в 30-40% от потребности, что

обуславливает снижение доступности и качества медицинской помощи и вынужденные расходы населения на оплату медицинских услуг.

Новая организационная структура позволит повысить уровень централизации средств государственного социального страхования, а законодательное решение проблемы размеров и порядка оплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения за счет бюджетных средств - решить задачу полного финансирования обязательств ОМС на всей территории страны.

Переход на подушевой принцип финансирования изменит экономические условия деятельности органов управления здравоохранением, ослабит их заинтересованность в поддержании всех подведомственных им ЛПУ и создаст предпосылки для ориентации на конечные показатели здоровья населения и поиск эффективных вариантов использования имеющихся ресурсов. Появится возможность широкого маневрирования кадровыми, материальными и финансовыми ресурсами, а также применения более рациональных форм организации медицинской помощи без риска уменьшения общей суммы финансирования.

Контрольные вопросы.

1. Определение финансовой системы здравоохранения.
2. Что должна обеспечивать система финансирования здравоохранения?
3. Основные источники финансирования здравоохранения.
4. Что является основой формирования бюджета здравоохранения в РФ?
5. Бюджетная классификация по уровням ассигнования.
6. Виды медицинской помощи, предоставляемые населению в зависимости от бюджетных уровней.
7. Составление и предоставление бюджетной заявки ЛПУ на очередной финансовый год.
8. Права и обязанности получателей бюджетных средств.
9. Формы бюджетных средств на здравоохранение.
10. Составление, рассмотрение и утверждение бюджетных фондов ОМС.
11. Формирование финансовых средств ФФОМС и ТФОМС.
12. Что финансируется ТФОМС?
13. Каким должно стать финансирование здравоохранения РФ в перспективе?

Глава 7. *Здравоохранение как система мероприятий по сохранению, укреплению и восстановлению здоровья населения. Медико-социальные аспекты здорового образа жизни.*

УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Цели

Студент должен

Знать

- определение, основные задачи, виды профилактики и показатели оценки ее эффективности;

- определение: факторов риска, групп риска, скрининга, здорового образа жизни;

- эпидемиологические подходы к определению факторов риска;

- классификацию факторов риска и основные методы их оценки при важнейших неинфекционных заболеваниях;

- основные принципы, формы, методы и средства гигиенического обучения и воспитания населения;

- роль врача в формировании здорового образа жизни.

Уметь:

- обосновать актуальность профилактики на современном этапе;

- определять факторы риска в своей практической деятельности при прохождении производственной практики;

- применять методики определения и оценки факторов риска при обучении на профильных кафедрах;

- выбрать методы и средства гигиенического обучения и воспитания в зависимости от конкретной ситуации.

Система охраны здоровья – совокупность взаимодействующих субъектов и институтов общества, организованных с целью осуществления политических, экономических, Правовых, социальных, научных, медицинских, санитарно-гигиенических мер, направленных на сохранение, поддержание, укрепление здоровья граждан и профилактику заболеваний.

Здоровье нации в значительной степени определяется состоянием и эффективностью системы здравоохранения и социальной защиты населения. При этом надо иметь в виду, что только одна система здравоохранения не в состоянии обеспечить выполнение комплексных программ по укреплению здоровья населения, профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни и совершенствованию мер социальной защищенности граждан.

К концу 20 века Россия подошла с неутешительным итогом: продолжительность жизни сокращается (для мужчин – 59 лет, для женщин – 72 года). При этом разрыв в длительности жизни мужчин и женщин растет – тенденция, не имеющая аналогов в мирное время. Занимая место аутсайдера в сообществе

цивилизованных стран по продолжительности жизни населения, Россия является абсолютным «лидером» по величине разрыва в продолжительности жизни мужчин и женщин. Общая смертность населения СНГ в среднем в 1,5 раза выше, чем в других развитых странах, главным образом за счёт высоких показателей смертности от болезней системы кровообращения, несчастных случаев, травм, отравлений, онкологических заболеваний, социально значимых инфекций, а также высокой младенческой и материнской смертности. Актуальной становится проблема чрезвычайного психологического напряжения у половины взрослого населения страны. С каждым годом увеличивается распространение наркомании, особенно среди молодёжи, неуклонно возрастает угроза массовой наркотизации населения.

В настоящее время демографическая ситуация в России такова, что речь можно вести не о высокой смертности, а о сверх смертности. Угроза здоровью населения России столь велика, что уже сейчас является серьёзным препятствием дальнейшего социально-экономического развития общества. По качеству общественного здоровья Россия занимает далеко не первые места в мире, что обусловлено неблагоприятной эколого-гигиенической и эпидемиологической обстановкой во многих регионах страны.

Таким образом, здоровье населения совершенно не соответствует геополитическому положению одной из крупнейших и наиболее богатых разнообразными ресурсами стран мира. Вклад системы здравоохранения в профилактику заболеваний и сохранение удовлетворительного уровня здоровья населения оказывается на практике крайне низким. На повестке дня стоит вопрос о принятии чрезвычайных мер по охране здоровья населения. С решением этой проблемы связаны практически все жизненно важные системы функционирования государства. С одной стороны, здоровье нации в значительной степени определяет состояние трудовых ресурсов государства, и, следовательно, в значительной степени – научно-технический и производственный потенциал страны. С другой стороны, здоровье нации определяет состояние обороноспособности и национальной безопасности страны. В этой ситуации все аспекты деятельности государства не имеют смысла, если здоровье населения, среда его обитания резко ухудшаются, если процессы депопуляции и вырождения выйдут из-под контроля.

Одним из недостатков концепций развития здравоохранения предыдущих периодов являлось то, что они ориентировались в основном на построение и рассмотрение моделей «должного», объявляя их ближайшими целями настоящего. Это в свою очередь привело к тому, что в настоящее время по сравнению с другими экономически развитыми странами в России на единицу населения приходится значительно больше врачей и больничных коек; в среднем россияне чаще обращаются к врачу, подвергаются госпитализации, при этом средняя длительность пребывания больного в стационаре (количество койко-дней) достаточно высока. Тем не менее, в последние годы эти преимущества уже не дают достаточно заметного как медико-социального, так и экономического эффекта. Возникает закономерный вопрос: почему общество допустило деградацию ме-

дико-социальной инфраструктуры, ответственной за здоровье населения. Дело в том, что государство советского периода взяло на себя обязательства заботы о человеке по всем вопросам: жилище, работа, отдых, здоровье, семья, дети, обеспечение пенсионеров и инвалидов. Другими словами, оно освободило индивида от потребности заботиться о своем здоровье. Отсутствие же личностной ответственности за здоровье привело, с одной стороны, к деградации социальной структуры, формирующей одну из важнейших потребностей человека и адекватной ей стратегии охраны здоровья населения в России, а с другой – к социальному обесцениванию личности человека.

Охрана и улучшение здоровья населения, безусловно, имеют большое значение как для повышения производительности труда и развития экономики, так и для движения общества по пути прогресса. Между тем укрепление здоровья населения с целью достижения определенных экономических результатов не является самоцелью. Для успешной жизни в обществе люди должны обладать знаниями и опытом – культурой здорового образа жизни. Однако сами по себе такие знания мало что дают, если они не обеспечивают понимания тех реальных ежедневных процессов, в которых находятся люди. Для этого должна создаться целостная картина деятельности медицинских учреждений, текущего поведения всего населения, либо его отдельных социальных групп по поддержанию, сохранению и укреплению собственного здоровья.

Итак, Говоря об охране и укреплении здоровья населения (человека), мы часто испогузуем термин **«здоровый образ жизни»**. В связи с этим актуальным становится такое определение, как «образ жизни».

Образ жизни – одна из важнейших социологических категорий, интегрирующая представления об определенном виде (типе) жизнедеятельности людей.

Образ жизни существенно влияет на многие социальные процессы и характеристики общества. Именно поэтому повышенный интерес как социологов, так и медиков вызывают проблемы, связанные с взаимовлиянием образа жизни и здоровья населения, а категория «здоровый образ жизни» получила права гражданства в медицинских, гигиенических и социологических исследованиях.

Концентрированным выражением взаимосвязи и положительного взаимовлияния образа жизни и здоровья населения является понятие «здоровый образ жизни».

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) – это индивидуальная и общественная деятельность в конкретных социально-экономических, политических, экологических и прочих условиях, направленная на сохранение и укрепление здоровья людей.

ЗОЖ выражает определенную ориентированность деятельности личности в направлении укрепления и развития как личного, так и общественного здоровья. Тем самым ЗОЖ связан с личностно-мотивационным воплощением индивидами своих социальных, психологических, физических возможностей и способностей. Отсюда следует огромное значение формирования ЗОЖ в создании оптимальных условий функционирования индивида и общества.

Основными принципами ЗОЖ, способствующими сохранению и укреплению здоровья, являются: правильно организованный, физиологически оптимальный, приносящий удовлетворение труд (учеба), достаточная двигательная активность, сбалансированное в качественном и количественном отношении питание, достаточный сон, соблюдение режима дня, закаливание, отказ от вредных привычек, вызывающий положительные эмоции досуг. Таким образом, в понятие ЗОЖ входит преодоление факторов риска здоровью и создание благоприятной обстановки, условий для укрепления здоровья - развитие тех индивидуальных и общественных факторов, прежде всего гигиенического воспитания и поведения, которые участвуют в формировании здоровья. Из чего следует, что имеется два направления формирования ЗОЖ:

1) создание, развитие, усиление, активизация позитивных для здоровья условий, факторов, обстоятельств, по существу – формирование потенциала общественного здоровья;

2) преодоление, уменьшение факторов риска здоровью.

И хотя оба эти аспекта взаимосвязаны, на практике дело ограничивается, как правило, лишь борьбой с факторами риска, что само по себе очень важно. Но проводить работу по устранению факторов риска гораздо проще, так как эти явления находятся на поверхности, достаточно хорошо известны и измерены. Куда сложнее определять и проводить профилактическую работу по созданию факторов ЗОЖ. Кроме того, проблема заключается не только в разграничении этих аспектов, но и в конкретных планах и программах формирования ЗОЖ.

Формирование ЗОЖ должно осуществляться одновременно на четырех уровнях:

1) государственном – учреждениями, предприятиями, организациями, школами, центрами Госсанэпиднадзора, комитетами по экологии и охране окружающей среды, комитетами сельского хозяйства и продовольствия, средствами массовой информации;

2) общественном – общественными организациями и движениями различного профиля;

3) медицинском – медицинскими учреждениями;

4) индивидуальном – самим человеком.

Иначе говоря, формирование ЗОЖ – это комплексная проблема, в решении которой должны участвовать многие учреждения и организации, а не только медицинские учреждения, как ошибочно многие считают. И, более того, вклад различных немедицинских учреждений в формировании ЗОЖ значительно выше, чем медицинских, которым принадлежит всего лишь 8-10% в формировании здоровья.

К задачам по формированию ЗОЖ, которыми должно заниматься государство и его учреждения, относятся:

1) создание безопасных условий труда;

2) защита среды обитания (экология);

3) выпуск доброкачественных продуктов питания;

- 4) создание индустрии здоровья (строительство оздоровительных и спортивных комплексов, выпуск спецодежды и т.д.);
- 5) внедрение экономических стимулов ЗОЖ;
- 6) организация и проведение гигиенического воспитания населения на различных этапах социализации личности (школа, институт, предприятие).

Медицинские учреждения должны решать свои задачи по формированию ЗОЖ, к ним относятся:

- 1) своевременная постановка проблем по формированию ЗОЖ перед органами власти;
- 2) разработка программ формирования ЗОЖ;
- 3) внедрение системы медицинского обслуживания здоровых и практически здоровых;
- 4) обеспечение населения достоверной информацией по вопросам ЗОЖ.

Деятельность медицинских работников регламентируется приказами № 770 «О совершенствовании гигиенического воспитания и пропаганды» (1988), № 364 «О мерах по развитию медицинской профилактики в Российской Федерации» (1995), № 295 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения в области гигиенического обучения и воспитания населения Российской Федерации» (1997), № 344 «О создании Координационного центра и региональных кабинетов профилактики неинфекционных заболеваний и факторов риска» (1997) и рядом других приказов и постановлений. В них подчеркивается, что важнейшая функция и задача всех органов и учреждений, всех организаций, которые занимаются формированием ЗОЖ и, прежде всего, учреждений ПМСП, - это четкая, эффективная пропаганда ЗОЖ, без которой невозможно рассчитывать на успех этой большой общегосударственной и всенародной проблемы.

Пропаганда должна акцентироваться не столько на санитарном просвещении, сколько на средствах гигиенического воспитания, то есть не на пассивном восприятии медицинских и гигиенических знаний, различной полезной информации, а на обучении восприятию гигиенических навыков, правил и норм поведения, активном их проведении в жизнь. Иначе говоря – на обучении действиям, осуществлению ЗОЖ в конкретных условиях и ситуациях, на примерах их медицинской практики.

К сожалению, необходимо отметить, что в настоящее время существенным препятствием для успешного развития программ формирования здорового образа жизни остается низкая гигиеническая медицинская культура значительной части населения страны. Это свидетельствует о невысокой общей культуре, т.к. гигиеническая грамотность и культура – часть общей культуры и образованности людей. Так, по данным исследования образа жизни медицинских работников (Тихомирова Л.В.), более 68% опрошенных нерегулярно питаются, лишь 45% предпочитают активный отдых, около 44% злоупотребляют алкоголем или употребляют его не реже 1 раза в месяц, более 40% врачей (мужчин и женщин) курят, а утреннюю гимнастику регулярно делают не более 5-6%. Кро-

ме того, до 80% опрошенных сами не придерживаются рекомендаций по рациональному образу жизни, которые они дают своим пациентам (Вагнер Е.А., Росновский А.А. и др.). Таких примеров и фактов о несоблюдении ЗОЖ различными группами и слоями населения можно приводить множество. Вот всего несколько из них. В исследованиях Коротких Р.В., охвативших несколько тысяч респондентов, отмечена низкая медицинская активность большого числа обследованных: 64% несвоевременно обращались к врачам при заболеваниях, нечеткость выполнения рекомендаций с профилактической целью в 62% при заболеваниях. Лишь 20% здоровых считают, что отношение к здоровью и соответствующее поведение является важным фактором здоровья, а среди больных – лишь 9,6%. Вместе с тем, 90% опрошенных называли главным фактором здоровья снабжение продуктами питания, 27% - состояние окружающей среды, 15% - условия труда, 10% - морально-психологический климат в семье. И хотя все 100% опрошенных признают для здоровья значение физкультуры, занимаются её не более 8-10%. По данным Оганова Р.Г., при обследовании на выявление артериальной гипертонии о болезни знали 56-74% больных, а лечилось медикаментами лишь 22-30%. Кроме того, исследования показывают, что 40% респондентов не знают о наличии у них гипертонии, а 15-20% знающих об этом не принимают никаких мер её профилактики и лечения. Как показывает анализ проведения на предприятиях медицинских профилактических осмотров последних лет, до 40% рабочих и служащих не являются на них, хотя среди неявившихся - не менее трети имеют хронические заболевания. Нередка низкая медицинская активность и среди родителей, которые подчас преувеличивают свои гигиенические знания. Так, по сведениям Альбицкого В.Ю., Баранова А.А. и Полуниной Н.В., 95% родителей считали, что обладают достаточными знаниями по профилактике детских заболеваний, однако при проверке оказалось, что необходимой информацией располагали всего не более 40% родителей.

Приведенные примеры указывают на низкий уровень знаний о ЗОЖ и его формировании, на низкую медицинскую активность, следовательно, на трудности в проведении стратегической линии охраны и улучшения здоровья - формирования ЗОЖ, первичной профилактики, и говорят об актуальности разработки проблем санологии – науки о здоровье, точнее, о здоровье здоровых, его охране, укреплении, умножении – воспроизводстве.

Формирование ЗОЖ должно быть основным направлением социальной политики в области здравоохранения, включающим в себя профилактику. Существующая классификация проведения профилактических мероприятий выделяет индивидуальный (личностный) уровень, уровень семьи, трудового коллектива (общественный) и государственный.

Если развитие профилактики на индивидуальном уровне включает, в основном, изучение здоровья индивидуума и его образа жизни, то переход к семейному уровню неразрывно связан с изучением семейного положения и отношения индивидуума не только к собственному здоровью, но и к здоровью всех членов семьи. Изучение состава семьи необходимо для осуществления не

только медицинских, но и социальных мероприятий, направленных на создание оптимальных условий для воспитания привычек и навыков, способствующих сохранению и укреплению здоровья у всех членов семьи. Дело в том, что одним из основных требований ЗОЖ является формирование привычек, обеспечивающих высокий уровень здоровья на раннем этапе развития человека: от того, насколько успешно удастся закрепить их в сознании, зависит реальный образ жизни в последующем.

Распределение населения по специальным и производственно-профессиональным группам следует учитывать при проведении профилактических мероприятий на уровне коллектива. Особая роль здесь отводится программам здоровья, которые разрабатываются на основе комплексной программы профилактики. В них должны быть предусмотрены совместные действия органов и учреждений здравоохранения, просвещения, культуры и др. Осуществление мер первичной профилактики должно быть важнейшей обязанностью всей сети ЛПУ и особенно служб ПМСП – амбулаторно-поликлинических, скорой и неотложной помощи, родовспоможения, санитарно-противоэпидемического надзора, пунктов здравоохранения, ФАПов, участковых больниц, семейных врачей и врачей общей практики. В то же время основным условием ЗОЖ является личная заинтересованность человека. Первым шагом на этом пути становится выбор жизненных установок, определения цели в жизни, потом выбор путей, с помощью которых можно реализовать свои замыслы. Каждый сам кузнец своего счастья и жизнь зависит больше всего от самого человека. И чем раньше человек осознанно начнет работать над собой, тем успешнее результаты его труда. Широко распространено ложное представление о том, что болезни приходят в старости, когда активная жизнь уже позади. Однако, достаточно посмотреть вокруг, чтобы увидеть больных и неприспособленных к более или менее интенсивному труду юношей и девушек и сильных, физически закаленных и выносливых людей старшего и даже пожилого возраста.

Таким образом, **формирование ЗОЖ, это:**

1) для конкретного человека – определение уровня индивидуального здоровья и осуществление мер по его укреплению, оценка риска того или иного заболевания, определение индивидуальной нормы и патологии, выявление заболеваний на ранней стадии, своевременное проведение оздоровительных, лечебных и реабилитационных мероприятий;

2) для общества – устранение факторов риска и осуществление мер первичной профилактики, демографический прогноз, прогнозирование здоровья, определение потребностей в оздоровительных мероприятиях, планирование трудовых ресурсов страны;

4) для медицинской науки – изучение уровня здоровья населения и факторов риска, определение нормальных биологических параметров, изучение преморбидных состояний, уровня реактивности и адаптации организма, создание теоретических основ медицины здорового человека.

Контрольные вопросы.

1. Что подразумевается под понятием «образ жизни»?
2. Дайте определение понятия «здоровый образ жизни».
3. Основные принципы и направления формирования ЗОЖ.
4. На каких четырех уровнях должно одновременно осуществляться формирование ЗОЖ?
5. Какие задачи по формированию ЗОЖ возлагаются на государство и его учреждения?
6. Какие задачи по формированию ЗОЖ должны решать медицинские учреждения?
7. На каких вопросах должна акцентироваться пропаганда формирования ЗОЖ?
8. Приведите примеры, указывающие на низкий уровень знаний о ЗОЖ и его формировании среди различных контингентов населения, в том числе и среди медицинских работников.
9. Какая наука занимается проблемами о здоровье здоровых?
10. Охарактеризуйте в целом, что представляет собой формирование ЗОЖ для конкретного человека, для общества и для медицинской науки.

Глава 8. Современные проблемы профилактики психических и поведенческих расстройств, алкоголизма, нарко- и токсикоманий, табакокурения, заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа).

ВАЖНЕЙШИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ, ПРОФИЛАКТИКА

Цели

Студент должен

Знать:

- определение и основные критерии медико-социальной значимости проблемы;

- особенности организации медицинской помощи при важнейших неинфекционных заболеваниях.

Уметь:

- обосновать актуальность важнейших неинфекционных заболеваний как медико-социальной проблемы;

- применять знания по эпидемиологии, организации медицинской помощи и профилактики при обучении на профильных кафедрах.

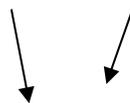
Одним из важнейших политических документов Российской Федерации в области охраны общественного здоровья является Концепция развития здравоохранения и медицинской науки. Принципы реализации данной Концепции заключаются, прежде всего, в профилактической направленности Российского здравоохранения, что создает основу для улучшения здоровья как на индивидуальном уровне, так и на уровне всего общества.

Профилактика в медицине – это широкая и разносторонняя сфера деятельности, относящаяся к выявлению причин заболеваний и повреждений, их искоренению или ослаблению у отдельных людей, их групп и всего населения. Как видно из определения, конечная цель профилактики заболеваний заключается в исключении или, по крайней мере, снижении воздействия на отдельных людей или на общество известных, так называемых «избегаемых причин», и таким образом, в предотвращении возникновения заболевания (*первичная профилактика*). Другая цель состоит в благоприятном изменении течения заболевания путем выявления и лечения его на ранних, доклинических стадиях, когда заболевание в достаточной степени поддается лечению, и таким образом, в предотвращении клинического проявления и развития заболевания (*вторичная профилактика*).

Меры первичной и вторичной профилактики самые разнообразные: медицинские, биологические, гигиенические, социальные, социально-экономические.

Первостепенное значение для первичной профилактики приобретет концепция образа жизни, которая определяет пути предупреждения, прежде всего, хронических неэпидемических заболеваний, генез которых во многом связан с курением, злоупотреблением алкоголем, психоэмоциональными стрессами (схема 1).

Схема 1.





Психическое здоровье с точки зрения общественного здравоохранения.

Для всех людей психическое, физическое и социальное здоровье – это важнейшие составляющие жизни, которые тесно взаимосвязаны между собой и взаимозависимы друг от друга. А по мере всё более глубокого понимания этого взаимоотношения становится очевидным, что психическое здоровье является чрезвычайно важным для общего благополучия не только отдельных лиц, но и общества в целом.

К сожалению, приходится констатировать, что в настоящее время психические и поведенческие расстройства являются очень распространенными и поражают более 25% всех людей. Можно вполне предположить, что в дальнейшем число таких больных, с учетом старения населения и ухудшения социальных проблем, будет увеличиваться. Так, если в 1990 году психические и неврологические расстройства, по данным ВОЗ, составляли 10% от общего показателя заболеваемости, то в 2000 году этот показатель уже равнялся 12,1%, а к 2020 году, как предполагается, показатель этих расстройств возрастает до 15%. По Российской Федерации и по Курской области уровень заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами представлен в таблице 2.

Таблица 2

Динамика уровня общей первичной заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения (данные на 2002 г.)

Территории и категории больных	Зарегистрировано больных на 100000 населения по годам наблюдения							
	Общая заболеваемость (распространенность)				Собственно заболеваемость (первичная)			
	1995	1997	1999	2001	1995	1997	1999	2001
Российская Федерация								
Всего:	4249,8	4216,3	4906,0	4954,2	729,3	720,4	938,7	969,8
в т.ч. – взрослые	5153,3	5029,3	5407,7	5617,2	586,2	564,4	644,0	730,4
– подростки	4536,7	4425,3	5931,3	5799,6	829,2	827,5	1363,0	1396,6
– дети	3059,3	3194,4	3378,9	3445,9	772,5	769,4	809,2	782,5
Курская область								
Всего:	3869,0	3950,7	5477,6	5858,5	796,7	813,0	1026,3	1406,2
в т.ч. – взрослые	4500,0	4513,0	6038,0	6123,5	802,0	759,0	869,0	1242,0
– подростки	2548,0	2764,0	4236,0	6950,5	761,0	886,0	1258,0	1695,5
– дети	4559,0	4575,0	6159,0	4501,5	827,0	794,0	952,0	1281,5

Как видно из данных, приведенных в таблице, в Российской Федерации идет рост общего числа лиц с психическими и поведенческими расстройствами как по показателям общей, так и по собственно заболеваемости (в период с 1995 по 2001 годы рост заболеваемости составил 14,2% и 33,0% соответственно показателям). В то же время данный вид патологии достаточно неоднородно распределяется по возрастным контингентам. Среди взрослого населения рост психических и поведенческих расстройств за рассматриваемый период составил 9% по показателю распространенности и 24,6% по первичной заболеваемости. У подростков эти же показатели составляют 27,8% и 68,4% соответственно, а среди детей – 12,6% и 1,3%. К 2002 году в стране под диспансерным и консультативным наблюдением в учреждениях, оказывающих специализированную психиатрическую помощь, находилось более 2447 человек в расчете на 100000 жителей. Из каждых 100000 таких больных 697,6 человека страдали тяжелыми формами психозов и слабоумия (из них более половины – 390,3 – шизофренией), 1116,2 человека – пограничными психическими расстройствами, 633,2 человека – умственной отсталостью.

Неблагоприятные тенденции отмечаются в состоянии психического здоровья детей. Так, к 2002 году общая заболеваемость у них составляла около 3446 на 100000 детей, а с впервые в жизни установленным диагнозом – 782,5 случая на 10000 детского населения. На первом месте по частоте диагностирования среди детей находились психические расстройства непсихотического характера (около 2/3 всех зарегистрированных); на втором месте – умственная отсталость (около 1/3); на третьем – психозы (примерно 3%). Заболеваемость психическими расстройствами среди детского населения возросла к 2002 году 12,6: по сравнению с 1995 годом. Число впервые заболевших детей в 2001 году составило примерно 1/5 от общего контингента больных детей, обратившихся за

помощью, что свидетельствует о динамичности в обновлении детского контингента.

Не менее острой является проблема состояния психического здоровья подростков. К 2002 году общая заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами среди подростков увеличилась на 68,4% (или в 1,7 раза). Из всех подростков, находившихся под диспансерным наблюдением, 64% были с умственной отсталостью (олигофренией). Высокий уровень заболеваемости психическими расстройствами среди детей и подростков приводит к снижению числа лиц, призываемых на воинскую службу. По данным военно-врачебной комиссии Московского военного округа, из числа всех подростков и юношей, признанных не годными к службе в мирное время, около 43% составляли лица с психическими расстройствами.

Рост уровня психических и поведенческих расстройств приводит к существенному росту инвалидности. За последние годы в России количество лиц, первично признанных инвалидами по психическому заболеванию, постоянно увеличивалось, в среднем на 3% в год, и к 2002 году их число составляло около 900 тысяч человек. В целом же контингент психических больных – инвалидов следует признать достаточно тяжелым – 93,2% составляют инвалиды I и II группы. В то же время следует подчеркнуть, что число работающих психически больных – инвалидов в России остается крайне низким (к 2002 году всего 4,6% от их общего числа).

Таким образом, тяжесть поражения, высокая инвалидизация заболевших (нередко с детского возраста), низкая трудоспособность больных и их асоциальное поведение выдвигают борьбу с психическими и поведенческими расстройствами в один ряд с такими актуальными социально-гигиеническими проблемами, как лечение и профилактика заболеваний системы кровообращения, онкологических заболеваний и травм.

В решении этой проблемы, с точки зрения общественного здравоохранения, очень многое может быть достигнуто за счет сокращения удельного веса психических расстройств (ВОЗ, 2001 г.) в общей структуре заболеваемости через:

- 1) определение политики, призванной обеспечить улучшение психического здоровья населения;
- 2) обеспечение всеобщего доступа к соответствующим, эффективным с экономической точки зрения услугам, включая содействие укреплению психического здоровья и служб профилактики;
- 3) обеспечение необходимой помощи и защиты прав больных в стационаре, страдающих наиболее серьезными психическими расстройствами;
- 4) оценка и мониторинг в вопросы охраны психического здоровья населения, включая наиболее уязвимые группы, такие как дети, женщины и пожилые люди;
- 5) поощрение здорового образа жизни и сокращение факторов риска в отношении психических и поведенческих расстройств, таких, как нездоровая обстановка в семье, злоупотребления и гражданские беспорядки;

б) содействие устойчивости семейной жизни, социальному сплочению и гуманитарному развитию;

7) усиление научных исследований в отношении причин психических и поведенческих расстройств, разработка эффективных методов лечения, а также мониторинг и оценка систем охраны психического здоровья.

Как видим из приведенного перечня мероприятий, рекомендуемых ВОЗ, по снижению психических и поведенческих расстройств, масштаб проблемы характеризуется не только значительной распространенностью данной патологии, но и рядом серьезных социальных, экономических, психологических, юридических и других последствий на макро- и микроуровне общества.

К проблемам психических и поведенческих расстройств вплотную при-
мыкает и в значительной мере её усугубляет **проблема алкоголизма, нарко- и токсикомании.**

По данным ВОЗ (2000 год), в мире насчитывалось 82 миллиона людей (около 1,7% всего населения), страдающих алкогольной заболеваемостью, из которых почти 9 миллионов (около 10%) – жители Центральной и Восточной Европы, включая Российскую Федерацию. Учитывая то, что среди основных психических заболеваний алкоголизм и алкогольные психозы занимают первое место, составляя до 35% больных этого класса болезней, становится обоснованным рассмотрение алкоголизма, как социальной проблемы.

Анализ данных социальной и медицинской статистики свидетельствует о том, что ситуация, связанная с употреблением алкоголя в Российской Федерации, стала чрезвычайной. Общая заболеваемость алкоголизмом в 2001 году, по данным наркологических диспансеров, составила более 1670 на 100000 человек, а уровень первичной заболеваемости – более 150 на 100000 населения. Показатели распространенности психических расстройств, связанных с синдромом зависимости от алкоголя немного выше, чем уровень первичной заболеваемости алкоголизмом и составляет 1517,9 случаев на 100000 населения. Всё это свидетельствует о том, что проблема алкоголизма стала ещё более острой, так как алкогольные психозы являются индикатором распространенности алкоголизма и характеризует тяжесть болезни. Данное положение усугубляется и тем, что среди женщин также отмечается увеличение числа больных алкоголизмом (в 2001 году под наблюдением наркологических диспансеров находилось 445 из 100000 женщин, из них было 48 человек с впервые установленным диагнозом алкоголизма).

Среди подростков заболеваемость алкоголизмом также находится на острие проблемы. Подтверждением этого являются показатели общей заболеваемости (19,5 случаев на 100000 подростков) и собственно заболеваемости (11,1 на 100000 подростков, впервые обратившихся за медицинской помощью в связи с алкоголизмом).

Российская Федерация в настоящее время занимает одно из первых мест в мире по уровню потребления алкоголя, который составляет 12-15 литров в год абсолютного алкоголя на душу населения. Тревожным является и тот факт, что не менее 80% всего употребляемого алкоголя составляют крепкие спиртные

напитки (водки и ликероводочные изделия). Вместе с тем, эксперты ВОЗ считают, что если потребление чистого алкоголя на душу населения превышает 8 литров, то это уже для нации и её генофонда. Кроме того, установлено, что каждый добавочный литр сверх определенного ВОЗ предела уносит 11 месяцев жизни у мужчин и 4 месяца у женщин. Для сравнения: потребление алкоголя на душу населения во Франции составляет 13,5 литра; Эстонии – 9-12; Чехии – 10; США – 7,2; Нидерландах – 4 литра.

Алкоголизм представляет сложную медико-социальную проблему. медицинская сторона заключается в том, что алкоголизм – это хроническое заболевание, характеризующееся патологической потребностью человека в алкоголе.

Социальность алкоголизма обуславливается неустроенностью семейной жизни, повышением преступности, дорожно-транспортных происшествий, заболеваемости, травматизма, смертности, что приводит к огромному экономическому ущербу для любой страны (к примеру, экономический ущерб для США от алкоголизма составляет 44 млрд. долларов).

Медико-социальные последствия алкоголизма можно объединить в три группы проблем:

1. Проблемы самого пьющего: снижение работоспособности, повышение риска травматизации, возникновения заболеваний, снижение умственных способностей, физические нагрузки, деградация личности, преждевременная смерть, самоубийство, снижение авторитета и уважения со стороны окружающих.

2. Проблемы семьи пьющего: конфликты в семье, ухудшение отношения к детям, плохой пример для подражания, повышение вероятности рождения больных детей, педагогическая запущенность детей, финансовый ущерб для семьи.

3. Проблемы общества: нарушения общественного порядка, преступления, несчастные случаи, дорожно-транспортные происшествия, травматизм, экономический ущерб.

Еще в середине 19-го века в классическом труде Гусса алкоголизм рассматривался как заболевание, вызванное злоупотреблением спиртными напитками и выражающееся соответствующими изменениями в нервной системе. В этой связи в развитии алкоголизма можно выделить три стадии.

1-я стадия – начальная (или невротическая), характеризуется: влечением к алкоголю и состоянию опьянения; возрастанием толерантности (устойчивости) к принимаемым дозам алкоголя; астеническим симптомокомплексом (повышение утомляемости, раздражительность, эмоциональная лабильность, бессонница, ранее утреннее пробуждение); переходом от эпизодического приема алкоголя к систематическому.

2-я стадия – средняя (или наркоманическая), характеризуется: нарастанием влечения к алкоголю; потерей контроля над его употреблением; появлением абстинентного синдрома; нарушением психики, поражением внутренних органов и нервной системы.

3-я стадия – исходная (или энцефалопатическая) характеризуется: запойным пьянством, снижением толерантности к алкоголю; тяжелым поражением внутренних органов и нервной системы; частыми алкогольными психозами.

С позиции медицинских последствий алкоголизма необходимо отметить следующее:

1) алкоголизм прямо или косвенно влияет на репродуктивные процессы. Зачастую дети, рожденные в семьях, где женщины злоупотребляют спиртными напитками, страдают так называемым «алкогольным синдромом плода» – особым типом сочетания врожденных уродств, нарушений физического и умственного развития. Распространенность данного синдрома составляет от 1 до 5 случаев на 1000 новорожденных детей. Наиболее типичными симптомами алкогольного синдрома плода являются: задержка физического и умственного развития, челюстно-лицевые аномалии, укорочение глазных щелей, пороки сердца, косоглазие. Кроме того, у женщин, страдающих алкоголизмом во время беременности, чаще наблюдаются токсикозы, выкидыши, мертворождения, родовые травмы;

2) у лиц, злоупотребляющих спиртным, повышается риск возникновения таких заболеваний, как туберкулез, различные формы миопатий (мышечной слабости), ИБС, артериальной гипертонии, болезней органов дыхания, пищеварения, онкологических заболеваний и заболеваний, передающихся половым путем, заражения СПИДом. Так, например, заболеваемость туберкулезом у больных алкоголизмом в 18 раз выше, чем среди всего населения; болезни системы кровообращения у алкоголиков встречаются в 2 раза чаще, чем у непьющих; в 80% причиной цирроза печени также является алкоголь; риск развития рака полости рта у злоупотребляющих спиртными напитками в 10 раз выше, чем у других категорий населения; уровень смертности у систематически пьющих в 2 раза, а у больных алкоголизмом – в 5 раз выше, чем у населения в целом, причем средний возраст умерших больных алкоголизмом на 10-15 лет меньше, чем в общей популяции, и в среднем составляет 45-55 лет.

Алкоголизм является одним из ведущих факторов, способствующих распространению венерических заболеваний. Так, заражение сифилисом у мужчин в 70% происходит в состоянии алкогольного опьянения, а женщин – в 40% случаев; в состоянии алкогольного опьянения заражается половина больных гонореей.

Итогом употребления спиртного у мужчин является феминизация, которая проявляется импотенцией, гинекомастией, эритемой ладоней. Эти симптомы наблюдаются у 40% мужчин-алкоголиков. У женщин, злоупотребляющих алкоголем, намного выше число бесплодий, внематочных беременностей и абортов.

Программа СИНДИ («Профилактика через первичное здравоохранение»), разработанная ВОЗ, определяет четыре основные стратегии профилактики алкоголизма.

1-я стратегия – национальная политика в области профилактики алкоголизма. Основное направление этой политики должно ориентироваться на уси-

ление государственного контроля в области производства и оборота алкогольных напитков, когда координируются сельское хозяйство, производители алкоголя и торговля, включая ежегодное законодательство такое, как регулирование цен, ограничения на рекламу, время и место продажи алкогольной продукции, содействие в формировании атмосферы общественного осуждения пьянства.

2-я стратегия – санитарное просвещение, которое должно быть направлено на информированность населения относительно опасности для здоровья, психологического и социального вреда, вызванных употреблением алкоголя, в особенности, для наиболее уязвимых групп (например, для беременных женщин, детей, подростков) и обстоятельствах, когда потребление алкоголя может вызвать опасные ситуации (например, на рабочих местах, за рулем автомобиля).

В этом плане следует активизировать работу женских и молодежных общественных структур, широко использовать системы учреждений дошкольного и школьного воспитания, поддерживать деятельность общественных организаций трезвости, взаимодействовать с религиозными организациями.

3-я стратегия – распознавание опасных и вредных случаев употребления алкоголя при помощи тестов, исследований и других процедур.

Наиболее простым является метод опроса пациентов об их привычках употребления алкоголя, или использования различных анкет и опросников, содержащих вопросы об обычной частоте потребления алкоголя в течение определенного периода времени (в неделю или в месяц). Преимуществом этой методики является не только простота, но и возможность быстрого получения результата, а также минимальный уровень затрат средств и времени на проведение исследования.

С целью профессионального подхода к распознаванию опасных и вредных случаев употребления алкоголя можно использовать метод тестирования. Наиболее распространенным в настоящее время среди профессионалов является тест идентификации нарушений, вызванных алкоголем AUDIT, который разработан для проведения скринингов на выявление ранних симптомов проблем, связанных с потреблением алкоголя. И, наконец, могут быть использованы лабораторные методики. Так, с целью выявления биологических маркеров чрезмерного потребления алкоголя (например, определение среднего объема клетки и определение гамма-глутамилтранспептидазы), можно проводить анализ крови. К недостаткам лабораторных методик относятся их трудоемкость, дороговизна и, в связи с высокой степенью ложнопозитивных показателей эти тесты не являются хорошим инструментом для скрининга.

4-я стратегия – короткие вмешательства, осуществляемые на уровне первичного звена здравоохранения (ПМСП). Эти вмешательства наиболее эффективны, когда путем скрининга выявляется потребление алкоголя в опасной или вредной форме.

Стратегии 1 и 2 являются начальными и представляют собой беседы в общих словах об образе жизни пациента и стрессах.

Стратегии 3 и 4 помогают медикам профессионально понять обстоятельства жизни пациента посредством описания им типичного дня недели и оценить готовность пациента изменить свое поведение посредством фокусирования на своих чувствах, а именно, что он считает хорошим и что плохим в потреблении алкоголя.

В случае, когда пациент все же не будет обеспокоен своим пристрастием к алкоголю, можно использовать дополнительные стратегии по профилактике алкоголизма. Так стратегии 5 и 6 предусматривают представление большей информации о воздействии алкоголя на здоровье с акцентом на контраст между нынешним положением пациента и тем, что его ожидает, если он продолжит выпивать. И только когда пациент открыто выразит обеспокоенность своим пристрастием к алкоголю и выскажет желание изменить эту привычку³, можно применить стратегии 7 и 8. Эти стратегии включают в себя определение степени тревоги пациента относительно потребления алкоголя и желания уменьшить количество, а затем помочь при принятии им решения. Очень важно, чтобы пациент согласился, что вполне реально добиться поставленной цели. Давая советы пациентам, медицинские работники первичного звена здравоохранения должны ориентироваться на то, что верхний предел самого низкого уровня риска для взрослых мужчин составляет 140-280 г спиртного в неделю, а нижний предел для женщин, молодых и пожилых людей, которые более подвержены токсическому воздействию алкоголя – 140 г в неделю. Потребление алкоголя должно быть растянуто на всю неделю, а не поглощаться за один или два раза. С точки зрения рисков для здоровья нет различий между типами алкогольных напитков, за исключением ситуаций с острой интоксикацией и отравлением фальсифицированной продукцией.

Наркомания и токсикомания – явления, от которых страдает все общество, не говоря о том, какие тяжелые беды они приносят больным, а также их семьям.

По официальным данным Минздрава РФ, в России с начала 90-х годов 20 века наблюдается постоянный рост употребления наркотических и токсических веществ. Так, если за 1990 год собственно заболеваемость наркоманиями всего населения составляла 2,7 случая на 100000 человек, то в 1996 году она составляла уже 19,2, а в 2000 году – 50,6 на 100000 человек, т.е. за 10 лет (с 1991 по 2000 г. г.) число больных наркоманией увеличилось почти в 19 раз.

Число женщин, впервые обратившихся за лечением по поводу наркоманий в 2000 году, составило 16,1 на 100000 женщин.

Особенно неблагоприятным является рост наркоманий среди подростков. Так, многочисленные исследования показали, что у 60-75% взрослых больных наркоманиями первый прием наркотиков приходится на возраст до 18 лет (наиболее часто это происходило в интервале от 14 до 16 лет).

По данным статистических материалов в РФ, в период с 1991 по 2000 годы число подростков, страдающих наркоманией, увеличилось в 17 раз (с 1475 до 25062 человек). Причем первичная обращаемость больных наркоманиями подростков также увеличилась с 1991 по 2000 год в 17 раз. Уровень заболевае-

мости подростков наркоманией в 2000 году был на 70% выше, чем заболеваемость всего населения.

Мотивация, определяющая употребление наркотических средств, вдыхание некоторых ароматических соединений обусловлено особенностями их действия на человека, одно из которых – способность вызывать эйфорию. Эта эйфория является одним из признаков состояния наркотического опьянения. Её характер, выраженность субъективных эффектов удовольствия, наслаждения, мнимого улучшения физического и психического самочувствия определяется употребляемым наркотическим веществом. Так эйфории, вызываемой опийными препаратами, присущи ощущения соматического наслаждения и эмоционального фона покоя, блаженства. При эйфории, вызванной психостимуляторами, преобладает ощущение интеллектуального «подъема», «просветления». В то же время, наблюдаемая в наркотическом опьянении эйфория обязательно сочетается с расстройством восприятия, изменением мышления; у человека, находящегося в состоянии наркотического опьянения, нарушается способность критически воспринимать окружающее; нарушение восприятия сочетается с расстройством процесса осмысления, способности и качества мышления. Изменяется темп мышления: при употреблении снотворных он снижается, стимуляторов – возрастает. Однако это повышение темпа мышления лишь субъективно расценивается как взлет творческих возможностей. На самом деле оно качественно снижется. При употреблении отдельных видов наркотиков мозг человека теряет способность проводить грани между реальными представлениями и фантастическими образами. При нарастании опьянения все сильнее утрачивается способность ориентироваться в окружающей среде и осуществлять целенаправленную и планомерную деятельность. Психические процессы все более затрудняются. При глубоком помрачении сознания – оглушении - он реагирует только на сильные раздражители – громкий голос, многократное повторение вопросов. Более тяжелые отравления наркотиками приводят к потере сознания и даже к летальному исходу (в 2000 году летальность в стационарах среди больных с острыми отравлениями лекарственными и другими токсичными веществами, составила 5,4% взрослого и 0,5% детского контингента).

Преимущественными причины отравлений являются лекарственные препараты, составляющие 60-65% всех острых бытовых отравлений, в основном за счет психофармакологических средств, а также наркотиков. Число лиц, госпитализируемых в больницы по поводу отравлений наркотиками, увеличилось за период с 1991 по 2000 год в несколько десятков раз.

Учитывая серьезность проблемы, ВОЗ предлагает её решение с помощью внедрения профилактических мероприятий не только через первичное звено здравоохранения, но с непременным участием общества и государства. Это связано с тем, что профилактика наркомании имеет две основные задачи: снижение риска индивида стать наркоманом и снижение вреда, связанного с употреблением наркотиков.

Существует 5 основных стратегий по осуществлению профилактических мероприятий:

- 1) ограничительное законодательство;
- 2) просвещение;
- 3) раннее выявление;
- 4) лечение;
- 5) снижение вреда.

Наиболее эффективным механизмом реализации такой профилактической направленности в борьбе с употреблением наркотических и токсических веществ является разработка и внедрение в жизнь комплексных и целевых программ не только федеральных и региональных, но особенно – местных, с проведением нарко- и токсикологического мониторинга.

В настоящее время лишь немногие оспаривают тот факт, что курение наносит вред здоровью человека в глобальных масштабах. Но, несмотря на то, что имеется множество научных данных о вредном воздействии табака на здоровье, сегодня приблизительно один из трех взрослых, или 1,1 млрд. людей в мире, являются курильщиками. По прогнозам ВОЗ, к 2025 году ожидается, что это число увеличится до 1,6 млрд.

Особо следует отметить высокую распространенность курения табака в России, где 60% мужчин и около 26% женщин являются регулярными курильщиками, т.е. больше, чем в любом другом Европейском регионе. И это на фоне значительного распространения курения табака среди детей и подростков.

Как показывают исследования, маловероятно, что лица, не начавшие курить в юности или молодой взрослой жизни, когда-либо станут курильщиками. В настоящее время, подавляющее большинство курильщиков (в 8 из 10 случаев) начинают курить в возрасте от 11 до 19 лет. Поэтому среди многих проблем воспитания подрастающего поколения одной из самых трудных является пропаганда вреда курения.

Опросы, проведенные среди подростков и молодых людей, показали, что половина курильщиков начинает прибегать к сигарете в силу простого подражания, а вторая половина – желая себя самоутвердить в глазах сверстников, показать себя более взрослым. Это особенно касается молодых девушек, одни из которых, как правило, начинают курить в силу бравяды, чтобы стать и здесь вровень с мальчишками, самоутвердить своё «Я», но большинство, к сожалению, – отдавая дань моде.

Другая особенность курения подростков состоит в том, что чаще курят те дети, у которых курят родители. Большая часть курящей молодежи не придает значения какой-либо угрозе здоровью со стороны табака, т.к. она может проявиться через 30-40 лет жизни. В то же время подростки, которые курят, более вялые или более возбудимые, у них страдает активное внимание, возникает раздражительность, понижен аппетит, часто расстраивается сон. Кроме того, раннее курение способствует развитию и других заболеваний подростков (язвенная болезнь желудка, эндартерииты и т.д.). У всех хронических курильщиков-подростков имеются явления кардиопатии.

Последствия курения для здоровья являются двоякими: во-первых, курильщик быстро привыкает к никотину. Свойства никотина вызывать наркоти-

ческую зависимость, внесены в Международную классификацию болезней (МКБ-10). Никотин соответствует ключевым критериям для пристрастия или зависимости, включая навязчивую, непреодолимую тягу к потреблению, несмотря на желание и повторяющиеся попытки отказаться; психоактивные эффекты, развивающиеся при действии вещества на мозг; поведение, направленное на «усиление» эффектов психоактивного вещества.

Во-вторых, курение вызывает летальные и приводящие к инвалидности болезни. Болезни, связанные с курением, хорошо известны и включают раковые заболевания, ИБС, респираторные болезни, эмфизему легких и другие болезни.

Курение во время беременности вызывает увеличение риска выкидышей, снижение веса новорожденных, преждевременную внутриутробную смерть плода, отставание в физическом и умственном развитии после курения. Курение также влияет на снижение способности к деторождению у женщин и нарушению спермообразования у мужчин.

У курящих женщин увеличивается риск остеопороза и переломов костей в пожилом возрасте. И, наконец, курение влияет на ожидаемую продолжительность и качество жизни. Так, 35-летняя курящая женщина проживает на 5 лет меньше, чем некурящая, а курящий 35-летний мужчина проживает на 7 лет меньше, чем некурящий.

В настоящее время табак уже обуславливает каждый десятый смертный случай среди взрослых; к 2030 году, как ожидается, это будет каждый шестой случай, или 10 млн. смертных случаев в год, т.е. больше, чем любая другая причина, и больше, чем прогнозируемые количества погибших от пневмонии, кишечных инфекций, туберкулеза и осложнений родов в течение года, вместе взятые. По прогнозам ВОЗ (1999 г.), если нынешние тенденции сохранятся, то приблизительно 500 млн. человек из числа ныне живущих курильщиков, в конечном счете, будут убиты табаком, причем половина из них – в продуктивном среднем возрасте, потеряв 20-25 лет жизни.

Около половины смертей у курильщиков вызваны сердечно-сосудистыми заболеваниями, где 30-40% всех смертей от ИБС связаны с курением табака. Кроме того, курение значительно влияет на цереброваскулярную смертность от таких заболеваний, как инсульт от окклюзии периферических артерий и обширного атеросклероза. Подсчитано, что риск всех смертей от сердечно-сосудистых заболеваний при регулярном курении удваивается, а для молодых он еще выше.

Курение является причиной 30% всех смертей от онкологических заболеваний, в том числе около 20% – от рака легких.

По проведенным исследованиям, среди больных различными формами рака полости рта 90% составляют курильщики.

Рак губы, языка и других органов полости рта встречается у курильщиков в 10 раз чаще, чем у некурящих. Смертность от язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у курящих в 3-4 раза чаще, чем у некурящих.

Небрежное отношение к своему здоровью подтверждается статистикой ВОЗ, по данным которой примерно 70% мужчин и 30% женщин поражены этой

вредной для здоровья привычкой. Многих курящих нестораживает образование белых пятен на слизистой оболочке щек или корня языка, так же как и ороговение нижней губы или длительно незаживающая безболезненная трещина на ней. Эти видимые невооруженным глазом сигналы фактически являются предраком, а часто и началом развития рака. По-видимому, только этим возможно объяснить позднее обращение многих заболевших: лишь в третьей стадии рака, за которой быстро следует четвертая, и когда практически ничего уже сделать нельзя.

Поскольку курение начинается с детско-подросткового возраста, то и профилактика должна начинаться со школьной скамьи. Однако ребенок еще до школы должен знать, что здоровый образ жизни – это жизнь без курения. Отсюда следует, что необходимо следовать единой специально выработанной и рекомендованной ВОЗ антитабачной концепции, которая определяет политику, направленную на контроль над табаком и включает:

- 1) запрет на рекламу и продвижение табачных продуктов, включая спонсорство и другие формы косвенной рекламы;
- 2) эффективное доведение до сознания населения информации относительно вреда табачных продуктов, через все имеющиеся средства, способы и организации;
- 3) политику, направленную на защиту прав некурящих и разработку закона о свободной от курения окружающей среде;
- 4) налоговую и ценообразовательную политику, и другие экономические меры, не поддерживающие производство и продажу табака посредством обложения налогом.

На уровне первичной медико-санитарной помощи одной из наиболее эффективных мер по борьбе с курением является санитарно-просветительская работа. Врачи и другие медицинские работники во время повседневных консультаций и визитов на дом должны давать своим пациентам, включая детей и юношей, ясные, практические советы относительно образа жизни в простой и индивидуализированной форме – не курить или даже не пытаться начать курить. С взрослыми членами семьи нужно также обсуждать степень риска от пассивного курения для детей, имеющих курящих родителей.

Семейные консультации являются важной целью для медицинских работников в первичном звене системы здравоохранения, поскольку родители могут быть как позитивным, так и негативным образцом для подражания своим детям. Более того, установки на здоровый образ жизни будут эффективнее, если они направлены на всю семью в целом, а не на отдельного человека. Семья – это уникальная система, где можно прервать вредные для здоровья традиционные привычки, связанные с культурой, такие как курение и, вместо этого, открыть путь для внедрения здоровых привычек, устраняя риск развития заболеваний. В то же время необходимо помнить, что прекращение курения является длительным и сложным процессом. Именно поэтому первичные службы здравоохранения должны не только мотивировать, но и помогать курильщикам в их желании бросить курить. Стратегии помощи в отношении каждого пациента

должны быть различны в зависимости от стадии прекращения курения, на которой находится лицо, решившее избавиться от табачной зависимости. Прекращение курения это не только вопрос профилактики, это также является лечением заболевания и реабилитацией. В связи с чем к контролю за курением пациента необходимо подходить так же, как и к другой медицинской диагностике и лечению.

В настоящее время существует большое количество исследований, показывающих, что отказ от курения и может снизить риск заболеваний и смерти. Так, риск умереть от рака легких у бывших курильщиков постепенно снижается в течение 5 лет и доходит до уровня, сравнимого с уровнем некурящих, а риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний снижается на 50% в течение первого или второго года после отказа от курения.

Издавна к числу социально обусловленных инфекций относили венерические заболевания или, заболевания передаваемые половым путем (ЗППП), которые включают большую группу болезней: сифилис, гонорея, трихомониаз, хламидиоз и др.; опасность многих ЗППП заключается в их скрытом течении, особенно в начальном периоде, что может привести к их широкому распространению среди населения. Кроме того, современное общество чрезвычайно легко относится к этим заболеваниям, полагая, что достаточно применить антибиотики и все будет быстро закончено. В результате многие заболевшие занимаются самолечением или длительно раздумывают и выжидают, надеясь на чудо. А это значит, что они сами лишают себя специализированного лечения, запускают заболевание, что в дальнейшем затрудняет лечение даже под контролем специалистов в условиях стационара. Немаловажным моментом такого легкомысленного отношения к собственному здоровью следует считать бытующее в обществе мнение, что с венерическими заболеваниями, особенно с сифилисом, у нас в стране обстановка вполне благополучная. Однако, согласно статистическим данным, ЗППП в последние десятилетия имеют явную тенденцию к росту. Не без основания можно говорить даже об их эпидемическом распространении. Особенно это касается таких заболеваний, как сифилис и гонорея. Так, первичная заболеваемость сифилисом неустанно растет, начиная с 1989 года (4,3 на 100000 населения) и к 2000 году она составила 165,6 на 100000 населения, т.е. произошло увеличение показателей более, чем в 35,5 раза. За этот же период первичная заболеваемость гонореей была не столь выраженной, но продолжала оставаться на достаточно высоких цифрах (в 1989 г. – 137,5, а в 2000 г. – 121,7 на 100000 населения). Такое своеобразное состояние заболеваемости гонореей, особенно на фоне значительного роста заболеваемости сифилисом, является результатом действия ряда неблагоприятных факторов, главными из которых являются самолечение, а также лечение в частных и неспециализированных структурах. По подсчетам специалистов, истинное число больных гонореей превышает число официально зарегистрированных минимум в 2-3 раза.

Эпидемический характер роста уровня сифилиса подтверждается изменениями самой структуры заболеваемости: преобладанием манифестных (зараз-

ных) форм заболевания, а также значительным расширением возрастных границ как в большую (старше 40 лет), так и в меньшую (дети и подростки) сторону.

Среди взрослого населения (18 лет и старше) с впервые установленным диагнозом сифилиса мужчин в 1989 году было 9,9, а в 2000 году – 440,7 на 100000 населения (увеличение более чем в 44 раза); женщин соответствующего возраста – 12,5 в 1989 году и 353,4 на 100000 населения (увеличение более, чем в 28).

Количество беременных, больных сифилисом, увеличилось в 2 раза.росло число случаев врожденного сифилиса с 15 в 1989 году до 710 в 2000 (в 47 раз). Увеличилось количество случаев сифилитического поражения внутренних органов и нервной системы. Рождение неполноценных в физическом и умственном отношении детей с врожденным сифилисом ведет к инвалидизации в раннем и трудоспособном возрасте, сокращает трудовые ресурсы и потенциал нации.

По данным все той же статистики, отмечается «омоложение» всех ЗППП, в том числе и сифилиса. Это подтверждается увеличением количества случаев данными заболеваниями среди подростков и даже среди детей, причем примерно 14% из них заражаются половым путем. В группе больных детей и подростков число девочек в 2-3 раза выше, чем мальчиков, что объясняется ранним началом половых отношений и участием девочек и девушек в оказании платных сексуальных услуг. В результате отмечаются случаи заражения девочек 10-летнего возраста. А распространенность сифилиса у девушек 15-17 лет в 2000 году была вдвое выше, чем в целом у всех женщин. Необходимо отметить и то, что 10% больных со свежими формами сифилиса получают его в подъездах, на улице, в парках.

К сказанному следует добавить, что в связи с создавшимся положением по ЗППП, становится актуальной проблема полового воспитания и формирования здорового образа жизни всех групп населения, но особенно подрастающего поколения. Это связано с имеющимся у современных подростков настойчивым стремлением к интимным отношениям во всех их проявлениях, к которым они морально и физически еще не готовы, а речь ведь идет о самом дорогом – здоровье людей.

Причинами регистрируемого в стране роста ЗППП являются прежде всего снижение социально-экономического уровня населения, несовершенство государственной системы первичной профилактики, отсутствие законодательных норм, обеспечивающих контроль за группами риска. В этой связи одной из важных мер, направленных на стабилизацию ситуации, является подготовка пакета федеральных программ по социально-значимым заболеваниям, составной частью которого являются мероприятия по ограничению распространения ЗППП.

В программе, в частности, предусматривается укрепление материально-технической базы кожно-венерологических учреждений, создание информационно-пропагандной системы по профилактике ЗППП.

При реализации программы обеспечивается стабилизация заболеваемости ЗППП, с последующим её истинным снижением и сокращением расходов на дорогостоящее стационарное лечение.

В последние два десятилетия двадцатого столетия перед человечеством встала новая медико-социальная проблема. Это появление тяжелой, смертельной болезни, поражающей иммунную систему организма. Она носит название **СПИД** – *синдром приобретенного иммунодефицита*.

Эту зловещую болезнь назвали «чумой XX века». Свое шествие она начала по странам и континентам примерно с 1980 года, когда были впервые наиболее точно зарегистрированы случаи заболевания. В связи с быстрым и повсеместным распространением СПИДа среди всего населения Земли его можно отнести к пандемиям.

По оценке специалистов ВОЗ, а в конце 20-го века в мире проживало 33,6 млн. СПИД/ВИЧ-инфицированных, в том числе 1,2 млн. детей в возрасте до 15 лет.

Наиболее катастрофический характер распространения СПИД/ВИЧ инфекции приняло в странах Африки, находящихся к югу от Сахары. Однако, данная проблема затронула и самые развитые страны мира, в том числе и Российскую Федерацию.

Первый больной СПИДом был зарегистрирован в Ленинграде (ныне Санкт-Петербурге) в 1987 году. В период с 1988 по 1995 годы в России регистрировалось относительно небольшое число случаев заражения СПИД/ВИЧ инфекцией (в среднем около 134 случаев в год), однако с 1996 года заболеваемость начала расти в геометрической прогрессии и в 2000 году кумулятивное число заболевших СПИД/ВИЧ инфекцией по стране составило 86249 человек, в том числе впервые выявленных больных 51952 человека. В настоящее время наиболее неблагополучными по данному виду заболеваний являются г. Москва и Московская область, а также Калининградская и Иркутская области, Краснодарский край, гг. Нижний Новгород, Тверь, Санкт-Петербург. Временной интервал между моментом инфицирования ВИЧ и до появления первых признаков болезни (заболевания СПИД) необычайно долог по сравнению с другими инфекционными заболеваниями и у разных индивидуумов варьирует в значительной степени (от 7 до 15 лет).

Радикального лечения СПИДа до настоящего времени нет, поэтому, при условии отсутствия других причин смерти, все ВИЧ-инфицированные люди умрут от СПИДа (если не будут в ближайшем времени открыты методы лечения данного заболевания), так как после развития у человека признаков заболеваний СПИДом средняя продолжительность жизни составляет 2-4 года.

Основой профилактики СПИД/ВИЧ инфекции является понимание её эпидемиологии и знание путей передачи.

Возбудителями СПИДа являются лимфотропные вирусы человека, открытые французским вирусологом Люком Монтанье в 1983 году и практически одновременно с ним – американским ученым Робертом Галло. Этот вирус по современной классификации относится к семейству ретровирусов, точнее к той

части этого семейства, которая способна вызывать у человека и животных медленно прогрессирующие дегенеративные заболевания, т.е. к лентивирусам.

При попадании в организм человека возбудитель СПИДа, наряду с развитием инфекции, вызывает образование антител – особых белков крови – глобулинов, продуцируемых специальными лимфоцитами группы В. Возможно, по этой причине эксперты ВОЗ посчитали целесообразным в 1986 году дать этому вирусу название – вирус иммунодефицита человека (ВИЧ). Впервые ВИЧ появился в Центральной Африке, к жителям которой он пришел от обезьян. В подтверждении африканской версии можно отнести и тот факт, что у ряда мартышкообразных (зеленых обезьян, макак и резусов) были обнаружены заболевания, сходные по клинике со СПИДом человека, которые вызывались тремя разновидностями ретровирусов, практически родственными ВИЧ. Здесь необходимо отметить, что ВИЧ, возможно, является результатом эволюции вируса – предшественника, который мог поражать как обезьян, так и людей. Вышесказанное предположение может обосновываться тем, что сравнительно недавно (1988-1989 гг.) при помощи методов молекулярной генетики было установлено генетическое родство различных вариантов и типов ВИЧ, подтвердившее их происхождение от одного предка.

Учитывая, что возбудитель СПИДа весьма не стоек во внешней среде и достаточно чувствителен к относительно высокой температуре, основным антисептикам и дезинфектантам то, чтобы произошло заражение, вирус должен проникнуть в кровь человека. Поэтому практическое значение в передаче СПИДа имеют только те жидкости больного организма, в которых возбудитель этого заболевания (ВИЧ) содержится в достаточном количестве: кровь, сперма, влагалищные выделения, слюна, женское молоко. К настоящему времени достоверно установлено, что основными путями передачи ВИЧ являются: половой контакт с инфицированным партнером (особенно при гомосексуальных отношениях); контакт с зараженной кровью или её препаратами (чаще всего при инъекциях и переливаниях крови и её препаратов); от инфицированной матери ребенку до, во время или после родов и при кормлении грудью; через инфицированные органы, ткани или сперму, полученные от донора; при «глубоких» поцелуях с укусами до крови. Все остальные способы распространения инфекции (воздушно-капельным путем, при рукопожатии, при родственных поцелуях, через пищу, посуду, одежду, личные вещи, постельное белье и прочее) при СПИДе не отмечаются. Не участвуют в передаче вируса и кровососущие насекомые и членистоногие – комары, клопы, вши или клещи, так как в их организме ВИЧ быстро погибает.

Анализ данных ВОЗ с 1981 по 1987 годы показал, что среди больных СПИДом были: 77% – мужчины-гомосексуалисты или мужчины, имевшие половые контакты и с мужчинами и с женщинами (бисексуалы), и лица, ведущие беспорядочную половую жизнь (проститутки); 16% – наркоманы, применявшие наркотики внутривенно нестерилизованным шприцем или иглой к нему; 1% – лица, получившие переливания крови или её препаратов; 1% – дети, рожденные

от матерей, зараженных СПИДом; 5% – путь заражения не выяснен из-за смерти больного или отказа сообщить необходимую информацию.

Заражение медиков, обслуживающих больных СПИДом, не грозит при обычном осмотре. В то же время прокол кожи иглой или другими инструментами, загрязненными кровью больного или при попадании крови больного на кожу, на которой имеются повреждения (раны) – это единственный путь профессионального заражения.

В Российской Федерации работа по профилактике и борьбе со СПИДом осуществляется как на федеральном, так и на местном уровне (приказ МЗ РФ № 312 от 07.08.2000 г.). Федеральный уровень включает в себя отдел по профилактике и борьбе со СПИДом при МЗ РФ, который является Национальным координатором по профилактике и борьбе со СПИДом; Российский федеральный научно-методический центр (ЦНИИ эпидемиологии в г. Москве) и Российский клинический центр в г. Санкт-Петербурге (пос. Усть-Ижора). Кроме того, к федеральному уровню относятся окружные центры МЗ РФ по профилактике и борьбе со СПИДом, во всех шести округах РФ.

К местному уровню относятся территориальные центры по профилактике и борьбе со СПИДом в субъектах федерации. Эти центры оказывают самостоятельно медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом или организуют её оказание совместно со стационарами и поликлиниками своей территории.

Контрольные вопросы.

1. Дать определение понятия «профилактика» и определить её конечные цели.
2. Психическое здоровье как медико-социальная проблема. Распространенность заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами по данным ВОЗ, в РФ и Курской области.
3. Состояние психического здоровья у детей и подростков в современных условиях.
4. Инвалидность, связанная с психическими расстройствами.
5. Пути снижения удельного веса психических расстройств в общей структуре заболеваемости, рекомендации ВОЗ.
6. Алкоголизм как медико-социальная проблема. Динамика распространения и возрастно-половые особенности.
7. Медицинские и социальные последствия алкоголизма для самого больного, его семьи, общества.
8. Основные стратегии профилактики алкоголизма, рекомендуемые программой ВОЗ СИНДИ.

9. Наркомания и токсикомания, как медико-социальная проблема. динамика распространения и возрастно-половые особенности заболевания.
10. Мотивация, определяющая употребление нарко- и токсиковеществ.
11. Профилактические мероприятия, рекомендуемые ВОЗ в решении проблемы нарко- и токсикомании.
12. Табакокурение, динамика распространения и возрастно-половые особенности. Мотивация, определяющая курение.
13. Последствия курения для здоровья самих курильщиков, их потомства, общества.
14. Антитабачная концепция, разработанная и рекомендованная ВОЗ.
15. ЗППП как медико-социальная проблема. Распространенность и динамика основных болезней этой группы.
16. Возрастно-половые особенности ЗПП. Факторы, влияющие на частоту в различных группах населения.
17. Мероприятия, направленные на снижение распространенности ЗППП.
18. Медико-социальная проблема СПИД/ВИЧ-инфекции. Динамика распространенности, исход заболевания.
19. Возбудитель СПИДа, стойкость возбудителя во внешней среде, пути заражения, основные континенты больных СПИД/ВИЧ-инфекцией.
20. Работа по профилактике СПИД/ВИЧ-инфекции в Российской Федерации.

Глава 9. Медико-социальные аспекты предупреждения и борьбы с важнейшими неинфекционными заболеваниями.

С точки зрения заболеваемости и смертности в РФ, как и в других государствах Центральной и Восточной Европы, Азии и Америки, а также новых независимых государств, наибольшую проблему представляют неинфекционные болезни. Во всем мире показатели неинфекционной заболеваемости явля-

ются особенно высокими и продолжают увеличиваться. Так, если в 1990 году из общего показателя заболеваемости на долю неинфекционных болезней приходилось 43%, то к 2020 году этот показатель, по оценке экспертов ВОЗ, поднимется до 46,4% (табл. 3).

Задача борьбы с неинфекционными болезнями обусловлена большим социально-гигиеническим значением данной проблемы, актуальность которой определяется не только, а вернее, не столько частотой их распространения, сколько их тяжестью. Эти болезни занимают одно из первых мест по смертности (например, по РФ смертность от сердечно-сосудистых заболеваний составляет около 52% всех смертей, травмы и отравления – 16%, онкологические заболевания – 15%), с ними связаны большие экономические потери, вызванные временной утратой трудоспособности и значительным выходом на инвалидность.

Таблица 3

Десять основных причин неинфекционных болезней, обуславливающих долю заболеваемости в странах с рыночной экономикой и в бывших социалистических странах (ВОЗ, 2000 год)

№ п\п	Нозология неинфекционных болезней	% от общей заболеваемости и смертности	
		1990	2020
1	Ишемическая болезнь сердца	9,9	11,2
2	Монополярная тяжелая депрессия	6,1	6,1
3	Цереброваскулярные болезни	5,9	6,2
4	Дорожно-транспортные происшествия	4,4	4,3
5	Употребление алкоголя	4,0	3,8
6	Остеоартрит	2,9	3,5
7	Рак трахеи, бронхов и легких	2,9	4,5
8	Слабоумие и другие дегенеративные нарушения ЦНС	2,4	3,4
9	Травмы, нанесенные самому себе	2,3	2,4
10	Врожденные аномалии	2,2	1,0
	Всего	43	46,4

Решение задач борьбы с неинфекционными болезнями, а также разработка эффективных мер профилактики во многом зависят от выяснения причин этих заболеваний, закономерностей их возникновения и распространения. Этими вопросами занимается медицинская наука - эпидемиология.

Первоначально объектом изучения эпидемиологии были лишь инфекционные болезни, поскольку их распространение нередко принимало массовый характер и сопровождалось миллионами жертв. В современных условиях термин «эпидемиология» применяется гораздо шире, чем пределом в рамках инфекционных болезней. Массовое распространение сердечно-сосудистых, онкологических, нервно-психических и некоторых других заболеваний потребовало применения таких подходов к изучению закономерностей их распространения, которые ранее применялись лишь в отношении инфекционных болезней. Поэтому термин «эпидемиология» с 50-х годов 20 века используется и для обозна-

чения соответствующих разделов кардиологии, онкологии, психиатрии, эндокринологии и т.д.

Данные эпидемиологических исследований последних десятилетий показывают, что в возникновении неинфекционных болезней участвует множество различных факторов, которые сами по себе не являются причиной заболеваний, но отдельно или в комбинации связаны с увеличением вероятности риска возникновения определенных болезней. Эти факторы повсеместно определяются как обуславливающие или предрасполагающие к возникновению заболевания, или факторы риска.

Факторы, влияющие на восприимчивость отдельных лиц к развитию неинфекционных болезней, включают генетические, биологические, поведенческие и средовые.

Как показывают результаты проведенных медико-социальных исследований, большинство хронических неинфекционных заболеваний можно предотвратить. Это заключение основывается на том, что в их развитии одну из основных ролей играют личные привычки и социальные условия, модели поведения и факторы риска. В этой связи уменьшение поведенческих и средовых факторов риска является основным элементом деятельности, направленной на сокращение частоты неинфекционных болезней и изменения хода их развития.

Такие факторы риска, как курение, употребление алкоголя, ожирение, рацион питания с повышенным содержанием жиров, недостаток физических упражнений и подверженность стрессовым ситуациям, могут быть связаны эпидемиологически с развитием тех или иных конкретных заболеваний.

Взятые вместе они могут способствовать увеличению частоты возникновения ряда неинфекционных болезней.

Например, сахарный диабет, тучность и стресс являются отягощающими факторами риска, которые в сочетании с другими факторами могут повысить вероятность возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. Кстати, заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями удваивается при наличии одного фактора, а при наличии трех факторов – риск заболеть возрастает в 10 раз. На фоне таких прогнозов становятся понятными тенденции динамики заболеваемости и смертности от болезней кровообращения не только в разных странах, но и в разных регионах одного государства (табл. 4).

Уровень смертности от этих заболеваний в развитых странах Западной Европы составляет менее 490, а в РФ – более 660 человек на 100000 населения.

Таблица 4

**Заболеваемость системы кровообращения за 1997 – 1999 гг
на 100 000 взрослого населения (данные Госкомстата, 2000 год).**

Территория Показатель	Годы наблюдения		
	1997	1998	1999

Российская Федерация:			
- всего зарегистрированных заболеваний в год	14654,9	15219,1	16699,6
- в т.ч. впервые выявленные	1722,5	1814,8	1911,4
Курская область:			
- всего зарегистрированных заболеваний в год	11027,0	11193,0	11597,0
- в т.ч. впервые выявленных	1419,0	1309,0	1645,0

В настоящее время насчитывается более 30 факторов риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. Эти факторы условно можно поделить на две группы.

1. Первичные факторы риска – несбалансированное и избыточное питание, курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, стрессы.

2. Вторичные факторы риска – заболевания или синдромы патологических расстройств, способствующих развитию СС заболеваний (гиперхолестеринемия, артериальная гипертония, сахарный диабет, ревматизм).

И хотя такое разделение факторов условно, но оно важно для организации и проведения первичной профилактики, т.е. устранения неблагоприятных факторов и условий образа жизни, и вторичной профилактики – предупреждения прогрессирования возникших заболеваний.

Так по оценке ВОЗ, половину всех смертностей, вызываемых ежегодно сердечно-сосудистыми заболеваниями, можно предотвратить. Стратегию профилактики СС заболеваний можно разделить на программы работы с населением в целом и на клинические вмешательства, которые основное внимание уделяют группам высокого риска.

Специалисты ВОЗ подчеркивают, что, как для экономически развитых, так и для развивающихся стран, самый практичный и наименее дорогостоящий путь профилактики, - это не медицина, а здоровый образ жизни. Среди изменений в образе жизни, которые помогают в предотвращении основных болезней сердца и систем кровообращения в целом следующие:

1. Коронарная болезнь сердца – прекращение курения, низкое содержание солей в питании, обезжиренное питание, физические упражнения, контролирование массы тела, лечение (профилактика) сахарного диабета и повышенного кровяного давления;

2. Инсульт – прекращение курения, низкое содержание солей в питании, физические упражнения, контролирование массы тела, ограниченный прием спиртного, профилактика (лечение) повышенного кровяного давления;

3. Повышенное кровяное давление – низкое содержание солей в питании, физические упражнения, контролирование массы тела, ограниченный прием спиртного, профилактика стрессов.

Следуя этим изменения в образе жизни, например в Финляндии, перешли на выпечку хлебобулочных изделий с почти двойным уменьшением содержания соли, что дало возможность не только уменьшить случаи смертности от ин-

сульта на 2000 и от инфаркта на 1600 в год, но и снизить расходы на лечение на 100 миллионов долларов в год и на 40 миллионов - на приобретение лекарств.

Другой немаловажной проблемой современной медицины является борьба со **злокачественными новообразованиями**. Во многих странах мира эти заболевания занимают второе, после заболеваний системы кровообращения, место среди причин смертности. Социально-гигиеническое значение таких заболеваний объясняется высокими экономическими потерями вследствие преждевременной смертности и инвалидизации (табл. 5).

Распространенность злокачественных новообразований в мире к 2000 году составило 141,7 случая на 100000 населения (первичная заболеваемость). В РФ частота данной патологии значительно выше среднемирового показателя и составляет около 303 случаев, а в Курской области – около 310 случаев на 100000 населения.

Таблица 5

**Динамика заболеваемости и смертности
от злокачественных новообразований за 1996 – 1999 гг.**

Территория	Годы наблюдения			
	1996	1997	1998	1999
Показатель на 100 000				
Российская Федерация:				
Всего зарегистрированных заболеваний в год	1307,9	1349,7	1378,1	1401,4
- в т.ч. впервые выявленные	288,0	294,7	302,0	303,3
- смертность	144,1	142,1	141,3	139,5
Курская область:				
Всего зарегистрированных заболеваний в год	1325,9	1384,4	1434,2	1444,5
- в т.ч. впервые выявленных	295,0	300,0	323,6	309,8
- смертность	195,6	200,0	196,0	208,6

Вместе с тем, в странах Западной Европы онкологическая смертность начала снижаться, достигнув в 1997 году уровня, который примерно на 9% ниже по сравнению с 1980 годом (с 92 до 83,7 на 100000 населения). По РФ также отмечается тенденция снижения этого показателя со 154 случаев (в 1980 году) до 139,5 (в 1999 году) на 100000 населения, т.е. снижение примерно на уровне стран Западной Европы (9,4%). С 1993 года, благодаря проводимым лечебно-профилактическим мероприятиям, злокачественные заболевания как основная причина смертности всего населения в РФ впервые перешла со 2-го места в структуре причин смертности на 3-е место, пропустив вперед травмы и отравления.

Комплексные социально-гигиенические исследования состояния здоровья различных групп населения показывают, что наиболее существенными факторами риска развития рака являются: различные химические, канцерогенные вещества, содержащиеся в воздухе, ионизирующее излучение, канцерогенные примеси к пищевым продуктам, вредные привычки (курение), нарушение ре-

жима питания, аборт в сочетании с нарушением обмена веществ и гормонального баланса в организме.

Одним из важнейших факторов риска развития рака – это курение, которое является причиной около одной трети всех случаев заболевания в Европейском регионе. Как показывает Второе исследование по профилактике рака, проведенное Американским онкологическим обществом, курильщики имеют в 20 раз большую вероятность умереть от рака легких в среднем возрасте, чем некурящие. Курение также является ведущей причиной хронического бронхита и экземы. С ним связаны случаи рака других различных органов, включая мочевой пузырь, почки, гортань, ротовую полость, поджелудочную железу, желудок и шейку матки. Риск того, что у человека разовьется рак легких, в большей степени зависит от продолжительности периода времени, когда он является курильщиком, чем от числа сигарет, которые он выкуривает ежедневно. Иными словами, трехкратное увеличение продолжительности курения связано со столкратным увеличением риска рака легких, в то время как трехкратное увеличение количества сигарет в день повышает риск рака легких только в три раза (ВОЗ, 2000). Наибольшему риску подвергаются те, кто начинает курить в юные годы и продолжает курить в дальнейшем. Так, если человек начал курить с 12-летнего возраста, то вероятность появления у него рака легких может быть в возрасте до 40 лет. В то же время как у курильщика, начавшего курить после 18 лет, вероятность возникновения рака легких может быть в возрасте старше 65 лет. Кроме того, как показывают исследования, жевание табака значительно увеличивает риск развития рака ротовой полости.

Риски возникновения злокачественных новообразований, связанные с факторами питания:

1. Потребление общих жиров, в особенности насыщенных и высококалорийных продуктов, увеличивает риск заболевания раком груди, толстого кишечника и прямой кишки, матки и яичников;

2. Чрезмерное потребление соли увеличивает степень риска возникновения рака желудка;

3. Недостаточное потребление клетчатки (овощей и фруктов) увеличивает степень риска возникновения рака толстого кишечника и груди.

Предохраняющее воздействие от целого ряда рака различной локализации обнаружено при потреблении витаминов А, С, Е, и минералов, например, селениума. Следует также отметить, что научные исследования доказали правильность формулировки общепринятого набора рекомендаций, поскольку диета, предписываемая для профилактики рака, не имеет сердечно-сосудистых противопоказаний и наоборот. Результатом несбалансированности между потреблением калорий и их расходом является ожирение, которое также связывают с повышенным риском возникновения рака желчного пузыря, груди и матки.

Ультрафиолетовая радиация, с точки зрения риска для здоровья, имеет отрицательный эффект. Так, данные, полученные в результате эпидемиологических исследований, показывают зависимость между обширным воздействием

прямого солнечного света и различных типов рака кожи. Например, немеланомные раки кожи, такие как эпителиомы кожи и плоскоклеточная карцинома, возникают в основном у пожилых на тех частях тела, которые подвержены прямому воздействию солнечных лучей, таких как лицо, тыльная сторона рук и локти. Вне связи с возрастом, при интенсивном прерывистом воздействии солнечных лучей во время отдыха и загара, повышается фактор риска возникновения злокачественной меланомы кожи.

Особенно подвержены неблагоприятному эффекту сильного воздействия солнечных лучей люди, которые имеют светлую, нежную кожу, светлые волосы (рыжие, блондины и светло-каштановые), голубые или светлые глаза, а также легко и часто обгорающие на солнце, у которых редко или никогда кожа не загорает.

Рекомендуемые методы профилактики злокачественных новообразований можно свести к двум основным принципам:

1. Изучение канцерогенных веществ и устранение контакта человека с ними, т.е. ликвидация профессиональных вредностей на производстве, проведение мероприятий против загрязнения окружающей среды, строгий санитарно-гигиенический контроль воды и продуктов питания;

2. Раннее выявление и радикальное лечение предопухолевых заболеваний, высокий уровень санитарно-просветительной работы среди населения, выбор здорового образа жизни каждым человеком.

Еще одной важной социально-гигиенической проблемой в настоящее время является **травматизм**. Это обусловлено не только тем, что отмечается рост травматизма со смертельным исходом, с переходом на инвалидность, с временной утратой трудоспособности, но и тем, что он является причиной огромного социального и экономического ущерба.

Несчастные случаи могут происходить в самых разнообразных условиях (на работе, дома, в школах, при проведении досуга) и являются причиной огромных потерь для общества. Согласно оценкам ВОЗ, каждый год в Европейском регионе происходит 80 миллионов несчастных случаев, жертвы которых нуждаются в медицинской помощи.

Сегодня в экономически развитых странах мира травмы занимают треть (9,1%), а в РФ – второе (16%) место среди причин смерти населения, причем травмы уносят жизни людей наиболее молодого трудоспособного возраста. Среди мужчин в возрастных группах от одного года до 44 лет смертность от травм занимает первое место.

В структуре общей заболеваемости на долю травм и отравлений приходится 10-15% и среди вновь выявленных заболеваний они занимают второе место, уступая только заболеваниям органов дыхания. Средний уровень травматизма (табл. 6) составляет 7000 – 9000 на 100000 населения по РФ (в Курской области 6000 – 7000).

Таблица 6

Показатели травматизма по Российской Федерации и Курской области
(данные Госкомстата)

Территория	Годы наблюдения		
	1997	1998	1999
Показатель на 100 000			
Российская Федерация:			
- взрослые	8473,3	8411,5	8266,6
- подростки 15-17 лет	9296,7	9587,1	9892,9
- дети 0-14 лет	7982,5	8463,8	8683,7
Временная нетрудоспособность:			
- случаев			
- дней	6200,0	6100,0	6100,0
- первичная инвалидизация	139200,0	133900,0	128600,0
	49,0	48,0	47,0
Курская область:			
- взрослые	7428,0	7602,0	7178,0
- подростки 15-17 лет	6591,0	6442,0	6903,0
- дети 0-14 лет	6245,0	6691,0	7008,0
Временная нетрудоспособность:			
- случаев	3041,1	3000,6	2878,3
- дней	69857,7	69299,3	67134,6
- первичная инвалидизация	15,2	14,9	14,6

Видное место травмы занимает в заболеваемости с временной утратой трудоспособности. На их долю приходится около 15% всех листков нетрудоспособности. Анализ травматизма по случаям и дням нетрудоспособности производится по отчетной форме № 16 ВН в целом по предприятиям, по годам (кварталам, месяцам). В среднем по РФ временная нетрудоспособность, связанная с травмами, составляет около 130 дней в год на 100 работающих, а по Курской области – около 70 дней.

В структуре первичной инвалидности, травмы занимают второе место после сердечно-сосудистых заболеваний, составляя до 20% всех причин выхода на инвалидность. Среди инвалидов от последствий травм 60-70% составляют мужчины, причем преобладают лица в возрасте 30-45 лет.

Наиболее частыми причинами травматизма являются: бытовые травмы, часть из которых связана с конфликтными ситуациями и опьянением, а также в связи с использованием новейших бытовых технических средств, сложных в употреблении; производственные травмы, чаще всего возникающие в результате организационных причин, устранение которых требует не материальных затрат, а проведения организационных мероприятий; ДТП, основными причинами которых являются грубые нарушения правил уличного движения водителями и пешеходами (особенно при опьянении); детский травматизм (бытовой, спортивный, школьный).

При анализе показателей травматизма обращает на себя внимание экономическая сторона проблемы, т.к. в связи с травматизмом довольно ощутимый ущерб наносится экономическому потенциалу общества в целом и здравоохранения в частности. При этом каждая травма влечет за собой разнообразные виды материального ущерба, связанные с расходами по медицинской помощи, по

линии социального страхования и особенно по линиям производства из-за нетрудоспособности пострадавших.

Рассмотрим с точки зрения экономических потерь, например, стоимость ДТП за 1995 год по 15 странам – членам Европейского союза. За рассматриваемый 1995 год в этих странах суммарно имело место около 45000 зарегистрированных случаев смерти, а 1,5 миллиона получили травму в результате ДТП. Учитывая нынешние оценки расходов, связанные с такими смертями и травмами, они составляют за год порядка 162 миллиардов экю. При этом речь здесь идет только об оценке расходов, непосредственно связанных с нанесенным ущербом. А ведь эти социально-экономические расходы примерно в 2 раза выше всего бюджета ЕС; на них приходится 97% расходов, связанных со всеми транспортными авариями; они превышают расходы, связанные с пробками и заторами на дорогах или воздействием дорожного транспорта на окружающую среду.

Кроме того, последствия ДТП приводят к большей потере работоспособности, чем даже рак легких. Именно поэтому усилия, направленные на снижение смертности и травматизма, должны быть как можно более эффективными и являться предметом пристального внимания не только медицинских работников но и многих других ведомств: от службы техники безопасности автопредприятий и ГИБДД, до работников школ и детских садов.

Таким образом, поиски резервов снижения травматизма и его последствий требуют, прежде всего, глубоких социально-гигиенических исследований, которые должны проводиться по единой методике, обеспечивающей возможность сравнения и сопоставления результатов, что дает возможность разработки и осуществления научно-обоснованной общественной политики, направленной на борьбу с факторами риска, с привлечением к совместной работе политических, правовых, здравоохранительных, архитектурно-строительных и транспортных секторов государственных органов власти.

Итак, каковы должны быть стратегии, чтобы уменьшить, а возможно, и предотвратить, наиболее распространенные хронические неинфекционные заболевания? Но прежде дадим определение понятию «стратегия».

Под *стратегией* понимается рассчитанный на долгосрочную перспективу, комплексный вид деятельности, в рамках которого осуществляются отдельные мероприятия и виды деятельности.

Как нам уже известно, в разных странах службы здравоохранения организуются по-разному, но главная цель повсюду заключается в достижении «положительного состояния» здоровья (т.е. полного физического, душевного и социального благополучия) при имеющемся объеме денежных и кадровых ресурсов. Поэтому ВОЗ пытается обобщить имеющиеся данные эпидемиологических исследований в разных странах, с разными системами здравоохранения на научной основе, а не продолжать использовать непроверенные и ошибочные методы.

В настоящее время уже существуют знания, необходимые для предупреждения диагностики и лечения многих неинфекционных болезней. Результаты

анализа ситуации позволяют судить о наличии ряда эффективных, с точки зрения затрат, и высококачественных стратегий как для общественного здравоохранения, так и на уровне оказания клинической помощи отдельным пациентам.

Примером этого может служить предложенная ВОЗ схема организации медицинской помощи в развивающихся странах путём создания, в первую очередь, сети учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в сельской местности, которая должна включать в себя, как минимум, следующие элементы:

- 1) просвещение по основным проблемам здравоохранения и обучения методам профилактики и борьбы с болезнями;
- 2) содействие в организации правильного питания, обеспечении доброкачественной водой, проведении основных санитарных мер;
- 3) охрану здоровья матери и ребёнка, включая планирование семьи;
- 4) профилактику эпидемичных в данном районе болезней, прежде всего неинфекционных, и борьбу с ними;
- 5) правильное лечение обычных заболеваний и травм;
- 6) обеспечение основными лекарственными средствами;
- 7) иммунизацию против основных инфекционных заболеваний.

Как видим, предложенная схема уделяет большое внимание как просвещению населения по основным проблемам здравоохранения, так и обучению методам профилактики и борьбы с инфекционными и неинфекционными болезнями.

В работе ВОЗ уделяется значительное внимание и стоматологии как одной из социально-гигиенических проблем и фактору риска возникновения ряда заболеваний. Отсутствие стоматологических проблем (хорошее состояние полости рта) во многом способствует поддержанию общего хорошего состояния здоровья и повышению качества жизни. В ряде стран, благодаря успешной работе по профилактике кариеса, особенно у детей, стоматологические службы в настоящее время нуждаются в меньшем объёме ресурсов для лечения кариеса, что высвободило ресурсы для улучшения стоматологического обслуживания других целевых групп населения, например, пожилых. Так, Дания в начале 70-х годов 20-го века была одной из стран с самыми высокими показателями распространённости кариеса среди детей. Благодаря же внедрению хорошо работающей системы профилактического стоматологического обслуживания, использованию различных методов укрепления здоровья полости рта, включая эффективное использование фтора, и созданию ориентированной на качество системы информации по гигиене полости рта, в Дании в настоящее время отмечается самый низкий кариозный индекс (выражаемый общим числом кариозных, запломбированных и удалённых зубов) в Европейском регионе, а задачи, поставленные в области охраны здоровья полости рта у детей (у 50% всех 6-летних детей не должно быть кариозных зубов и у 50% всех 12-летних детей должно быть не более 2-х кариозных, запломбированных и удалённых зубов) были выполнены уже в середине 80-х годов прошедшего столетия.

Снижение распространённости кариеса среди детей и подростков можно объяснить осуществлением ориентированных на население программ и стратегий работы с группами высокого риска. В рамках этих стратегий и с учётом принципов ПМСП должны проводиться следующие аспекты работы: обучение вопросам гигиены полости рта в школах, своевременное пломбирование зубов и использование фтора, санитарное просвещение, междисциплинарные проекты по охране здоровья и соответствующие мероприятия с участием населения.

Несмотря на то, что эта стратегия осуществлялась в рамках официальной датской муниципальной службы стоматологической помощи, принципы профилактики довольно просты и могут быть легко адаптированы и использованы в странах, в которых системы организации стоматологической помощи могут значительно отличаться.

Для взрослого населения, опять-таки в Дании, разработана и приводится в действие аналогичная система оценки результатов стоматологического обслуживания. Из этого следует, что ни в одной области общественного здравоохранения столь серьёзная проблема, как стоматологическая заболеваемость, не может быть так легко предупреждена с использованием очень простых и доступных методов.

Как показывает накопленный мировой опыт, для борьбы с факторами риска для здоровья следует разработать и принять широкие и комплексные стратегии общественного здравоохранения, предполагающие борьбу, как с поведенческими, так и средовыми факторами риска, такими как курение, злоупотребление алкоголем, нездоровое питание, недостаточная физическая активность. Эта работа является важнейшей задачей на национальном, областном и местном уровнях. Такой подход предоставляет возможность сочетания межсекторальных инициатив (действий, при которых осуществляется сотрудничество сектора здравоохранения и соответствующих других секторов для достижения общей цели при точном согласовании вклада различных секторов) общественного здравоохранения с выявлением проблем и принятием соответствующих мер на индивидуальном уровне и на уровне общины, то есть всего населения, с целью снижения распространённости и воздействия общих факторов риска.

Проводимая ВОЗ программа интегрированной профилактики неинфекционных болезней в масштабах всей страны (программа СИНДИ) представляет собой важную модель такого комплексного подхода. Эта программа, учреждённая в 1982 году, направлена на снижение бремени неинфекционных болезней для общества путём борьбы с основными факторами риска их развития; она основана на осуществлении и оценке демонстрационных проектов. Благодаря долгосрочному сотрудничеству между участвующими в этой программе странами, число которых уже возросло до 24, был накоплен огромный объём знаний и опыта по предупреждению неинфекционных заболеваний за счёт применения интегрированных подходов на коммунальном уровне. Наиболее впечатляющие результаты были достигнуты в одной из провинций Финляндии, где за 25 лет удалось добиться снижения смертности от ИБС на 73%. Одной из важ-

нейших причин этого успеха является изменение рациона питания. Так, финская политика в области питания рекомендует повысить потребление низкокалорийных жирных продуктов и овощей (например, подача в местах общественного питания бесплатных салатов к основным блюдам, что способствовало повышению уровня потребления овощей в два раза).

На основании накопленного опыта по предупреждению неинфекционных заболеваний, в основном, за счёт борьбы с поведенческими и средовыми факторами риска, была разработана и принята программа «Здоровье 21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ», предусматривающая основные направления развития общественного здравоохранения на ближайшие 20 лет, нового, 21 века. В этой программе немаловажное место отведено вопросам предупреждения неинфекционных болезней и травм равно, как и борьбе с ними. Как результат проводимой в этом направлении работы, предполагается к 2020 году снижение, по-возможности, до самых низких показателей во всём Европейском регионе заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности, связанных, в основном, с хроническими болезнями и несчастными случаями, т.е. предполагается:

1) сокращение показателей смертности, связанной с сердечно-сосудистыми заболеваниями у людей до 65 лет в среднем на 40%, особенно в странах, где эти показатели сегодня высоки;

2) сокращение смертности от злокачественных новообразований различной локализации у людей до 65 лет в среднем на 15% и уменьшение смертности вследствие рака лёгких на 25%;

3) отсутствие кариеса у 80% детей в возрасте до 6 лет, в то время как среднее число кариозных, отсутствующих или пломбированных зубов у детей 12-летнего возраста должно быть в среднем не более 1,5%;

4) сокращение смертности и инвалидности от ДТП не менее, чем на 30%;

5) сокращение на 50% смертности и инвалидности в результате всех несчастных случаев на рабочих местах, в домашних условиях и на отдыхе, с обеспечением наиболее значительного сокращения в странах, где сегодня регистрируются самые высокие показатели смертности от несчастных случаев.

Предлагаемые виды показателей для мониторинга хода работ по выполнению поставленных задач:

1) смертность в разбивке по основным неинфекционным заболеваниям (сердечно-сосудистые болезни, злокачественные новообразования, диабет, хронические респираторные болезни и другие) и по возрастным группам:

2) частота и распространённость основных неинфекционных заболеваний, включая астму и хронические ревматические заболевания;

3) статистические данные о выписанных из стационара пациентах с основными неинфекционными заболеваниями;

4) распространённость основных факторов риска в группах населения (например, высокое АД, высокие показатели холестерина в сыворотке крови, низкий уровень физической активности, курение, неправильное питание);

5) отдельные стоматологические показатели;

- 6) смертность в результате внешних причин (травм и отравлений);
- 7) показатели травматизма в связи с несчастными случаями в быту, на дорогах и на рабочих местах;
- 8) данные в отношении инвалидности, связанной с травмами.

Таким образом, стратегия ВОЗ в области профилактики неинфекционных заболеваний и травматизма включает в себя разработку интегрированного подхода, межсекторального сотрудничества, наведение мостов между политикой и наукой, содействие международному сотрудничеству. Данная стратегия отображена в общенациональной программе СИНДИ, где поставлена общая цель, добиться повышения уровня здоровья населения и качества жизни путём сокращения преждевременной смертности, заболеваемости и инвалидности. Назначение программы: – предоставить в распоряжение стран – участниц СИНДИ - концептуальную основу по предупреждению факторов риска и борьбы с ними, которые характерны для многих хронических неинфекционных болезней и травм. В рамках программы также рассматриваются проблемы, связанные с детерминантами факторов риска социальной среды. По своему характеру программа СИНДИ является программой вмешательства с акцентом на оценку результатов через первичное здравоохранение (ПМСП).

До настоящего времени наиболее распространенная международная модель сектора здравоохранения заключалась, а в РФ и по сей день заключается в том, что клинические формы медико-санитарной помощи и «общественное здравоохранение» рассматривались как две совершенно различные вещи с различными принципами для выделения ресурсов и руководства. Более того, в рамках клинических видов помощи больничная и первичная медико-санитарная помощь зачастую не обеспечивали необходимого взаимодействия или даже выступали как антагонисты, конкурирующие между собой в вопросах статуса, влияния и ресурсов. При таком подходе помощь населению зачастую предоставляется на эпизодической основе (в основном при обращаемости) и фрагментируется между несколькими специалистами вместо того, чтобы исходить из концепции организации оказания помощи, ориентированной на улучшение здоровья, удовлетворение пациента и экономическую целесообразность, в противовес традиционной практике руководства, в которой вся система здравоохранения рассматривается в соответствии с внутренней перспективой развития ЛПУ.

Единственный выход из создавшегося затруднительного положения в настоящее время состоит в том, чтобы иметь интегрированную систему оказания медико-санитарной помощи, в которой ПМСМ готова к тому, чтобы решать все проблемы, которые можно решать на её уровне и где стационарная помощь обеспечивается при невозможности решить эти проблемы на уровне ПМСП. Такой подход делает акцент на главном приоритете ПМСП и ставит своей целью использование имеющихся в обществе ресурсов таким образом, чтобы обеспечить максимально возможные результаты для здоровья. А это требует перехода к организации первичной медицинской помощи по принципу *семейной медицины*, которая является клинической дисциплиной, включающей в се-

бя заботу о здоровье человека, основанную на широком спектре медицинских знаний: от клеточной биологии до психосоциальноэкономических вопросов бытия, с внедрением концепции подготовки общепрактикующих семейных врачей. Дело в том, что семья является той основной ячейкой общества, в рамках которой те, кто представляет медико-санитарную помощь, могут не только оказать содействие при наличии соматических жалоб, но могут сделать это с учетом психологических и социальных аспектов состояния пациента. Поэтому чрезвычайно важно, чтобы те, кто оказывает ПМСП, хорошо знали условия среды, в которых живут их пациенты: их жилищные условия, семейные обстоятельства, условия работы, а также социальную и физическую среду, которая может оказывать значительное воздействие на заболевание. Если те, кто предоставляют медико-санитарную помощь, не будут знать этого, то определенные симптомы могут быть неверно интерпретированы и определенные заболевания могут остаться нераспознанными и нелеченными. Это может привести к ненужным диагностическим и лечебным процедурам, увеличивая расходы и не решая при этом реальных проблем сохранения здоровья больного.

Характерной чертой для обеспечения полного набора всех видов медико-санитарных услуг является то, что каждый семейный врач должен обеспечить эффективность обслуживания всех членов семьи независимо от пола и возраста, охватывая весь спектр проблем, с которыми люди обращаются в ПМСП, не исключая при этом ни одной из жалоб на состояние здоровья, которые могут при этом возникнуть. Естественно, что для достижения этого необходимо общение семейного врача с пациентами на протяжении длительного времени (практически на протяжении всей их жизни).

Кроме того, врачи общей практики (семейные врачи) должны выступать в качестве посредников, наставников и советников для своих больных (пациентов) в вопросах их взаимоотношений с другими учреждениями, а также с социальными и другими связанными со здоровьем службами.

Определенные таким образом приоритеты в отношении программ и мероприятий стратегии ВОЗ по предупреждению и борьбе с важнейшими неинфекционными заболеваниями должны обеспечивать потребности общества при одновременной оценке этих потребностей с использованием методологии прикладной эпидемиологии и могут быть взаимосвязаны с различными функциями служб здравоохранения, такими как укрепление здоровья, профилактика болезней, или с проблемами, выходящими за обычные рамки медико-санитарных служб, как, например, те, которые связаны с окружающей средой и социальными условиями в обществе.

Контрольные вопросы.

1. Определить 10 основных причин неинфекционных болезней.
2. Чем обусловлено социально-гигиеническое значение данной проблемы?

3. Что является причиной увеличения вероятности риска возникновения этих заболеваний? Приведите пример.
4. Какова динамика заболеваемости системы кровообращения в последние годы по РФ и по Курской области? Каков уровень смертности от этих заболеваний?
5. Назовите группы факторов риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. Какова стратегия профилактики сердечно-сосудистых заболеваний? Каких результатов можно добиться в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний при изменении образа жизни?
6. Уровень, распространенность и динамика заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований по РФ и Курской области.
7. Важнейшие факторы риска возникновения злокачественных новообразований. Рекомендуемые методы профилактики.
8. Медико-гигиеническая проблема травматизма. Меры профилактики.
9. Дайте определение понятия «стратегия».
10. Программа ВОЗ интегрированной профилактики неинфекционных болезней (программа СИНДИ). Возможные результаты при её реализации.
11. Программа ВОЗ «Здоровье 21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ». Предполагаемые результаты в снижении показателей заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности.
12. Интегрированная система оказания медико-санитарной помощи населению по принципу семейной медицины.

Глава 10. *Медико-социальное исследование семьи.*

Одной из центральных задач реформ здравоохранения и перехода на страховую медицину в настоящее время является повышение качества медицинской помощи, прежде всего в условиях амбулаторно-поликлинического обслуживания населения. В этой связи внедрение и развитие семейного принципа медицинской помощи населению является особенно актуальным, так как в системе медицинского страхования возникает ряд новых факторов, стимулирующих население в повышении уровня своего здоровья. Среди этих факторов

главными являются – экономическая заинтересованность в высоком уровне индивидуального здоровья, повышается роль экономических стимулов в укреплении здоровья семьи. В связи с этим одним из методов повышения качества медицинской помощи населению является активное подключение семьи к выполнению всех рекомендаций по профилактике, диспансеризации, лечению, реабилитации, созданию здоровых условий воспитания детей, формированию здорового образа жизни. Концепция потребности семьи в медико-социальной помощи требует от здравоохранения перехода работы учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПСМП) на семейный принцип лечебно-профилактической помощи, что позволит целенаправленно разрабатывать и реализовывать профилактические программы в отдельных группах семей на участке деятельности медицинского учреждения, с учетом их конкретных социально-гигиенических характеристик. При этом необходимо изучение структуры семей участка, их потребностей в медико-социальной помощи. Поэтому врачу, работающему на участке, необходимо получить комплекс социально-гигиенических, общетеоретических, специальных медицинских знаний в работе с семьей, овладеть практическими навыками в этой сложной работе.

Основные категории характеристик семьи как единицы общества являются едиными для всех медико-социальных исследований. К ним относятся: определение семьи, структура и функции, тенденции изменения их на современном этапе развития общества.

Семья – это группа лиц, связанных не только родством или свойством (родство через брак), но и общим бюджетом, жилищем и внутрисемейной взаимопомощью.

Определение семьи как единицы наблюдения в медико-социальном плане должно рассматриваться в двух основных аспектах. Одним аспектом исследования семьи может быть исследование семьи как коллектива людей, совместно проживающих (в момент исследования), между которыми имеются отношения (дифференциация, интеграция) родства, брака или усыновления. Этот аспект исследования совпадает с общесоциологическим. Другим аспектом медико-социального исследования семьи являются исследования не только группы лиц, совместно проживающих, но и всех родственников, связанных с исследуемой единицей. Медико-социальное изучение семьи требует обязательного сочетания этих двух аспектов изучения комплексного санитарно-биологического анализа семьи в целом и рассмотрения каждого индивида семьи. Только такой подход будет иметь научную основу исследования действующих социально-биологических моментов, определяющих состояние здоровья исследуемых семей.

Структура семьи включает три основных элемента – это численность, состав, число поколений.

Основной теоретической и методологической предпосылкой исследования семьи является общепризнанное положение о том, что условия жизни семьи связаны, в первую очередь, с ее материальным положением. Однако, в создании тех или иных условий жизни семьи немаловажное значение имеют такие

характеристики, как состав семьи, тип семьи, однородная или разнородная семья по профессиональной деятельности членов семьи, наличие в семье детей, пенсионеров и прочее. Так, тип семьи определяет ее поведение, взаимопомощь, заботу о членах семьи, нуждающихся в этом и функции семьи в целом.

Наиболее общей классификацией типа семьи, в основе которой лежит принцип наличия в семье числа поколений, является разделение семей на «**большие**» и «**малые**».

«*Малая*» семья – это семья, состоящая из супружеской пары с потомством. Она определяется как нуклеарная. Под малой «неполной» семьей понимаются также семьи без одного из родителей (дети и мать или дети и отец) и бездетные супруги.

«*Большая*» семья – это семья, состоящая из родственников, включающая несколько поколений или неразделенные семьи, включающие несколько супружеских пар, связанных между собой узами родства. «Большая» семья иногда именуется как «*полная*» семья. В некоторых зарубежных исследованиях под «большой» семьей понимаются многодетные семьи. Численность, структура, тип семьи определяют дифференцированные потребности в медико-социальной помощи.

При изучении вопросов потребности семьи в медицинской и социальной помощи возникает проблема оценки здоровья семьи. При этом согласно определению здоровья, принятому ВОЗ, учитывается не только отсутствие болезней или физических дефектов у членов семьи, но и физическое, душевное и социальное благополучие семьи. В то же время здоровье семьи во многом определяется не только социальными и медицинскими службами, но и самой семьей, ее подготовленностью к охране здоровья, поведением, санитарно-гигиенической культурой, образованием. Показатели здоровья семьи определяются, в основном, ее функциями. Степень выполнения семьей той или другой функции является одновременно показателем здоровья.

Здоровая семья – это, прежде всего, семья, гармонично выполняющая все основные функции в соответствии с основными циклами своего развития.

Для медицинского персонала при работе с семьей важно знать, как та или другая семья выполняет свои основные функции, к которым относятся: биологическая (репродуктивная), экономическая, социальная, культурная, просветительная, воспитательная, функция социализации детей, психологическая, эпидемиологическая и медицинская.

Эти основные социальные функции семьи видоизменяются в зависимости от социально-экономического развития общества, но не исчезают. Изменяется структура функций семьи, их соотношения в жизни семьи. Так, экономическая функция семьи – финансовая и хозяйственная – изменяется в связи с развитием общественного обслуживания, однако развитие общественного обслуживания не приведет к значительным изменениям быта семьи.

В связи с изменением типа патологии населения в странах мира лечебно-профилактические учреждения разрабатывают новые формы и методы профилактической работы. Если раньше в решении первостепенных задач по ликви-

дации инфекционных заболеваний главное значение имела эпидемиологическая функция семьи, то теперь в решении проблем сердечно-сосудистых, онкологических и других заболеваний эта функция уменьшается.

Эпидемиологическая функция с изменением профиля патологии и другими факторами заменяется медицинской функцией, которая содержит значительно больший объем элементов функционирования семьи, направленных на ее здоровье.

В настоящее время меняется структура и соотношение всех функций семьи, влияющие на планирование комплекса медико-социальных и лечебно-профилактических мероприятий. Во-первых, уменьшается средняя численность семьи во всех общественных группах населения; во-вторых, увеличивается удельный вес «*нуклеарных*» семей, что связано с сознательным планированием числа детей в семье и прогрессирующим процентом более раннего выделения молодых семей из основной семьи – ранний «распад семейного ядра»; в-третьих, изменяются семейные роли, исчезает понятие «глава семьи»; в-четвертых, усиливается одна из главных и важных для общества функций семьи – социализация детей в семье; в-пятых, возрастает роль семьи как помощника врача в выполнении профилактических и, отчасти, лечебных рекомендаций; в-шестых, на качественно новой основе выступают такие функции семьи, как культурная, просветительная, психологическая и экономическая.

Социально-гигиенические исследования семьи различных групп населения направлены на изучение этих социальных изменений и выяснение характера их влияния на здоровье семьи, роль самой семьи в сохранении и укреплении здоровья.

Потребность семьи в медико-социальной помощи оценивается целым рядом показателей, определяющих здоровье семьи: структура семьи, уровень экономического обеспечения, уровень санитарно-гигиенического поведения, соотношение семейных и внесемейных форм жизнедеятельности, функционирование семьи, образ жизни всей семьи и отдельных ее членов. В связи с этими характеристиками различные семьи требуют специфических дифференцированных форм и методов медико-социальной помощи. В особенности это будет необходимо, когда все амбулаторно-поликлинические учреждения будут работать по принципу «*семейный врач – семья – врачи-специалисты*». При этом необходимы группировки семей по приоритетности нуждаемости в медико-социальной помощи. Для этого применяется группировка семей, состоящая из трех групп: группа здоровых семей, группа угрожаемых или рискованных семей и группа больных семей.

К *группе здоровых семей*, требующих постоянного динамического наблюдения, относятся следующие семьи: с беременной женщиной при нормальном, физиологическом течении беременности; молодые семьи без детей или с детьми до пяти лет; многодетные семьи без отрицательных социально-гигиенических и медицинских характеристик; матери-одиночки; семьи пожилых людей; семьи с неблагоприятными материально-жилищными условиями.

К *группе уязвимых или рискованных семей* относятся следующие: семьи с наличием выраженных вредных привычек у членов семьи (курение и употребление алкоголя дома, при детях, на уровне злоупотребления); семьи с натянутыми отношениями, нездоровые в психологическом отношении семьи с низким культурным уровнем; семьи, не соблюдающие принципы здорового образа жизни; среднеболеющие семьи с числом обращений за медицинской помощью на одного члена семьи до двух раз в год и до 15 дней нетрудоспособности; семьи с членами семьи, имеющими избыточный вес; семьи с отягощенным наследственным анамнезом; семьи с профессиональными вредностями у членов семьи.

К *группе больных семей* относятся следующие: многоболеющие семьи с числом обращений за медицинской помощью на одного члена семьи более трех раз в год и более 15 дней нетрудоспособности на одного работающего; семьи с хроническим больным, инвалидом; семьи с наследственными заболеваниями; семьи с больными алкоголизмом, наркоманией; семьи с детьми, отстающими в психическом и физическом развитии; семьи, где случаются выкидыши и частые аборты; бесплодные по причине болезни семьи.

Работа с приоритетными семьями имеет свою специфику, которая заключается в том, что они требуют дифференцированных мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию родителей и семьи в целом с учетом конкретных факторов риска. В этой связи, в паспорте участка должны быть списки семей с факторами риска, сгруппированные по предложенной классификации. Участковый врач составляет план профилактической работы с отдельными группами приоритетных семей, активно подключая к выполнению отдельных мероприятий медицинских сестер. Особенно велика роль медицинской сестры в организации реабилитационных и профилактических мероприятий в семье.

Одним из главных методических вопросов является разработка показателей «индексов» здоровья семьи. Уровень здоровья семьи является суммой составляемых уровня здоровья индивидуумов – членов семьи. Это положение применимо только к оценке заболеваемости семьи. Оценка заболеваемости семьи может быть проведена на основе средних показателей обращаемости в зависимости от возрастной структуры и численности семьи. С этой целью может быть использована таблица для оценки уровня заболеваемости семьи в зависимости от ее структуры и численности (табл. 7).

Таблица 7

Среднее число заболеваний в год на семью
(по О.В. Грининой, 1970)

Число детей в семье	Число взрослых в семье										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	2,5	3,5	4,5	5,5	6,5	7,5	8,5	9,5	10,5	11,5	12,5
2	4,0	5,0	6,0	7,0	8,0	9,0	10,0	11,0	12,0	13,0	14,0
3	5,5	6,5	7,5	8,5	9,5	10,5	11,5	12,5	13,5	14,5	15,5
4	7,0	8,0	9,0	10,0	11,0	12,0	13,0	14,0	15,0	16,0	17,0

5	8,5	9,5	10,5	11,5	12,5	13,5	14,5	15,5	16,5	17,5	18,5
6	10,0	11,0	12,0	13,0	14,0	15,0	16,0	17,0	18,0	19,0	20,0
7	11,5	12,5	13,5	14,5	15,5	16,5	17,5	18,5	19,5	20,5	21,5
8	13,0	14,0	15,0	16,0	17,0	18,0	19,0	20,0	21,0	22,0	23,0
9	14,5	15,5	16,5	17,5	18,5	19,5	20,5	21,5	22,5	23,5	24,5
10	16,0	17,0	18,0	19,0	20,0	21,0	22,0	23,0	24,0	25,0	26,0
11	17,5	18,5	19,5	20,5	21,5	22,5	23,5	24,5	25,5	26,5	27,5

Эти показатели могут быть использованы при оценке заболеваемости семей, однородных по социальным характеристикам, находящихся на одной и той же фазе развития, жизненном цикле. Но для комплексной оценки здоровья семьи недостаточно традиционных показателей заболеваемости, физического развития, демографических индексов. Необходимо иметь ряд показателей социологических, психологических, экономических и поведенческих характеристик семьи.

Как известно, семейные отношения, микросоциальная среда активно влияют на возникновение и течение болезни, и могут оказывать как позитивное, так и негативное влияние. Лечащему врачу с целью максимального использования положительных факторов окружающей среды необходимо стремиться выявить их. Создание благоприятной обстановки в семье для больного во многом зависит от совета врача, установления правильного контакта с родственниками.

В настоящее время, с ростом культуры и санитарно-гигиенической грамотности населения, изменяются взаимоотношения врача и семьи больного – у врача появляются новые возможности в совместном проведении лечебных и профилактических мероприятий в семье. При выяснении причины заболевания врачу необходимо ознакомиться с наследственными, конституциональными, характерологическими особенностями семьи больного, так как они могут быть одним из факторов, являющихся предпосылкой к возникновению заболеваний, в особенности хронических. Комплекс поведенческих факторов – семейные традиции, обычаи, привычки, общий режим, «установки» семьи могут быть причинами заболевания. Знание медико-биологических и социальных семейных факторов является основой плана диспансерного наблюдения за хроническими больными, который составляется врачом с учетом индивидуальных особенностей и течения заболевания у этих больных.

Необходимость изучения семей хронического больного определяется особенностями этих заболеваний по сравнению с острыми. Длительность течения хронической болезни может привести к изменению психики больного, а это приводит к тому, что у него изменяются взаимоотношения в семье и рабочем коллективе. Все это и частое нарушение трудоспособности приводит к изменению личности больного. Предотвращение таких последствий, правильное лечение и профилактика обострений возможны только при детальном знакомстве врача с близкими и семьей хронического больного.

При установлении влияния неблагоприятных психологических, поведенческих моментов в семье врачу необходимо выявить их причину и следствие.

Бывает, что причину и следствия трудно разграничить, хронический больной сам иногда бывает причиной ухудшения взаимоотношений в семье. Хронические заболевания у одного из членов семьи могут быть причиной развития невроза у других членов семьи; приступы или тяжелое обострение хронической болезни могут вызывать острую реакцию лиц, окружающих больного. Поэтому при проведении профилактической работы с семьей больного необходим дифференцированный подход с учетом не только условий жизни семьи в целом, но и таких факторов, как течение и особенности того или иного хронического заболевания, отношение больного и родственников к лечению, особенности больного (прежде всего, его личности), осведомленность больного и семьи о заболевании и его лечении, поведение членов семьи в отношении больного. Это необходимо для повышения эффективности работы с семьей, в составе которой имеется хронический больной, так как очень важно, чтобы члены семьи знали требования, предъявляемые к ним медицинским персоналом. Членам семьи необходимо знать, что хронический больной состоит на диспансерном наблюдении, так как не все семьи отчетливо представляют свои функции в диспансеризации хронического больного.

Следующим из важнейших индексов здоровья семьи является оценка здоровья матери и ребенка. Процесс здорового роста и развития ребенка определяется состоянием при рождении и окружающей среды по всему комплексу факторов, действующих после рождения, в особенности в первые годы жизни.

Необходимо помнить, что гармоничное развитие ребенка и его здоровье определяются комплексом социально-биологических факторов, действующих на ребенка с момента зачатия, в антенатальном периоде, в родах, послеродовом периоде и в дальнейшем на каждой стадии роста.

В ряде исследований установлено, что среди множества социально-гигиенических положительных факторов, определяющих здоровье ребенка, на первом месте стоят: здоровая мать, отсутствие в анамнезе матери аборт, соблюдение медицинских рекомендаций матерью во время беременности, рождение ребенка со средней массой тела, высокий уровень санитарно-гигиенической культуры семьи, обеспечение семьей гигиенических условий жизни ребенка на первом году жизни, грудное вскармливание.

Здоровье во многом определяется социально-психологическим климатом семьи, ее образом жизни и поведением. Комплекс поведенческих факторов семьи в отношении выполнения медицинских назначений, в особенности профилактических, создает условия правильного функционирования системы «*врач – ребенок – семья*». Одной из основных задач в решении проблем правильного воспитания здорового ребенка является повышение ответственности семьи, в особенности матери. Семья должна быть помощником врача. В связи с этим, все усилия должны быть направлены на повышение уровня медицинских знаний матери в женской консультации, родильном доме, детской поликлинике. Для врача-педиатра (семейного врача) в работе с семьей в центре внимания должно быть совершенствование воспитательной, медицинской функции и функции социализации детей.

Выполнение семьей функции социализации детей как одного из индексов здоровья семьи имеет свои особенности, которые определяются возрастом детей в семье. Главным условием, ориентирующим семью на выполнение функции социализации детей, является комплексная работа и согласованность действий медицинского персонала, педагогов, родителей и других членов, принимающих участие в воспитании детей. Ответственными моментами в социализации детей являются поступление ребенка в детское дошкольное учреждение и школу. Здесь имеются свои специальные задачи работы с семьей. К этому времени ребенок должен овладеть санитарно-гигиеническими навыками и привычками, формирующими необходимое поведение ребенка в коллективе. В особую группу при этом должны быть выделены семьи с факторами социального и медицинского риска. Врачом составляется план целенаправленных оздоровительных мероприятий с учетом факторов риска в каждой семье, коррекции негативных моментов. Элементами этой работы с родителями являются разъяснение необходимости организации правильного домашнего режима ребенка, особенно в период его адаптации к условиям детского дошкольного учреждения, знакомство родителей с особенностями режима детского дошкольного учреждения, оздоровление ребенка до поступления в детское дошкольное учреждение.

Как было сказано ранее, главным фактором в правильном развитии ребенка является поведение матери и подготовленность семьи к выполнению основных семейных функций – воспитательной и социализации детей, а также наличие правильной установки семьи на воспитание здорового ребенка. Установлено, что на первом году жизни правильную установку на воспитание здорового ребенка, формирование соответствующего возрасту образа жизни имеют 48% молодых семей, к 3 годам – 63% и к 5 годам – 87%. Разработанная группировка семей по степени подготовленности к воспитанию ребенка позволила распределить эти семьи на три группы.

1. Семьи, подготовленные к воспитанию здорового ребенка, в которых большинство медико-санитарных рекомендаций по воспитанию и развитию ребенка выполняются. В этих семьях соблюдается правильный режим дня, а при заболеваниях родители сразу обращаются к врачу и выполняют все его рекомендации. Ребенок владеет санитарно-гигиеническими навыками согласно его возрасту. Семья в целом имеет положительную психологическую характеристику, члены семьи не имеют вредных привычек и в семье имеется правильная установка на воспитание ребенка.

2. Семьи, недостаточно подготовленные к воспитанию здорового ребенка. В этих семьях имеются отдельные нарушения в режиме дня, закаливании, воспитании ребенка, родители допускают отдельные нарушения врачебных рекомендаций в отношении ребенка. В психологическом отношении в семье имеются отдельные негативные моменты, но в отношении воспитания ребенка существует единая линия воспитания и ребенок, в основном, владеет санитарно-гигиеническими навыками.

3. Семьи, не подготовленные к воспитанию здорового ребенка. В этих семьях превалирует ряд отрицательных факторов в воспитании ребенка (систе-

матическое нарушение режима дня), при заболевании ребенка часто бытует самолечение, назначения врача, как правило, не выполняются. Ребенок не владеет всеми санитарно-гигиеническими навыками соответственно возрасту. В психологическом отношении в этих семьях присутствует целый ряд негативных моментов (неспокойная обстановка в семье, конфликты между взрослыми членами семьи, а по отношению к детям применяются физические меры наказания и у большинства или у всех членов семьи имеются вредные привычки).

Таким образом, санитарно-гигиеническое воспитание на семейном уровне должно являться одним из важнейших разделов плана профилактической работы врача на участке, дифференцированно применительно к конкретным больным и их семьям с анализом их социально-гигиенических характеристик. Выполнение назначений врачей тесно связано с общими установками семьи на сохранение и укрепление здоровья ее членов, образом жизни семьи, что диктует необходимость совершенствования дифференцированной медико-социальной работы с семьей, в основе которой должны быть *шесть ключевых принципов, определяющих здоровье семьи*:

- 1) здоровье населения может быть существенно улучшено, если объектом медико-социальной помощи станет семья;
- 2) чтобы уменьшить риск заболеваний, каждая семья должна иметь своего медицинского адвоката – семейного врача;
- 3) основы здоровья и образа жизни закладываются и формируются в семье, здоровье членов семьи взаимосвязано;
- 4) большинства заболеваний можно избежать, если семья будет выполнять роль помощника семейного врача;
- 5) врач должен всемерно использовать наличные знания, умения и средства для скоординированных с семьей действий по достижению наивысшего уровня здоровья семьи;
- 6) здоровье населения может быть существенно улучшено, если все медицинские работники будут располагать совершенными знаниями и умениями в области охраны здоровья семьи.

Контрольные вопросы.

1. Семья как объект медико-социального исследования. Основные аспекты исследования семьи.
2. Структура семьи. «Малая» и «большая» семья.
3. Роль семьи в формировании здоровья. Критерии оценки здоровья семьи.
4. Оценка уровня заболеваемости семьи в зависимости от её структуры и численности.
5. Изучение семей хронических больных.

6. Оценка здоровья матери и ребенка, как один из важнейших индексов здоровья семьи.
7. Выполнение семьей основных функций – воспитательной и социализации детей.
8. Группировка семей по степени подготовленности к воспитанию ребенка.
9. Шесть ключевых принципов, определяющих здоровье семьи.

Глава 11. Организация здравоохранения в зарубежных странах.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ. ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Цели

Студент должен

Знать:

- основные проблемы и характеристики зарубежных систем здравоохранения;

- роль ВОЗ в международном сотрудничестве.

Уметь:

- дать сравнительную характеристику систем здравоохранения в мире;

- применять полученные знания при обучении на профильных кафедрах

До 1992 года, когда еще существовали СССР и социалистические страны Восточной Европы, выделяли следующие системы и формы организации здравоохранения:

1. Социалистическая система здравоохранения, ярким примером которой было советское здравоохранение, характеризовавшееся преимущественно экстенсивным развитием.

2. Капиталистическая система, в которой определяли такие формы как:

- частнокапиталистическая, олигархическая;
- страховая медицина;
- государственная служба здравоохранения;
- колониальная медицина; медицина в зависимых странах.

3. Здравоохранение развивающихся стран.

Такая классификация исходила из политической и экономической ситуации в мире. После распада социалистической системы государств и СССР, которые радикально изменили свой общественный строй, вышли на путь рыночной экономики, что не могло не сказаться на структуре и формах здравоохранения, потребовало исходить из другого критерия, определяющего классифи-

кацию систем, структур здравоохранения – не столько политического, сколько социально-экономического, тем более, что именно социально-экономические факторы определяют характер, уровень и возможности здравоохранения. Среди этих факторов и условий первостепенное значение приобретают ресурсы, средства обеспечения здравоохранения и их источники – государственный бюджет, страховые фонды, частные ассигнования, общественные средства и другие источники финансирования.

Исходя из названного критерия (источники средств обеспечения здравоохранения, его финансирования), системы здравоохранения можно разделить на *три группы*:

1. Преимущественно государственная (общественная система), наиболее демонстративно представленная в Великобритании (система Бевериджа).

2. Преимущественно страховая система, наиболее полно и четко представленная в Германии (система Отто Бисмарка).

3. Преимущественно частная (рыночная) система, наиболее характерная для здравоохранения США.

В I группу стран (с государственным здравоохранением) входят Дания, Англия, Канада, Италия, Швеция, Норвегия, Финляндия. Из бюджета в Швеции покрывается 78% расходов на медицинское обследование, в Англии — 96,9%, Италии — 57,1%, Канаде — 72%. Управление и финансирование осуществляются либо централизованно (Англия), либо на региональном уровне (Канада, Швеция, Норвегия и др.). Частным страхованием охвачена незначительная часть населения.

Наиболее типичной системой государственного здравоохранения является Национальная служба здравоохранения Англии, созданная в 1948 г. Между 1911 и 1948 гг. Англия имела частично регулируемое страхование здоровья для некоторых категорий рабочих. Существовало также несколько частных страховых компаний.

Перед второй мировой войной, когда Европа (Франция, Германия, Швейцария, Швеция и др.) улучшали здравоохранение, британское здравоохранение не развивалось. Финансирование здравоохранения было недостаточным. Врачи общей практики имели примитивные офисы, а больницы - устаревшее оборудование и обветшавшие здания. Специализированная помощь была сосредоточена в крупных городах.

Созданная в 1948 г. правительством лейбористов национальная система здравоохранения (НСЗ), представляет объединение государственных медицинских учреждений. Вместе с тем она оплачивает и контролирует деятельность частных медицинских учреждений. Нормирование бюджета в 87% осуществляется за счет налоговых поступлений, в 10% — за счет страховых фондов и 3% — платные услуги. Управление финансами осуществляется преимущественно централизованно Министерством здравоохранения и социального обеспечения. Распределение бюджета происходит сверху вниз по иерархической системе управления: сначала в 14 региональных служб, затем в округа, города и на последнем этапе — в медицинские учреждения. Такая жесткая система рас-

пределения финансовых средств сдерживает рост стоимости медицинских услуг и обуславливает поиск экономически целесообразных форм медицинского обслуживания (табл. 8).

Таблица 8

Расходы на здравоохранение в некоторых странах
по оценке на 2000 год (ВОЗ)

Страна	ВВП на душу населения (в долл. США)	Общие расходы на здравоохранение в % от ВВП.	% гос. ассигнований на здравоохранение	Гос. расходы в % от общих расходов на здравоохранение	Расходы на душу насел. (долл. США) по офиц. обмен. курсу.
Россия	2270	5,4	2,0	76,8	158
Великобритания	22640	5,8	15,0	96,9	1303
Канада	19320	8,6	5,0	72,0	1783
Германия	25350	10,5	17,0	77,5	2713
Франция	23480	9,8	16,0	76,9	2369
США	30600	13,7	21,0	44,1	4187
ЮАР	3160	7,1	4,0	46,5	268

Доля расходов на здравоохранение в Англии составляет 5,8% от валового национального продукта, что в 2,3 раза меньше, чем в США. В среднем на 1 жителя в год в Англии приходится 1300 долларов.

По сравнению с другими странами английская НСЗ характеризуется высокой доступностью медицинской помощи, однако значительно уступает им по технической оснащенности и использованию новейших технологий. Например, число компьютерных томографов на 1 млн. жителей Англии составляет 2,7, тогда как в Германии — 7,7, Бельгии — 6,4. В 1,5 — 2 раза в Англии ниже доля использования магнитно-ядерного резонанса, гемодиализа. Особенно велик разрыв по артропластике бедра, операциям на сердце и др.

Бюджет здравоохранения Англии в большой степени зависит от положения в экономике. Централизованная система финансирования отличается консерватизмом и не может быстро реагировать на потребность общества. В отличие от Англии другие страны с бюджетным финансированием (Швеция, Дания, Норвегия, Финляндия, Канада) избежали чрезмерной централизации в управлении и финансировании и добились высокого уровня расходов на здравоохранение: Швеция — 9,2% ВВП, Канада — 8,6% ВВП, Норвегия — 6,5% ВВП, Финляндия — 7,6% ВВП, Дания расходует 8% ВВП, тогда как Англия — 5,8% ВВП.

В этих странах существует дополнительный источник финансирования — местные бюджеты. Кроме того, органы управления во всех странах выборные, в Англии — назначаются.

Национальная система здравоохранения Англии в настоящее время переживает кризис, обусловленный в основном нехваткой финансов. Объем расходов на душу населения в Англии составляет 1/3 от уровня США и 1/2 от евро-

пейских стран. Подтверждение кризиса здравоохранения Англии - очереди на госпитализацию, причем 61% срочных случаев ждали очереди больше месяца.

Вместе с тем уровень здравоохранения Англии значительно выше, чем в России.

Следует отметить, что в 1979 г. в Англии была попытка приватизации здравоохранения и введения регулирования страхования правительством М. Тэтчер. Для изучения регулирования страхования в Европу была направлена группа экспертов. Однако сопротивление населения не позволило осуществить планы правительства.

Другим примером государственного здравоохранения является Канада. Особенности здравоохранения Канады: 1) более высокий процент отчислений на здравоохранение от ВВП (8,6%); 2) отсутствие чрезмерной централизации в управлении и финансировании. Бюджет здравоохранения на 40% формируется из поступлений от федерального правительства и на 60% — за счет провинций.

Система здравоохранения с медицинским страхованием.

Наибольшая группа систем построена по принципу социального страхования. Они также управляются в той или иной степени государственными органами власти и в этом смысле являются общественными. Любая система с медицинским страхованием различает базовое и дополнительное страхование.

К базовому страхованию относятся амбулаторная, стационарная (неотложная и плановая) помощь, лекарственное обеспечение, некоторые другие виды в зависимости от страны. К дополнительным услугам относятся осмотр заведующего отделением, отдельная палата в больнице, сестринский уход на дому и др.

Во всех европейских странах базовое страхование осуществляется «больничными фондами». Базовым страхованием охвачено практически все население. Незастрахованные составляют 0,5—2% от общей численности населения. Обязательным по закону страхованием охвачено во Франции 98% населения, в Бельгии— 98%, в Германии — 77%.

Социальная функция этих систем не отличается от бюджетного (государственного) здравоохранения, поскольку финансируется преимущественно из общественных фондов, и распределение медицинской помощи не зависит от дохода страхуемого (табл. 9).

Таблица 9

Процентное соотношение источников дохода в некоторых странах

№	Страна	Всего % дохода	Источники доходов		
			Государство	Работодатели	Трубящиеся

1	Бельгия	100	31,4	79,5	19,1
2	Германия	100	19,0	42,7	38,3
3	Франция	100	81,0	12,5	6,5
4	Дания	100	80,0	11,0	9,0
5	Финляндия	100	44,0	49,0	7,0
6	Италия	100	7,3	83,3	9,4
7	Нидерланды	100	6,3	42,5	51,2

Реальное различие между двумя системами здравоохранения, государственной и страховой, связано с видом формирования фондов. Страховые фонды формируются на целевой основе и рассчитаны на определенный круг лиц, участвующих в соответствующей страховой программе.

Целевые взносы являются обязательными для всех получателей доходов и уплачиваются в виде определенного процента от заработной платы (Франция – 16%, Италия – 13%, Нидерланды – 9%).

Согласно законодательству ФРГ (Гражданскому кодексу, Своду социальных законов (том 5), большая часть населения Германии подлежит обязательному страхованию. Обязательным медицинским страхованием охвачено около 90% всего населения. Спектр оказываемых им услуг жестко установлен государством и может быть в любой момент изменен государственным декретом. В обязательном медицинском страховании объем оказываемых услуг, и их оплата твердо определены. Наиболее распространен следующий принцип оплаты: больничные фонды оплачивают труд врачей и услуги больниц, оказывающих медицинскую помощь их застрахованным, согласно тарифу за случай заболевания с конкретным диагнозом. При этом объем назначаемых обследования и лечения должен соответствовать утвержденным медико-экономическим стандартам. Таким образом, больничные фонды непосредственно контролируют расходы на медицинские услуги, оказываемые застрахованным.

Для всех застрахованных в системе ОМС установлены одинаковые условия оплаты взносов без учета индивидуального риска того или иного заболевания и возраста застрахованного на момент заключения договора. Больничные фонды взимают с застрахованных точно определенную процентную часть заработной платы. При том, что размер страхового взноса одинаков для всех застрахованных, объем оказываемых каждому из них медицинских услуг значительно различается. Таким образом, объем медицинских услуг не зависит от материального достатка и размеров взносов в страховые фонды. Система социального страхования *гарантирует равные права* для населения, особенно для малоимущих, т.к. действует принцип общественной солидарности: богатые платят за бедного, молодой - за старого, здоровый – за больного.

Итак, характерными основными чертами страховой медицины являются:

1. Участие в формировании страховых фондов трудящихся совместно с предпринимателями и государством;
2. Государственное управление этими фондами;
3. Распределение фондов независимо от заработка получателей в год, а также от размера их взносов.

Частный рынок страхования в США.

До 1930 г. страхование здоровья американцев осуществлялось за счет фондов обществ взаимопомощи или наличной оплатой врачей, оказывающих помощь. В это же время зарождалось и ведомственное здравоохранение в различных отраслях.

В Европе мощное социальное и профсоюзное движение добилось превращения обществ взаимопомощи в систему регулирования страхования.

В США отсутствовало сильное социальное и профсоюзное движение. Поэтому в результате депрессии 30-х годов многие страховые компании разорились. Больницы были вынуждены создать системы предварительной оплаты (страхования) на случай госпитализации. Так родилась программа, объединившая группу госпиталей, под названием Голубой крест. Организующую и управляющую роль в ней получила Американская госпитальная ассоциация. Позже в систему страхования включились амбулаторные учреждения. Эта программа получила название Голубой щит. В 40-е годы интерес к Голубому кресту и Голубому щиту возрос, и значительно расширилась их сфера влияния, увеличилось число групповых контрактов. В ряде штатов произошло их слияние.

В 50-60-е годы групповое страхование (ГК и ГЩ) получило широкое распространение. Рабочее движение Америки приветствовало этот вид страхования, поскольку рабочие не платили страховой налог, а медицинская помощь оплачивалась работодателями.

В 1965 г. правительство США разработало две программы для пенсионеров (**Медикер**) и бедных и безработных (**Медикейд**). Для пенсионеров старше 65 лет средства перечислялись в виде налога на предпринимателей и работающих. Основная часть расходов по программе Медикейд возлагалась на штаты, федеральное правительство выплачивало за госпитализацию и амбулаторную помощь 50%. Однако Медикейд оказывает помощь 44% бедных.

Наряду с этими системами появлялись частные страховые компании. Вначале (50—60-е годы) они дополняли услуги Голубого креста и Голубого щита, а в 70-е годы вступили в прямую конкурентную борьбу. В итоге стала формироваться частная медицина. В настоящее время около 90% американцев пользуются услугами частных страховых компаний, затрачивая при этом более 10% семейного дохода. Лишь 41% расходов на здравоохранение (всего 13,7% от ВВП) идет из социальных фондов. Поэтому гарантированное государством право получения (застрахованные) больничной помощи имеют 40% населения, амбулаторной — 25%. Остальные — незастрахованные. Другая суперпроблема здравоохранения США — рост стоимости медицинских услуг.

Рассмотрев различные модели организации медицинской помощи в мире, можно сделать вывод о том, что прямое и постоянное увеличение расходов на здравоохранение не сопровождается пропорциональным улучшением показателя общественного здоровья. Не наблюдается также и увеличения числа населения, удовлетворенного организацией медицинской помощи. Так, в США расходуется самый большой процент средств от ВВП на здравоохранение, однако свыше 75% американцев не удовлетворены медицинской помощью.

Расходы на медицинские услуги на 1 жителя в год в США составляют 4187 долларов (для сравнения: в России — 158 долларов). Однако это вовсе не означает, что наиболее эффективная система организации медицинской помощи в США. Это не так, поскольку по многим показателям здоровья, в том числе по средней продолжительности жизни, детской смертности, США значительно уступают многим странам и занимают, с учетом затрат, 15-е место.

Итак, главная функция системы здравоохранения – предоставление медицинских услуг населению, т.е. оказание медико-санитарной помощи, включая профилактические, лечебные и паллиативные виды вмешательства, ориентированные как на отдельных лиц, так и на группы населения. В то же время, системы здравоохранения несут ответственность не только за улучшение здоровья людей, но и за защиту их от финансовых расходов, связанных с болезнью и сохранения их достоинства при лечении.

Исходя из сказанного, системы здравоохранения должны отвечать за три главные цели:

1. Улучшение здоровья населения, которому они служат;
2. Обеспечение тех надежд, которые возлагает на них население;
3. Обеспечение финансовой защиты от расходов, связанных с нездоровьем.

Все три цели имеют значение в каждой стране, независимо от того, насколько богата или бедна эта страна, или от того, как организована ее система здравоохранения.

Оценку же того, насколько хорошо та или иная система здравоохранения выполняет свои обязанности, можно произвести только при сравнении достигнутых результатов по выполнению трех главных целей с тем, что система могла бы достичь, т.е. получить наилучший результат, которого можно добиться с теми же ресурсами.

Контрольные вопросы.

1. Классификация систем здравоохранения. Критерий, используемый для данной классификации.
2. Государственная система здравоохранения.
3. Система медицинского страхования.
4. Частная система страхования.
5. Преимущества и недостатки систем здравоохранения друг перед другом.
6. Расходы на здравоохранение в зависимости от имеющейся в государстве системы здравоохранения.
7. Процентное соотношение источников финансирования различных систем здравоохранения.
8. Особенности частного рынка страхования в США.
9. Главные цели любой системы здравоохранения и оценка её функционирования.

Глава 12. *Международное сотрудничество в области здравоохранения.*

Все мы знаем, что хорошее здоровье населения имеет жизненно важное значение для экономического и социального развития государства. Главными лицами, принимающими решения, – в правительстве, в частном секторе и в гражданском обществе, – все шире признается, что здоровые люди, группы людей и общества являются чрезвычайно важной основой для будущего благополучия народов и всей нашей планеты. Здоровье общества считается одной из главных предпосылок для развития его людей. Так, например, бывший министр здравоохранения РФ Шевченко Ю.Л. считает, что здравоохранение – наряду с обороной – относится к одному из главных факторов определяющим государственную политику, являясь основой национальной безопасности любой страны. Таким образом, задача улучшения здоровья является главной задачей здравоохранения. С момента благополучных родов здорового ребенка и до момента оказания достойной помощи слабым пожилым людям здравоохранение несет на себе жизненно важную непрерывную ответственность перед людьми на протяжении всей их жизни, что чрезвычайно важно для здорового развития отдельных лиц, семей и общества в целом. Перспективы преодоления различий в здоровье зависят, прежде всего от того, в какой степени мы можем осуществлять международное сотрудничество в области здравоохранения.

В настоящее время существуют и активно работают более 200 международных медицинских организаций и ассоциаций, в том числе правительственные международные агентства: Организация объединенных наций (ООН), Международная организация труда (МОТ), Международный детский фонд (ЮНИСЕФ), Международный фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА), Организация объединенных наций по науке и культуре (ЮНЕСКО), Международная продовольственная организация (ФАО), Международное агентство по атомной энергии (МАГАТЕ), Американский международный союз здравоохранения (АМСЗ), Международная лига обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МЛОККиКП), и др. Но самой крупной среди них и самой значимой среди медицинских является Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), которая сотрудничает со 191 международной медицинской организацией государств – членом.

Возникновение сотрудничества разных стран в области здравоохранения было прежде всего обусловлено необходимостью международного согласования мер по санитарной охране территорий государств в связи с периодически возникавшими эпидемиями и пандемиями. В этих целях начали создаваться международные санитарные советы в Танжере (1792 г.), Константинополе (1839 г.), Тегеране (1867 г.), Александрии (1843 г.). А в 1851 г. в Париже со-

стоялась первая Международная санитарная конференция, на которой врачи и дипломаты 12 государств разработали и приняли Международную санитарную конвенцию и Международный карантинный устав, где устанавливались минимальный и максимальный карантинные периоды для оспы, чумы, холеры, уточнялись портовые санитарные правила и функции карантинных станций, определялась важность эпидемиологической информации в международном сотрудничестве по предотвращению распространения инфекций. В последующем, на Первой Панамериканской санитарной конференции в 1902 году, был создан постоянно действующий орган – Международное (панамериканское) санитарное бюро, которое с 1958 года известно как Панамериканская организация здравоохранения.

Другим важным шагом на пути становления международного здравоохранения явилось создание в 1907 году, со штаб-квартирой в Париже, Международного бюро общественной гигиены (МБОГ) – постоянной международной организации, в задачи которой входило: сбор и доведение до сведения стран – участниц фактов и документов общего характера, относящихся к общественному здравоохранению, особенно к таким инфекционным заболеваниям, как холера, чума и желтая лихорадка, а также сбор и распространение информации о мерах борьбы с этими заболеваниями. Россия участвовала в учреждении МБОГ и имела в нем своего постоянного представителя. МБОГ существовало до конца 1950 года и объединяло собой 55 государств.

Несколько позже, чем МБОГ, после Первой мировой войны в 1923 году была создана еще одна международная организация здравоохранения при Лиге Наций (ОЗЛН), что было связано с резким ухудшением эпидемической ситуации в Европе и широким распространением пандемий и эпидемий тифов, холеры, оспы и других инфекционных заболеваний. Сфера ее деятельности была значительно шире, чем круг вопросов, которыми занималось МБОГ. Цель организации здравоохранения Лиги Наций (ОЗЛН) состояла в том, «чтобы принять все меры международного масштаба для предупреждения и борьбы с болезнями». Кроме того, она оказывала помощь в области здравоохранения по подготовке кадров, научным исследованиям и публикациям материалов этих исследований. Придавая важное значение научным исследованиям, ОЗЛН учредила ряд Комитетов экспертов и Комиссий по важнейшим направлениям своей деятельности (по вопросам биологической стандартизации, по санитарной статистике, по малярии, раку, лепре, чуме, по унификации национальных фармакопей, по контролю за опиумом и другими наркотиками, по питанию), в которых работали наиболее видные ученые различных стран мира. Деятельность Лиги Наций, а вместе с ней и ее Организации здравоохранения продолжалось до 1946 года.

После окончания Второй мировой войны в 1945 году, ведущей организацией международного сообщества стала Организация Объединенных Наций (ООН), учрежденная по инициативе стран – победительниц. На первой Генеральной ассамблее ООН в феврале 1946 года в Филадельфии было решено создать новую международную организацию здравоохранения с передачей ей

функции Лиги Наций. На основании решения международной конференции, состоявшейся в июне 1946 года в Нью-Йорке, был принят Устав новой всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в котором провозглашались основные принципы сотрудничества государств – членов Организации, необходимые «для счастья, гармоничных отношений между всеми народами и для их безопасности». К 7 апреля 1948 года 26 государств – членов ООН (в том числе и наше государство - СССР) прислали свои уведомления о принятии ими Устава и его ратификации. Этот день 7 апреля – считается датой окончательного создания ВОЗ, получившей юридическое оформление и ставшей полноправным членом международных организаций «семьи ООН». В честь этого события 7 апреля каждого года отмечается как международный день здоровья. В наши дни членами ВОЗ являются более 190 государств. Ежегодно по линии ВОЗ осуществляется более 150 различных проектов в области здравоохранения направленных на решение самой актуальной проблемы – сохранение и укрепление здоровья всех народов населяющих Землю.

Являясь специализированной организацией ООН, ВОЗ, согласно Уставу, является руководящим и координирующим международным органом по здравоохранению, имеющий определенную направленность в своей деятельности, заключающуюся в:

- укреплении и совершенствовании служб национального здравоохранения;
- предупреждении и борьбе с неинфекционными и инфекционными заболеваниями;
- охране и оздоровлении окружающей среды;
- охране здоровья матери и ребенка;
- подготовке медицинских кадров;
- санитарной статистике;
- развитию медико-биологических исследований.

Центральный административный орган ВОЗ – Секретариат, который возглавляется генеральным директором, избираемым Ассамблеей ВОЗ сроком на 5 лет по представлению Исполкома. Штаб – квартира секретариата расположена в Женеве. Сам Секретариат ВОЗ имеет децентрализованную структуру, т.е., помимо штаб-квартиры, он имеет 6 региональных бюро. Каждое такое бюро имеет свой региональный комитет, который состоит из представителей государств – членов ВОЗ, входящих в данный географический район. В настоящее время существуют следующие региональные бюро: для стран Европы – в Копенгагене (Дания), Америки – в Вашингтоне (США), бассейна Восточного Средиземноморья – в Александрии (Египет), Юго-Восточной Азии – в Дели (Индия), Западной части Тихого океана – в Маниле (Филиппины), стран Африки южнее Сахары – в Браззавиле (Конго).

Деятельность ВОЗ обеспечивается регулярным бюджетом, состоящим из членских взносов государств – участниц. Более двух третей всего бюджета платят развитые страны, из которых максимальные взносы идут от США (17–25% всего регулярного бюджета), России, Германии, Великобрита-

нии, Канады. Кроме этих средств, ВОЗ финансируется за счет Добровольного фонда укрепления здоровья, учрежденного в 1960 году. Этот фонд складывается из добровольных пожертвований и добровольных взносов стран – членов ВОЗ. Официальными языками ВОЗ являются английский и французский. Кроме них, ряд документов и материалов, а также перевод выступлений на Ассамблеях, в комитетах производится на рабочих языках – русском, китайском, испанском, арабском и немецком.

ВОЗ привлекает для обсуждения и консультаций более тысячи известных специалистов, проводящих заседания экспертных комитетов и советов, готовящих технические, научные, информационные и другие материалы. ВОЗ принадлежит большая роль в успешном решении ряда проблем международного и национального здравоохранения. В тоже время ВОЗ сама по себе не в состоянии осуществлять многие возложенные на нее функции. Именно поэтому ВОЗ имеет тесную связь с такими учреждениями системы ООН, как: Экономический и Социальный советы ООН; организация по вопросам продовольствия и сельского хозяйства (ФАО); МАГАТЭ – решение проблем использования атомной энергии в медицине и защиты от проникающей радиации; ЮНЕСКО – решение проблем научно-исследовательского характера, научной информации, гигиенического воспитания населения; ЮНИСЕФ – проведение мероприятий по охране материнства и детства, улучшения детского питания, решение проблем борьбы с инфекционными заболеваниями; Европейское общество социальной педиатрии (ЕОСП) – проведение мероприятий по охране здоровья ребенка во все периоды его жизни, начиная с антенатального, изучение воздействия неблагоприятных факторов наследственности, тератогенеза, окружающей среды на здоровье и развитие ребенка, изучения положения ребенка в семье, обществе, детских коллективах с акцентом на социально-экономические условия жизни семей риска, на разработку стратегии здравоохранения, нацеленную на охрану здоровья семьи, женщины, ребенка.

Кроме того, ВОЗ сотрудничает с большим количеством (более 120) 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 другими.

Значительное место в работе ВОЗ занимает издательская деятельность. ВОЗ публикует более 20 изданий, в том числе периодическое и научное издание «Бюллетень ВОЗ», «Хроника ВОЗ», «Здоровье мира», «Ежегодник мировой санитарной статистики», серии монографий и технических докладов.

ВОЗ не свободна и от политических решений, политической борьбы, особенно при приеме в ее ряды новых членов, определении роли врачей в сохранении и укреплении мира, противостоянии ядерной войне.

Из пяти тысяч лет письменной истории человечества только 292 года прошли на Земле без войн. Остальные 47 веков донесли до нас память более чем о 15515 больших и малых войнах, которые унесли почти пять миллиардов жизней. Из них, по меньшей мере, 50 миллионов жизней оборвалось только во

время Второй мировой войны 1939–1945 годах (для нашей страны утраты в живой силе составили более 26 миллионов жизней). Вот почему защита мира и предотвращение новой войны стали для нашего народа в послевоенные годы первостепенной задачей, особенно в эпоху создания и накопления ядерного оружия. По подсчетам экспертов ООН, сегодня на земном шаре накоплено около 15 тысяч мегатонн ядерной взрывчатки, что равняется одному миллиону бомб сброшенных на Хиросиму 6 августа 1945 года. По мощности взорванных боеприпасов это соответствует примерно шести тысячам «вторых мировых войн».

По мнению врачей, жертвами ядерной войны, если она разразится, станут не менее двух миллиардов человек, а оставшиеся в живых испытают тяжелейшие отдаленные последствия загрязнения атмосферы, включая так называемую «ядерную зиму».

Все это определило необходимость проведения весной 1980 года конференции американских ученых-медиков и врачей, которые рассмотрели возможные последствия ядерной войны. Врачи нашей страны поддержали призыв американских медиков объединить усилия врачей всего мира в борьбе против ядерной угрозы и в конце 1980 года в Женеве состоялась первая встреча шести советских и американских ученых-медиков, по инициативе которых зародилось международное движение «Врачи мира за предотвращение ядерной войны».

Первый международный конгресс этого движения состоялся в марте 1981 года, участниками которого были медики из 11 стран мира. К концу 1981 года, то есть в течение только одного года, движения врачей выступающих за предотвращение ядерной войны сформировались в 31 стране мира. Конгрессы движения стали проводиться ежегодно в различных государствах, привлекая внимание их народов и правительств к борьбе против ядерной катастрофы.

В 1985 году Норвежский Нобелевский Комитет присудил движению «Врачи мира за предотвращение ядерной войны» Нобелевскую премию мира – «за заслуги перед человечеством по распространению достоверной информации о катастрофических последствиях ядерной войны и доведение ее до сознания людей».

На примере деятельности международного движения «Врачи мира за предотвращение ядерной войны» мы видим, что в современном мире обмен научной информацией – непереносимое условие (и в то же время - средство) плодотворной деятельности в науке и практике, чему в не малой степени содействуют представители нашей страны и члены делегаций, которые на сессиях и ассамблеях ВОЗ активно проводят политику развития и укрепления международного медицинского сотрудничества.

Другим примером плодотворного международного медицинского сотрудничества в рамках ВОЗ, является осуществление глобальной кампании по ликвидации оспы в мире (последний случай был зарегистрирован в 1981 году), а также реализация программы иммунизации против шести инфекционных заболеваний и борьбы с малярией, распространенность которой сократилась не менее, чем в два раза.

Таким образом, сегодня существует высокий потенциал для международного сотрудничества в области здравоохранения. Реализация продуктивного сотрудничества зависит только от нашей способности лучше работать вместе. А для этого, как было отмечено в выступлении на 54 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (14 мая 2001 г.) Генеральным директором ВОЗ, доктором Гро Харлем Брундтланд, «...нам необходимо подняться выше споров и овладеть новыми методами работы, которые позволят выполнить нашу важнейшую миссию по охране здоровья. Лишь тогда сегодняшние надежды станут реальностью будущего. У нас нет выбора: благополучие будущих поколений зависит от того, как мы будем действовать сегодня».

Контрольные вопросы.

1. Перечислите основные задачи, стоящие перед современным здравоохранением.
2. Какие международные организации существуют и активно работают по решению задач, стоящих перед здравоохранением?
3. Изложите краткую историю предпосылки возникновения Всемирной организации здравоохранения.
4. Охарактеризуйте основные этапы становления ВОЗ как полноправного члена международных организаций «семьи ООН».
5. Какова направленность деятельности ВОЗ как международного органа здравоохранения?
6. Что является центральным административным органом ВОЗ и какова его структура?
7. Из каких источников формируется бюджет ВОЗ?
8. Какие языки являются официальными для ВОЗ, и какие – рабочие?
9. С какой целью привлекаются специалисты здравоохранения других стран к работе в ВОЗ?
10. Какова издательская деятельность ВОЗ?
11. Свободна ли ВОЗ от политических решений?
12. Для чего необходимы прочные партнерские связи в области здравоохранения?

Раздел 2. Медицинская статистика.

ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ И ОРГАНИЗАЦИИ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ. СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ.

Цели

Студент должен

Знать:

- основные определения и понятия медицинской статистики;
- значение статистического метода при изучении общественного здоровья и организации здравоохранения;
- основные методы, применяемые при анализе статистических данных о здоровье населения и организации медицинской помощи;
- основные этапы организации статистического исследования.

Уметь:

- правильно применять в научно- практической работе статистический метод исследования при оценке состояния здоровья населения и организации медицинской помощи;
- провести научно-практическое исследование по изучению состояния здоровья населения, организации медицинской помощи, анализу деятельности ЛПУ;
- использовать полученные знания при обучении на профильных кафедрах.

Глава 13. Статистика и медицинская статистика как общественная наука.

Слово «статистика» происходит от латинского слова «**status**» – состояние, положение. Впервые это слово было применено при описании состояния государства в середине 18-го века немецким ученым Ахенвалем.

В настоящее время слово «статистика» употребляется в трех основных значениях: *первое* значение, это общественная наука, которая изучает количественную сторону общественных, массовых явлений в неразрывной связи с их качественной стороной. *Второе* значение: статистика – это сбор цифровых, статистических данных, характеризующих то или другое общественное явление или процесс. И *третье* значение: статистика – это сами цифры, характеризующие эти явления и процессы.

Таким образом, «статистическими данными», или «данными статистики», являются те цифры, которые характеризуют массовые явления, процессы, состояния, т.е. назначение статистики как науки – изучение закономерностей массовых явлений методом обобщающих показателей.

Главная задача статистики заключается в установлении закономерностей изучаемых явлений. Характерной же чертой статистики, как общественной науки, является то, что она изучает количественные уровни и соотношения общественной жизни в неразрывной связи с их качественной стороной.

В отличие от статистики вообще, медицинская статистика изучает количественную сторону явлений и процессов в медицине. В медицинской статистике различают три основных раздела: теоретические и методические основы медицинской статистики, статистику здравоохранения.

В задачи медицинской статистики входит:

- 1) выявление особенностей в состоянии здоровья населения и факторов, определяющих его;

- 2) изучение данных о сети, деятельности и кадрах ЛПУ;
- 3) изучение данных о результатах лечебно-оздоровительных мероприятий, которые используют при поиске путей улучшения здоровья населения и дальнейшего совершенствования системы здравоохранения.

Общественная жизнь выражается различными массовыми явлениями и процессам, состоящими из отдельных элементов. Эти элементы общественной жизни, обладающие определенными признаками сходства и различия, и существующие в известных границах времени и пространства, составляют статистическую совокупность, являющуюся предметом изучения статистики как науки.

Статистическая совокупность – это группа, состоящая из большого числа относительно однородных элементов (единиц наблюдения), взятых вместе в известных границах времени и пространства.

Статистическая совокупность состоит из отдельных единичных наблюдений, но это не простая механическая их сумма, а специальным способом сформированная группа. Численность единиц наблюдения в совокупности определяет объем исследования. В зависимости от конечной цели и задач исследования, решается вопрос о первичном элементе статистической совокупности, который будет принят за единицу наблюдения (n). Каждая единица наблюдения имеет много характеристик, однако учитываются только те из них, которые необходимы для достижения поставленной цели и решения конкретных задач исследования. Эти признаки учитывают (регистрируют), и поэтому их называют учитываемыми. Вместе с тем, каждый из этих признаков имеет свои градации. Такие учитываемые признаки, как пол, возраст, место жительства, сроки заболевания и госпитализации, результаты клинических исследований, исходы лечения и другие, позволяют всесторонне изучить не только каждый элемент совокупности (единицу наблюдения), но и всю совокупность в целом. Общее представление о соотношении между статистической совокупностью, единицами наблюдения и учитываемыми признаками можно получить из представленной ниже схемы (рисунок 2).

К атрибутивным признакам относят: пол, профессии, нозологические формы, исходы лечения, место жительства. К количественным признакам относят: длину и массу тела, число дней лечения, количество холестерина в крови, количество белка в моче. Каждая величина количественного признака называется вариантой (v).



Рис. 2. Структура статистической совокупности.

По характеру учитываемые признаки делятся на:

- 1) атрибутивные (описательные), выраженные словесно;
- 2) количественные (выраженные числом).

Учитывая, что врачом должно быть выявлено влияние отдельных признаков на изучаемое явление, то различают факторные и результативные признаки.

Факторными называются такие учитываемые признаки, под влиянием которых изменяются другие, зависящие от них результативные признаки. С изменением величины факторного признака происходит соответствующее возрастание или снижение числовых значений результативного признака.

К факторным признакам относятся: методы профилактики и лечения (или доза лекарства), пол, возраст, профессия, образование, доход, т.е. признаки, которые могут прямо или косвенно повлиять на результативные признаки.

К результативным признакам относятся: заболевания (диагноз), исходы (выздоровление, смерть, инвалидность), масса и длина тела, уровень белка, холестерина, гемоглобина и пр.

Итак, конечная цель исследования и конкретные его задачи определяют выбор единицы наблюдения, её признаки, подлежащие учету, а также совокупность в целом и её составляющие части.

В зависимости от степени охвата объекта исследования принято различать сплошное и несплошное статистическое наблюдение. Сплошным называется такое медико-социальное исследование, при котором изучаются все единицы наблюдения объекта исследования, т.е. вся генеральная совокупность. Например, если нам необходимо исследовать здоровье лиц, занятых в малораспространенных профессиях (космонавты, водолазы-глубоководники), то в этом случае можно учесть все единицы наблюдения генеральной совокупности. В то же время, если бы мы задались целью изучить всех больных ревматизмом, живущих на земном шаре, то такая группа больных составила бы тоже генеральную совокупность. Но в этом случае практически не представляется возможным изучить каждый составляющий элемент такой генеральной совокуп-

ности. В этой связи, а также часто и с нецелесообразностью или трудностью углубленного анализа всех единиц наблюдения, составляющих генеральную совокупность, исследование ограничивается определенной частью единиц – несплошное исследование.

Несплошное наблюдение бывает трёх видов:

1. Монографическое описание
2. Метод основного массива
3. Выборочное исследование.

Монографическое исследование – это тщательное, глубокое изучение одного человека, одного учреждения, одного города или села.

Метод основного массива охватывает большую часть единиц изучаемого объекта наблюдения.

Выборочный метод позволяет распространить результаты, полученные на части единиц наблюдения, на всю совокупность. Основой выборочного метода выступает выборочная совокупность.

Выборочная совокупность – часть генеральной совокупности, отобранная специальным методом и предназначенная для характеристики генеральной совокупности.

Выборочная совокупность должна быть *репрезентативной*, т.е. в отобранной части должны быть представлены все элементы и в том соотношении, как в генеральной совокупности. Для обеспечения репрезентативности выборочной совокупности к ней предъявляют два основных требования: 1) она должна обладать основными характерными чертами генеральной совокупности, т.е. максимально на неё похожей; 2) она должна быть достаточной по объему (числу наблюдений), чтобы более точно выразить особенности генеральной совокупности. Иными словами, выборочная совокупность должна отражать свойства генеральной совокупности – правильно её представлять.

Теоретическое обоснование выборочному методу дает математическая теория вероятностей и обосновываемый этой теорией закон больших чисел.

Теория вероятностей рассматривает меру возможности (вероятности) появления в изучаемой группе какого-либо признака, который называется случайным событием. Вероятность наступления в выборочной совокупности какого-либо события (p) определяется отношением наступивших событий (m) к числу всех возможных случаев (n):

$$p = \frac{m}{n}$$

Данное положение теории вероятностей обосновывает закон больших чисел (теорема П.Л. Чебышева), который имеет два важнейших положения для выборочного исследования:

1) по мере увеличения числа наблюдений результаты исследования, полученные на выборочной совокупности, стремятся воспроизвести данные генеральной совокупности;

2) при достижении определенного числа наблюдений в выборочной совокупности результаты исследования будут максимально приближаться к данным генеральной совокупности, т.е. при достаточно большом числе наблюде-

ний выявляются закономерности, которые не удастся обнаружить при малом числе наблюдений.

Для доказательства этих теоретических положений в математике применяют упрощенные модели, которые символизируют сложные явления. Например, какова вероятность того, что монета при подбрасывании упадет одной и той же стороной вверх? Если мы подбросим монету всего лишь 2 раза, то оба раза она сможет упасть одной и той же стороной вниз или наоборот вверх. Закономерности при этом не выявляются. Если же мы продолжим подбрасывать монету, скажем до 100 раз, получим, что примерно 50 раз она упадет одной из сторон вниз, а 50 раз – вверх, т.е. при многократном подбрасывании монеты вероятность выпадения той или иной стороны равно возможна. Эта вероятность выразится как отношение равно возможных шансов ко всем возможным и будет равна как 1:2. Но это отношение выявляется лишь при достаточно большом числе наблюдений, т.е. количество переходит в качество.

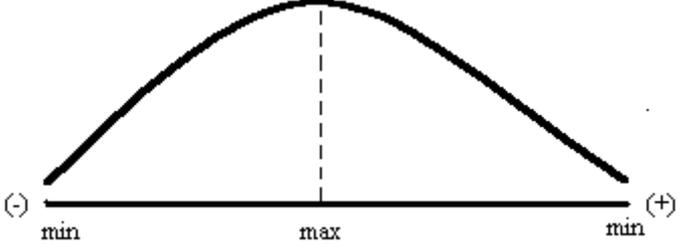
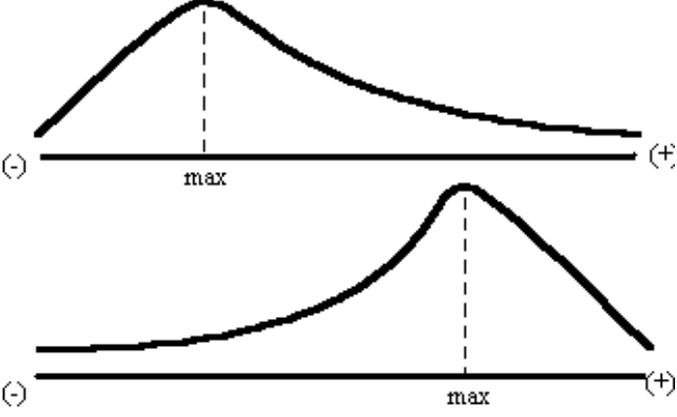
Типы распределения	Графические изображения
Альтернативный	
Симметричный (нормальный)	
Ассиметричный: а) правосторонний б) левосторонний	
Бимодальный (двугорбый)	

Рис.3. Типы распределения признака в статистической совокупности.

Элементы, из которых состоит совокупность, имеют различные по величине значения изучаемого признака, и каждое из этих значений встречается в группе с неодинаковой частотой. Присутствие в совокупности любой случайной величины выражается мерой вероятности, что позволяет, с помощью теории вероятностей, определить закономерности распределения изучаемого явления.

Характер распределения признака в статистической совокупности четко определяется только на достаточно большой группе наблюдений. Распределения, которые мы можем наблюдать в медицинских, в том числе и в социально-гигиенических, исследованиях имеют следующие основные типы: альтернативный, нормальный (симметричный), асимметричный (правосторонний, левосторонний) и бимодальный (двугорбый). Данные типы распределения показаны на рис.3.

Альтернативный тип распределения имеет только два противоположных значения признака: да – нет. Например, исход лечения может состоять только из двух противоположных градаций: числа выживших и числа умерших; по признаку доношенности при рождении распределение состоит также только из двух групп: числа доношенных и числа недоношенных.

Симметричное (нормальное) распределение наблюдается при построении рядов, вариантами которых являются количественные признаки: длина и масса тела, уровень артериального давления, сроки госпитализации. При этом типе распределения число случаев наблюдений с различной величиной признака располагается симметрично по отношению к середине ряда: от меньшего значения признака к большему его значению. Наибольшее число случаев наблюдений приходится на середину ряда.

При *асимметричном распределении* наибольшее число случаев наблюдения скапливается не на уровне середины ряда, а сдвигается в сторону меньшего (правосторонняя асимметрия) или в сторону большего значения признака (левосторонняя асимметрия). Правосторонняя асимметрия характерна для распределения, например, кратности случаев нетрудоспособности в связи с заболеванием в течение года, т.к. основная масса работающих имеет минимальное число случаев нетрудоспособности 1-2. При этом значительное число болящих скапливается у наименьшей градации данного признака.

Бимодальное (двугорбое) распределение имеет две вершины. Этот тип распределения указывает, что совокупность неоднородна. Например, если в совокупности мальчиков и девочек измерить их рост, то полученное распределение будет бимодальным из-за своей неоднородности. При получении такого типа распределения необходимо провести дополнительный анализ, с целью выявления причины данного явления.

Правильный статистический анализ отличается всесторонностью, поскольку явления общественной жизни не всегда совпадают с их сущностью. Сущность явлений общественной жизни проявляется многими качественными и количественными закономерностями.

Например, смертность – это явление общественной жизни, состоящее из единичных случаев смерти, характеризующихся определенным возрастом умерших, причиной, обстоятельствами и т.п. Умершие люди на определенной территории и в определенное время (месяц, год) составляют статистическую совокупность, которая является основанием для изучения смертности как явления общественной жизни. В то же время, количественные изменения, закономерности которых устанавливает статистика, совершаются в природе и в обществе постепенно. В определенный момент, достигнув критического уровня, эти количественные изменения вызывают новое качественное состояние явления, процесса, предмета. Например, как изменялась структура смертности населения экономически развитых стран? Постепенно уменьшалось число умерших от одних заболеваний (инфекционных) и также постепенно увеличивалось число умерших от других заболеваний (сердечно-сосудистых). В определенный момент умершие от сердечно-сосудистых заболеваний вышли на первое место в структуре причин смертности.

Причинные взаимосвязи в обществе не единичные, они многообразны. Связи между явлениями и процессами в обществе могут быть временные, корреляционные, пространственные и другие. Статистика изучает все эти взаимосвязи.

Статистика изучает общественные явления в процессе развития, которое является диалектическим единством возможности и действительности. Как известно, возможность превращается в действительность также при наличии определенных условий. Например, возможно снизить заболеваемость в каком-либо коллективе, если провести комплекс оздоровительных мероприятий. Изучением же влияния этих проводимых мероприятий на состояние здоровья коллектива и занимается статистика.

Любые процессы, явления общественной жизни статистика изучает в единстве формы и содержания. Так, например, содержанием работы врача-статистика поликлиники является количественный анализ деятельности врачей, среднего медперсонала и всех других работников. Формами, в которых осуществляется этот статистический анализ, будут организация текущего учета проводимой работы, контроль правильности ведения учёта, составление отчета о деятельности учреждения, анализ этого отчета, доведения результатов этого анализа до сотрудников данной поликлиники, прежде всего, ее руководства.

Так зачем же нужно изучать статистику в медицинских вузах, зачем она нужна врачам и научным работникам? Ответить на этот вопрос можно следующим образом:

1. Знание медицинской статистики необходимо для понимания медико-биологических научных дисциплин, а также для эффективной работы в любой области здравоохранения;
2. Знание статистики нужно для понимания логики, которая лежит в основе диагностики, лечения и прогноза различных заболеваний, для уяснения того, что медицина в значительной степени вероятностна;

3. Работникам здравоохранения необходимо знать и понимать статистические и эпидемиологические факторы, чтобы давать своим пациентам наилучшие рекомендации по профилактике и лечению различных заболеваний;

4. Медицинские работники должны знать, как полученные данные медицинской статистики могут и должны использоваться, чтобы повысить уровень своей работы, улучшить организацию медицинской помощи населению;

5. Руководителям здравоохранения надо знать, как интерпретировать статистические данные, описывать проблемы здравоохранения, распоряжаться ресурсами здравоохранения;

6. Изучение статистики должно способствовать развитию у студентов и врачей критических взглядов, дедуктивных и индуктивных способностей (дедукция – от общего к частному; индукция – от частного к общему);

7. Статистика также выполняет информативную роль в медицине, являясь средством лучшего понимания и использования других дисциплин.

Таким образом, медицинская статистика, являясь разделом общественного здоровья и здравоохранения, в свою очередь состоит из **статистики здоровья и статистики здравоохранения**. Первая (статистика здоровья) изучает здоровье общества в целом и отдельных его групп, устанавливает зависимость здоровья от различных факторов социальной среды. Вторая (статистика здравоохранения) - анализирует данные о сети медицинских и санитарных учреждений, их деятельности и кадрах, оценивает эффективность различных организационных мероприятий по профилактике и лечению болезней. Именно поэтому статистика и статистический метод широко используются врачами в практической и научной работе, что диктует необходимость углубленного изучения данной дисциплины в медицинских ВУЗах на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения.

Контрольные вопросы.

1. Что такое «статистика»? Каково назначение статистики как науки?
2. Какова характерная черта статистики как общественной науки?
3. Что изучает медицинская статистика? На какие основные три раздела подразделяется медицинская статистика?
4. Что такое статистическая совокупность? Что такое единица наблюдения статистической совокупности?
5. Какие признаки называются учитываемые, и на какие группы они делятся?
6. Что такое факторные и результативные признаки?
7. Дайте схематическое представление структуры статистической совокупности.
8. Как принято различать статистическое наблюдение в зависимости от степени охвата объекта исследования?

9. Каким основным признаком должна характеризоваться выборочная совокупность? Каково теоретическое обоснование выборочного метода?
10. Что рассматривает теория вероятностей в выборочной совокупности? Чем подтверждается теория вероятностей?
11. Два положения закона больших чисел, отображенных в выборочной совокупности. Наглядный пример этих положений.
12. Характер распределения признака в статистической совокупности.
13. В чем проявляется единство формы и содержания, отображаемые статистикой при изучении любых процессов, явлений общественной жизни?
14. Для чего нужно изучать статистику в медицинских ВУЗах, и зачем она нужна врачам практического здравоохранения?

Глава 14. *Методология статистического исследования общественного здоровья и здравоохранения.*

В определении общественного здоровья приняты комплексные медико-социальные исследования здоровья населения, в которых учитывается влияние как можно большего числа факторов, их взаимосвязь и ранговая оценка каждого из них. Изучением данных этих медико-социальных исследований общественного здоровья занимается специальная наука – статистика, вернее её составная часть – медицинская статистика.

Методологические основы медицинской статистики рассматривают человеческий организм с позиции целостности и единства с условиями окружающей среды, а все явления человеческой жизни – как социально обусловленные.

Успех в медико-статистическом исследовании обусловлен, прежде всего, знанием сущности изучаемого вопроса или проблемы, а также знанием теории и практики медицинской статистики, т.е. правоммерностью и целесообразностью применяемых статистических методик. Предметом статистического исследования в области здравоохранения могут быть деятельность медицинских учреждений, вопросы кадров, санитарно-гигиенические условия труда, быта, заболеваемость, рождаемость, смертность, физическое развитие населения, результаты лечебно-оздоровительных мероприятий и т.д.

Любое статистическое исследование, независимо от его типа, должно проводиться в определенной последовательности и поэтапно. Принято различать следующие этапы статистического медико-социального исследования:

1. Подготовительный (организационный) этап, включающий в себя составление плана, программы разработки данных и программы исследования.
2. Этап сбора медико-социальной информации: сбор материала (регистрация, сбор информации).

3. Обработка информации: сведение материала в таблицы с применением системы группировок и обобщающих показателей, разработка материала.
4. Анализ полученных данных, их литературное и графическое оформление.
5. Разработка рекомендаций и управленческих решений; внедрение их в практику и оценка эффективности.

Организация статистического исследования начинается с составления плана (где, когда, кем, в каком объёме будет проводиться исследование). При составлении плана определяется объект и пути оформления исследования, время и методика его проведения, а также исполнителей и финансирование работы.

Программа статистического исследования – это перечень четко сформулированных вопросов, на которые необходимо получить ответы на основании различных видов наблюдения (непосредственное наблюдение, опрос, эксперимент, выкопировка из первичной учетной документации). Кроме того, в подготовительный период составляется программа разработки данных и программа анализа полученных результатов. Уже в самом начале следует определить, на решение какой проблемы и на получение какого результата ориентируется данное исследование, т.е. сформулировать цель. Цель определяет преимущественную ориентацию исследования (прикладную или теоретическую – фундаментальную), от которой зависит вся логика его проведения. Она должна быть ясной не только автору, но и представителям других специальностей и профессий.

Название темы должно соответствовать цели исследования и обычно формулируется одним предложением.

Для раскрытия поставленной цели необходимо определить задачи исследования. Задачи формулируются в соответствии с целью исследования.

Следующей операцией подготовительного этапа является формулировка гипотез. Гипотезу следует формулировать ясно, лаконично. Важное требование, предъявляемое к гипотезам – это возможность проверить их в процессе исследования. Результаты исследования могут подтвердить, корректировать или опровергать выдвинутые гипотезы.

До начала сбора материала необходимо определить объект и единицу наблюдения.

Под объектом медико-социального исследования понимается статистическая совокупность, состоящая из относительно однородных отдельных явлений (единиц наблюдения), взятых вместе в известных границах времени и пространства.

Единица наблюдения (счётная единица) – это составная часть, первичный элемент статистической совокупности, наделённый всеми признаками, подлежащим изучению и регистрации. При этом исследуемые признаки подразделяются на существенные и несущественные с выделением качественной и количественной сторон явления.

К количественным признакам относятся такие варианты, которые отличаются друг от друга определенной величиной (возраст, рост, вес).

К качественным признакам относятся такие, которые позволяют различать единицы наблюдения по содержанию (так, например, профессии различаются по характеру труда).

Кроме того, на подготовительном этапе составляется и тиражируется статистическая карта (анкета), куда в период сбора материала будет заноситься вся информация.

Одно из важных мест на этапе подготовки принадлежит выбору метода формирования статистической совокупности, т.е. методу отбора единиц наблюдения, а также методу сбора статистической информации о единице наблюдения.

Программа разработки данных представляет собой набор макетов статистических таблиц, в которых принято выделять следующие основные элементы:

- 1) заглавие, которое должно полностью отражать содержание таблицы (включать в соответствующем порядке все входящие в неё признаки и указывать, в каких величинах представлены данные – абсолютные числа, проценты, промилле, продецимилле и т.д.);
- 2) основной учетный признак (статистическое подлежащее), анализируемый в таблице. Формулировка этого признака указывается в верхней строке первой графы, а его группировка – в последующих строках той же графы;
- 3) статистическое сказуемое (одно или несколько) – учетные признаки, которые дополняют и раскрывают подлежащее, позволяют дать более глубокую и полную характеристику изучаемой совокупности. Формулировка и группировка сказуемого дается в графах первой строки таблицы;
- 4) итоги (по горизонтали и вертикали) являются строго обязательной частью таблицы, необходимой для проверки её заполнения и вычисления показателей.

Различают три вида статистических таблиц:

- 1) простая статистическая таблица – имеет одно статистическое подлежащее, что позволяет провести сводку материала по одному признаку (табл. 10);
- 2) групповая статистическая таблица – имеет одно статистическое подлежащее и несколько не связанных между собой статистических сказуемых (табл. 11);
- 3) комбинированная статистическая таблица – имеет одно или несколько взаимосвязанных статистических подлежащих и несколько взаимосвязанных сказуемых (табл. 12).

Таблица 10

**Распределение больных гипертонией
состоящих на диспансерном учете (в абс. числах)**

Стадия заболевания	Число больных
Первая стадия	
Вторая стадия	
Третья стадия	
Всего:	

Таблица 11

**Распределение больных гипертонией, состоящих на
диспансерном учете, по возрасту и полу (в абс. числах)**

Стадия заболевания	Возраст в годах			Пол		Итого
	до 20	21 - 49	50 и ст.	М.	Ж.	
Первая стадия						
Вторая стадия						
Третья стадия						
Всего:						

Таблица 12

**Распределение больных гипертонией, состоящих на диспансерном
учете, по стадиям заболевания, возрасту и полу (в абс. числах)**

Стадия заболевания	Возраст в годах						Итого
	до 20		21 - 49		50 и ст.		
	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	
Первая стадия							
Вторая стадия							
Третья стадия							
Всего:							

При составлении программы и плана исследования должны быть указаны: 1) вид наблюдения, 2) способ получения информации (непосредственное наблюдение, выкопировка, анамнестический метод, интервью, анкетный опрос). Помимо этого, следует предусмотреть пути и сроки выполнения отдельных этапов исследования, силы и средства, необходимые для выполнения работы, а также составить смету расходов, четкую инструкцию по методике работы и заполнению учетных документов.

На втором этапе (сбор материала) основное внимание следует обратить на соблюдение регистрации, охват всех включенных в исследование единиц наблюдения, достоверность собираемых данных. Нельзя нарушать порядок отбора единиц, пропускать, исключать отдельные случаи, подменять одни единицы наблюдения другими.

В процессе сбора данных необходимо периодически оценивать качество собранных материалов, контролировать соблюдение принятых на организаци-

онном этапе правил и принципов, что позволит собрать доброкачественный статистический материал.

Третий этап медико-социального исследования (этап обработки информации) включает в себя три подэтапа:

1. Группировку данных;
2. Статистическую сводку;
3. Обработку данных.

Под группировкой понимается распределение статистической совокупности на однородные группы по одному (простая группировка) или нескольким (комбинированная группировка) признакам. Группировка может быть первичной, когда ряды строятся непосредственно из единиц наблюдения и вторичной, когда производится подгруппировка уже сгруппированного материала.

В медико-социальных исследованиях используются самые разнообразные группировки – по социально-демографическим признакам (возраст, пол, семейное положение), по климато-географическим признакам (сезон, место жительства), по социально-экономическим признакам (профессия, должность, образование, доход), по состоянию здоровья (классы МКБ, группы здоровья, группы риска), по типам учреждений (поликлиника, стационар, диспансер).

Статистическая сводка – это многоэтапная операция подсчета итоговых и групповых данных и внесение их в таблицы. Результаты сводки данных фиксируются в статистических таблицах.

Обработка данных. После того, как в таблицы внесены абсолютные величины, для дальнейшего анализа материала необходимо произвести расчеты статистических коэффициентов и средних величин в соответствии с программой исследования.

Четвертый этап анализа полученных данных, их литературного и графического оформления проводится после получения статистических коэффициентов и средних величин. Для этого используется ряд математико-статистических методов медицинской статистики. Заканчивается данный этап построением графических изображений, формулировкой выводов и литературным оформлением материала.

Пятый этап – разработки рекомендаций и управленческих решений, внедрения их в практику и оценка эффективности.

В зависимости от цели и задач исследования возможны различные варианты практического использования результатов работ:

1. Ознакомление с результатами широкой аудитории врачей (лекция, доклад);
2. Подготовка приказа, методических указаний, инструкций (на уровне учреждения, района, города, области, республики);
3. Проведение реорганизаций деятельности медицинского учреждения;
4. Оформление в виде рационализаторского предложения, изобретения, открытия;
5. Публикации в печати (статьи, монографии, тезисы и т.д.)

Основными методическими требованиями медико-социального исследования является их проведение в определенных общественных группах населения, объединенных каким-либо общим социальным или возрастнобиологическим признаком.

Программа каждого исследования должна включать два раздела:

1. Характеристика состояния здоровья по всем возможным или некоторым показателям;
2. Характеристика условий и образа жизни изучаемой группы.

Информацию о состоянии здоровья можно получить из трёх источников:

1. Данные официальной статистики государственных учреждений и организаций;
2. Выкопировка данных из первичной медицинской документации;
3. Непосредственное наблюдение (осмотр).

Основные сведения об условиях и образе жизни могут быть получены следующими способами:

1. Анкетирование (заочный опрос);
2. Интервьюирование (очный опрос);
3. Комбинация этих методов (анкета-интервью);
4. Метод наблюдения;
5. Экспертно-монографический метод (с параллельным изучением местных особенностей типичного объекта);
6. Бюджетный метод.

Определение необходимого числа наблюдений.

В зависимости от степени охвата объекта исследования принято различать сплошное (генеральное) и не сплошное (выборочное) статистическое наблюдение. Но при использовании выборочного метода необходимо учитывать, что выборочная совокупность должна быть репрезентативной, т.е. представительной. Иначе говоря, результаты, полученные на части единиц наблюдения, должны соответствовать данным всей (генеральной) выборке (совокупности). Мерой репрезентативности является разность между средними (или относительными) величинами в выборочной и генеральной совокупности.

Для упрощения определения необходимого числа наблюдений при проведении комплексных медико-социальных исследований, в зависимости от желаемой точности и уверенности в результатах исследования, пользуются уже рассчитанным необходимым числом наблюдений по таблице К.А. Отдельной (где K – коэффициент точности, уровень которого выбирает сам исследователь – от 0,5 до 0,1; t – стандартное отклонение признака от средней арифметической; p – степень уверенности в заданной неточности результата исследования).

Как видно из таблицы 13, необходимый объем выборки для получения устойчивых результатов с достаточной степенью уверенности и точности составляет 400 ($k=0,1$; $p=0,95$).

Необходимый объем выборки.

№	Вид исследования	Желаемая точность исследования (K=)	t=2,0	t=2,5	t=3,0
			p=0,95	p=0,98	p=0,99
1	<i>Ориентировочное знакомство</i>	0,5	16	25	36
		0,4	25	39	56
		0,3	44	69	100
2	<i>Исследование средней точности</i>	0,2	100	156	225
3	<i>Исследование повышенной точности</i>	0,1	400	625	900

Для получения устойчивого результата при минимальной точности и достоверности, необходимое число единиц наблюдения составляет 16 ($k=0,5$; $p=0,95$).

Основные ошибки статистического анализа (четвертый этап исследования).

Число ошибок статистического анализа можно объединить в три группы:

1. Ошибки методики – к ним относятся арифметические ошибки; недостаточное число наблюдений, что ведет к получению недостоверных результатов; неправильное определение единицы наблюдения; использование слишком сложных таблиц, содержащих много признаков; недостаточность обработки данных (отсутствие расчета относительных величин, не составлены динамические ряды, не рассчитаны коэффициенты корреляции); неправильность группировки, что может привести к неоднородности групп.

2. Неправильная оценка показателей – это смешение экстенсивных и интенсивных показателей (вывод о большей или меньшей частоте каких-либо явлений, процессов можно делать только на основании интенсивных показателей); составление вывода на искусственно отобранных группах; оценка темпа роста без учета исходного уровня; представление слишком общих сведений, без проведения детального анализа материала; не использование метода стандартизации при анализе показателей, характеризующих статистические совокупности, имеющие разный состав по каким-то признакам (полу, возрасту, нозологии заболеваний).

3. Третья группа ошибок – это логические ошибки формального анализа. К ним, в основном, относятся следующие ошибки: вывод, сделанный на основе простого сравнения цифр без учета качественной характеристики явления; отсутствие установления достоверной связи между последовательными событиями (*“post hoc, non propter hoc”* – после этого, не значит, что вследствие этого), так, если у больного страдающего гипертонической болезнью, случилось обострение, наступил криз, после ссоры с соседями по квартире, то это не является, что криз обусловлен только вследствие ссоры, т.к. больной страдал еще и гипертонической болезнью; недостаточность изучения всесторонних связей данного явления (статистические связи между причиной и следствием, временные,

пространственные и прочие не однозначны. Они вероятны в той или иной степени).

Таким образом, *статистический анализ* – это не только анализ цифр и явлений, но в значительной мере искусство специалиста, умение выделить из ряда последовательных событий ведущие, установить достоверную связь между ними, наметить пути воздействия.

Контрольные вопросы.

1. Чем обуславливается успех в медико-статистическом исследовании?
2. Перечислите последовательность (этапы) в организации методики статистического исследования.
3. Что включает в себя подготовительный (организационный) этап статистического исследования?
4. Что понимается под объектом медико-социального исследования?
5. Что такое единица наблюдения?
6. Что относится к количественным признакам явления?
7. Что относится к качественным признакам явления?
8. Из каких подэтапов состоит третий этап медико-социального исследования? Дайте краткую характеристику каждого подэтапа.
9. Какие вы знаете варианты практического использования результатов медико-социального исследования?
10. Какие разделы включаются в программу любого исследования?
11. Из каких источников можно получить информацию о состоянии здоровья исследуемого контингента населения?
12. Какими методами можно получить сведения об условиях и образе жизни населения?
13. Что такое репрезентативность?
14. Каков должен быть объем выборки для получения устойчивых результатов с достаточной степенью уверенности и точности?
15. Какие основные ошибки могут наблюдаться при анализе медико-статистического исследования?
16. Приведите пример статистической совокупности и ее структурных единиц.
17. Ниже приведены цифры, полученные из разного типа таблиц:
 - 1) 150 мужчин в возрасте 20 лет, больных гипертонией I стадии;
 - 2) 500 мужчин, больных гипертонией I стадии;
 - 3) 1000 больных гипертонией I стадии.

Студенты параллельной с вами группы утверждают, что цифра 150 в пункте 1 могла быть получена из комбинационной таблицы, цифра 500 в пункте 2 – из групповой, а цифра 1000 в пункте 3 – из простой. Согласны ли вы с вашими коллегами? Дайте обоснование.

Глава 15. Статистические методы исследования.

На третьем этапе статистического исследования, т.е. при обработке данных, производится вычисление различных показателей, коэффициентов, величин и т.д. для чего должны быть использованы адекватные статистические методы.

Основные величины, которыми пользуется статистика – это *абсолютные и относительные величины*.

Абсолютные величины получаются в результате группировки и табличной сводки материалов наблюдения. Эти величины используются очень широко, т.к. они характеризуют собой размеры изучаемых явлений и процессов: например, численность населения в мире, в конкретной стране, в городе, районе и т.д.; число медицинского персонала и лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ); количество больничных коек и прочее. В то же время, при рассмотрении абсолютных величин чаще всего можно сделать только некоторые предварительные выводы и для дальнейшего анализа, когда нужны сравнения – где больше, меньше, чаще, реже, выше, ниже, возникает необходимость в преобразовании этих величин в производные величины: относительные и средние.

К **относительным величинам** относятся: экстенсивный показатель, интенсивный показатель, показатель соотношения, показатель наглядности и показатели динамического ряда. Причем, показатели и коэффициенты этих величин отличаются друг от друга тем, что они выражаются в процентах (%), промилле (‰), продецимилле (‰‰), просантимилле (‰‰‰), которые получаются из соотношения двух сравниваемых чисел, умноженных на 100 (тогда это проценты), на 1000 (промилле), на 10000 (продецимилле), на 100000 (просантимилле) и т.д.

Какими и когда пользоваться относительными показателями (на что умножить) – решает сам исследователь. Нужно только учитывать что, чем реже встречается изучаемое явление, тем больше числовое основание следует избрать с тем, чтобы показатель был удобен в использовании, выразался целой величиной.

В здравоохранении принято структуру какого-либо явления выражать в процентах; показатели рождаемости и смертности – в промилле; заболеваемость – в продецимилле или в просантимилле.

Коэффициенты (в отличие от показателей соотношения), - это простое соотношение тех или других величин, которые ни на что не умножаются.

С целью сравнительного анализа статистических данных, когда нам надо охарактеризовать структуру явления, показать долю признака или распределение признаков в данной совокупности, применяется **экстенсивный показатель**. Он, как правило, выражается в процентах (%) и рассчитывается по формуле:

$$\text{часть явления} \times 100\%$$

целое явление

Этот показатель характеризует первое свойство статистической совокупности – распределение признака, заключающееся в том, что единица статистической совокупности распределяется не одинаково по характеру учетного признака и образует определенную внутреннюю структуру. Числитель получают как сумму единиц с одинаковым признаком, а знаменатель – как сумму всех единиц.

Например, в городе К. отмечено всего 1600 случаев инфекционных заболеваний, из которых 320 случаев кори. Какую долю занимают заболевания корью среди инфекционных заболеваний?

Решение:

$$\frac{\text{случаи кори}}{\text{все инфекционные заболевания}} \times 100\% = \frac{320}{1600} \times 100\% = 20\%$$

Ответ: в городе К. корь среди всех инфекционных заболеваний составила 20%, следовательно, другие инфекции составили 80%.

Если нам нужно охарактеризовать частоту явления, выяснить, где оно чаще, — применяется **интенсивный показатель**. Этот показатель указывает на уровень (распространенность) явления во взаимосвязанной с ним среде. К типичным интенсивным показателям относятся показатели рождаемости, смертности, заболеваемости в тех или иных группах людей в определенное время.

Рассчитывается интенсивный показатель по формуле: числитель – явление; знаменатель – среда, породившая данное явление (своя среда) и результат умножается на 100 (%), 1000 (‰) или 10000 (‱):

$$\frac{\text{явление}}{\text{среда}} \times 1000$$

Например: в городе К. отмечено 320 случаев кори среди детей в возрасте от 0 до 4 лет, численность которых составляет 8000 человек. Какой уровень заболеваемости корью детей данной возрастной группы?

Решение:

$$\frac{\text{случаи кори у детей 0–4 лет}}{\text{численность детей 0–4 лет}} \times 1000 = \frac{320}{8000} \times 1000 = 40\text{‰}$$

Ответ: в городе К. уровень заболеваемости корью детей в возрасте 0-4 лет составил 40‰. Этот показатель характеризует распространенность кори среди детей данной возрастной группы.

Следует иметь в виду, что интенсивные и экстенсивные показатели могут совпадать в том случае, когда вся среда продуцирует данное явление.

Например: при анализе заболеваемости за истекший год мы принимаем за 100% общее число зарегистрированных заболеваний и определяем, какой процент из них составляет каждая нозология в отдельности. Сопоставимы ли эти показатели в разные годы? Вполне, при условии примерной одинаковой численности и возрастно-полового состава населения данной территории.

При условии же необходимости определения частоты признаков в какой-то другой среде, мы должны вычислять **показатель соотношения**, который характеризует отношение двух самостоятельных совокупностей, выраженный в

%,‰, ‰. Вычисляется показатель соотношения по формуле: числитель-совокупность А (явление), знаменатель-совокупность В (другая среда), с последующим умножением на 100, 1000 или 10000:

$$\frac{\text{Совокупность } A \text{ (явление)}}{\text{Совокупность } B \text{ (другая среда)}} \times 10000$$

Например: в городе К, где численность детей в возрасте 0-14 лет составляет 20000 человек, число врачей-педиатров детских поликлиник – 40. сколько штатных должностей врачей-педиатров приходится на 10000 детей в возрасте 0-14 лет?

Решение:

$$\frac{\text{Число штатных должностей врачей-педиатров}}{\text{численность детей в возрасте 0-14 лет}} \times 10000 = \frac{40 \times 10000}{20000} = 20$$

Ответ: на каждые 10000 детей в возрасте 0-14 лет в городе К приходится 20 должностей врачей-педиатров

Типичными показателями соотношения являются: обеспеченность населения врачами, средними медработниками, койками (в расчёте на 10000 человек).

При анализе статистических данных, иногда выгодно бывает показать отношение какого-то признака к другому, принятому за 100. Этот показатель называется **показателем наглядности** и рассчитывается по формуле: числитель - явление, знаменатель – другое явление, принятое за 100%, умножить на 100:

$$\frac{\text{Явление}}{\text{Другое (однородное) явление, принятое за 100\%}} \times 100$$

Если не умножать на 100, то мы будем иметь **коэффициент наглядности**. Например, каждый пятый житель Земли – китаец:

$$\frac{6 \text{ млрд. человек, проживающих на Земле}}{1 \text{ млрд. 200 млн. человек населения Китая}} \approx 5$$

В показатели наглядности можно преобразовать абсолютные величины, интенсивные показатели, средние величины, представленные как в статике, так и в динамике.

Для анализа изменения явления во времени (динамика явления) в статистике используются **динамические ряды**.

Динамическим рядом называется совокупность однородных статистических величин, показывающих изменение какого-либо явления на протяжении

определенного промежутка времени. Динамические ряды могут состоять из абсолютных и относительных чисел, средних величин.

Величины, составляющие динамический ряд, называются уровнями ряда. Если числа, из которых составляют уровни ряда – абсолютные числа, то такой динамический ряд называется простым. Когда же уровнями ряда выступают средние и относительные величины, то такой динамический ряд называется сложным или произвольным.

Простые динамические ряды бывают моментные и интервальные.

Моментный динамический ряд состоит из величин, характеризующих явление на какой-то определенный момент (дату). Например, каждый уровень может характеризовать численность населения, численность врачей и прочее на конец какого-то года (табл. 14).

Таблица 14

**Моментный (простой) динамический ряд коечного фонда в городе К.
с 1996 по 2001 год (на конец каждого года)**

Годы	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Число коек	1100	1000	970	900	880	810

Уровни моментного ряда не могут дробиться.

Иногда динамика изучаемого явления бывает представлена не в виде непрерывно меняющегося в одном направлении явления, а скачкообразными изменениями, что затрудняет возможность проследить основную закономерность, свойственную явлению в наблюдаемый период. В таких случаях рекомендуется произвести *выравнивание ряда*.

Существует несколько способов выравнивания динамического ряда:

1. Укрупнение интервалов;
2. Расчет групповой средней;
3. Расчет скользящей средней;
4. Метод наименьших квадратов.

Укрупнение интервала производится путем суммирования данных за ряд смежных периодов (за квартал, за один, два, три года и т.д.).

Вычисление групповой средней для каждого укрупненного периода производится следующим образом: суммируются смежные уровни соседних периодов, а затем полученная сумма делится на число слагаемых. Выравнивание ряда путем вычисления групповой средней позволяет получить данные, иллюстрирующие довольно четкую, без резких волнообразных колебаний, тенденцию к постепенному снижению или увеличению показателя исследуемого явления (признака). Например, если помесечные числа заболеваний острым тонзиллитом могут увеличиваться, или уменьшаться, то после укрупнения интервалов по кварталам года можно увидеть определенную закономерность сезонного колебания с наибольшим числом заболеваний в летне-осеннем периоде (табл. 15).

Таблица 15

Интервальный динамический ряд сезонного колебания случаев острого тонзиллита в городе К. в течение года

Месяц	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Итого
Число за- болеваний по меся- цам	120	190	130	380	230	280	530	380	390	230	140	250	3250
По квар- талам	1-й			2-й			3-й			4-й			3250
	440			890			1300			620			

Как видно из таблицы, динамика изучаемого явления (число заболеваний острым тонзиллитом) представлена не в виде непрерывно меняющегося в одном направлении явления, а скачкообразными изменениями, то, увеличиваясь, то уменьшаясь. После укрупнения интервалов по кварталам года выявляется определенная закономерность – наибольшее число заболеваний приходится на летне-осенний период.

Таким образом, укрупнение интервалов в нашем примере дало возможность произвести выравнивание уровней динамического ряда, которое ярче, определеннее выявило закономерность сезонных колебаний заболеваний острым тонзиллитом в городе К.

Кроме укрупнения интервала, с целью выравнивания динамического ряда, пользуются расчетом скользящей средней и вычислением наименьших квадратов крайних средних скользящих по *формуле Урбаха*.

Вычисление скользящей средней позволяет каждый уровень заменить на среднюю величину из данного уровня и двух соседних с ним, т.е. при расчете используются интервалы, включающие три хронологических периода (табл. 16).

Таблица 16

Показатель скользящей средней

Годы	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
% расхождения диагнозов	12,0 (x ₁)	10,8 (x ₂)	9,0 (x ₃)	10,2 (x ₄)	9,2 (x ₅)	9,6 (x ₆)	9,5 (x ₇)	8,9 (x ₈)
Скользящая средняя	---	10,6	10,0	9,5	9,5	9,4	9,3	---
Скользящая средняя по Урбаху	12,1	10,6	10,0	9,5	9,5	9,4	9,3	9,0

Расчет скользящей средней:

$$\text{Для 1995 года} = \frac{12,0 + 10,8 + 9,0}{3} = \frac{31,9}{3} = 10,6$$

$$\text{Для 1996 года} = \frac{10,8 + 9,0 + 10,2}{3} = \frac{30}{3} = 10,0$$

$$\text{Для 2000 года} = \frac{9,6 + 9,5 + 8,9}{3} = \frac{28}{3} = 9,3$$

Скользящая средняя является простейшим способом выравнивания ряда. Однако этот метод исключает из анализа средние величины первого и последнего уровня. Поэтому, для более точного определения тенденции изучаемого явления, лучше производить расчет скользящих средних с учетом крайних уровней по формуле Урбаха:

$$ССУ_1 = \frac{(7y_1 + 4y_2 - 2y_3)}{9}, \quad \text{где}$$

$ССУ_1$ – определяемая скользящая средняя крайнего (первого) уровня;

y_1 – средний показатель первого уровня;

y_2 – средний показатель второго уровня;

y_3 – средний показатель третьего уровня;

Для вычисления скользящей средней последнего (n) крайнего уровня пользуются формулой:

$$ССУ_n = \frac{(7y_n + 4y_{n-1} - 2y_{n-2})}{9}, \quad \text{где}$$

$ССУ_n$ – определяемая скользящая средняя крайнего (последнего) уровня;

y_n – средний показатель последнего уровня ;

y_{n-1} – средний показатель предыдущего к последнему уровня;

y_{n-2} – средний показатель предшествующий предыдущему к последнему уровню.

В нашем примере (табл. 14):

$$\text{Для 1994 года} = \frac{7 \times 12,0 + 4 \times 10,8 - 2 \times 9,0}{9} = \frac{84,0 + 43,2 - 18,0}{9} = \frac{109,2}{9} = 12,1$$

$$\text{Для 2001 года} = \frac{7 \times 8,9 + 4 \times 9,5 - 2 \times 9,6}{9} = \frac{62,3 + 38,0 - 19,2}{9} = \frac{81,1}{9} = 9,0$$

Но наиболее точно выравнивать тенденции изучаемого явления позволяет только метод наименьших квадратов. Он позволяет рассчитать точки происхождения такой прямой линии, от которой имеющаяся эмпирическая находится на расстоянии наименьших квадратов от других возможных линий.

Динамический ряд, в случае применения данного метода, должен иметь не менее пяти хронометрических дат, количество их должно быть нечетным, а интервалы между ними – одинаковыми. Даты искомой прямой линии округляются по следующей формуле :

$$y_1 = a_0 + a_1 x, \quad \text{где}$$

a_0 - хронологическая средняя (значение центральной хронологической даты), которая в свою очередь вычисляется по формуле :

$$a_0 = \frac{\sum y}{S}, \quad \text{где}$$

S - сумма хронологических дат (периодов);

$\sum y$ - сумма всех значений изучаемого явления;

a_1 - коэффициент поправки искомого расстояния, определяемого по формуле:

$$a_1 = \frac{\sum xy}{\sum x^2}, \quad \text{где}$$

x - порядковый номер (расстояние) хронологических дат от центральной, принятой за “ноль”.

Сумма произведений $xу$ определяется с учетом алгебраических знаков (+ или -).

Зная, величины a_0 и a_1 , подставляем их в уравнение: $y_1 = a_0 + a_1x$ и, придавая последовательные значения чисел ряда x , получим выравненный динамический ряд изучаемого явления.

Таким образом, выравнивание уравнений динамических рядов дает возможность проследить основную закономерность, свойственную явлению в наблюдаемый период, а также получить наглядность характеристики того или иного явления.

Для проведения анализа динамических рядов используются следующие показатели:

- 1) абсолютный прирост (убыль);
- 2) темп прироста (убыли);
- 3) темп роста (снижения);
- 4) абсолютное значение одного процента прироста (убыли).

Методика расчета показателей:

Абсолютный прирост – разность между последующим и предыдущим уровнем. Измеряется в тех же единицах, в которых представлены уровни ряда.

Темп прироста отношение абсолютного прироста каждого последующего уровня к предыдущему, принятому за 100%.

Темп роста отношение каждого последующего уровня к предыдущему, принятому за 100%.

Если показатель роста (убыли) показывает сколько процентов от предыдущего уровня составляет последующий уровень, то темп прироста показывает на сколько процентов увеличился (снизился) последующий уровень по сравнению с предыдущим.

Поэтому, темп прироста можно рассчитать по формуле:

$$ТП = ПР - 100\%, \quad \text{где}$$

ТП - темп прироста;

ПР - показатель роста;

Абсолютное значение одного процента прироста – отношение абсолютного прироста (убыли) к темпу прироста (убыли).

Например: дана динамика числа лиц, охваченных профилактическими прививками с 1997 по 2000 год (табл. 17). Рассчитать показатели динамического ряда и провести их анализ.

Таблица 17

Год	Число лиц, охваченных прививками	Абсолютный прирост	Темп прироста, %	Темп роста, %	Абсолютное значение одного % прироста
1997	150	---	---	---	---
1998	450	+300	+200	+300	1,5
1999	700	+250	+55	+155,5	4,5
2000	1100	+400	+57	+157,1	7,0

Решение:

1. Абсолютный прирост:

Для 1998 года = $450 - 150 = +300$;

Для 1999 года = $700 - 450 = +250$ и т.д.

2. Темп прироста:

Для 1998 года = $\frac{+300}{150} \times 100\% = +200\%$

Для 1999 года = $\frac{+250}{450} \times 100\% = +55\%$ и т.д.

3. Темп роста в процентах:

Для 1998 года = $\frac{450}{150} \times 100 = +300\%$

Для 1999 года = $\frac{700}{450} \times 100\% = +155\%$ и т.д.

4. Абсолютное значение одного процента прироста:

Для 1998 года = $\frac{+300\%}{+200\%} = 1,5$;

Для 1999 года = $\frac{+250}{+55} = 4,5$ и т.д.

Вывод: данные анализа динамического ряда показывают, что отмечается увеличение охвата профилактическими прививками населения при значительном уменьшении темпа прироста (с +200% до +57%) и темпа роста (с +300% до +157,1%), с наименьшим значением в 1999 году (темп роста составил +155,5%).

Однако, результаты многих исследований, представленные в количественном выражении, часто бывают многочисленны и малодоступны для их общего обозрения. В силу этого характер распределения изучаемых явлений лучше выявляется при анализе **вариационных рядов или рядов распределения**.

Вариационный ряд – это ряд числовых измерений определённого признака, отличающихся друг от друга по своей величине, расположенных в ранговом порядке – по порядку, от меньшего к большему или наоборот (рис. 4).

Вариационный ряд состоит из вариантов (v) и соответствующих им частот (p). Вариантой (v) называют каждое числовое значение изучаемого признака. Частота (p) – абсолютная численность отдельных вариантов в совокупности, указывающая, сколько раз встречается данная варианта в вариационном ряду. Общее число случаев наблюдений, из которых состоит вариационный ряд, обозначается буквой n .

Если n включает в себя не более 30 наблюдений, то все значения признака располагают в нарастающем или убывающем порядке (от максимальной варианты до минимальной или наоборот) и указывают частоту каждой варианты.

При большом числе наблюдений (более 30) вариационный ряд должен быть сгруппирован. Построение сгруппированного ряда учитывает разность между максимальным и минимальным значениями вариантов и складывается из нескольких этапов:

1. Определение количества групп;
2. Определение интервала между группами;
3. Определение начала, середины и конца группы;
4. Распределение данных наблюдений по группам;
5. Графическое изображение вариационного ряда.

1 этап: определение количества групп в вариационном ряду. В связи с тем, что количество групп зависит от числа наблюдений, то чем больше число наблюдений, тем больше может быть групп. Учитывая это, число групп в сгруппированном вариационном ряду определяется по специальной таблице в зависимости от числа наблюдений (табл. 18).

При большом колебании признака его максимальные величины могут не соответствовать размерам последней группы и будут вне ее. В этом случае необходимо увеличить число групп с тем, чтобы можно было включить эти крайние варианты.

Таблица 18

Число групп в зависимости от числа наблюдений.

Число наблюдений, n	31 – 45	46 – 100	101 – 200	201 – 500
Число групп, r	6 – 7	8 – 10	11 – 12	12 – 17

2 этап: определение величины интервала (i) между группами. Определяя величину интервала между группами, амплитуду вариационного ряда (разность между максимальным и минимальным значениями вариантов) делят на число групп:

$$\text{Величина интервала } i = \frac{v_{\max} - v_{\min}}{r(\text{число групп})}$$

Полученный интервал округляется до целого числа.

3 этап: определение начала, середины и конца группы. Поскольку середина группы должна делиться на величину интервала, то за середину первой группы следует брать варианту, которая будет ближайшей к максимальному значению и без остатка разделится на величину интервала. Середины для каждой последующей группы находят путем вычитания величины интервала от середины каждой предыдущей группы:

Середина последующей группы = середина предыдущей группы – i

После составления ряда из величин, принятых за середину группы, необходимо определить границы (начало и конец) этих групп. При этом границы групп не должны повторяться, в противном случае будет трудно распределить варианты по группам и построить вариационный ряд.

Определяя начало группы, к ее середине прибавляется величина $\frac{i-1}{2}$; вычитая же ее из середины, получаем конец группы. Границы должны быть составлены так, чтобы значения вариантов не оказались между группами. Нежелательны также так называемые «открытые» группы, например «свыше 60» или «менее 20».

4 этап: распределение случаев наблюдения по группам проводится соответственно размерам показателей в группе. Результаты записываются по группам, получая, таким образом, частоты (p) вариационного ряда.

5 этап: графическое изображение вариационного ряда делают статистические данные обозримыми, доступными для анализа и дальнейшего изучения. В графическом изображении ось абсцисс (x) служит для отображения градации (середины групп) изучаемого признака (рост, масса тела, уровень Hb в крови), а ось ординат (y) – для отображения числа случаев с данной величиной признака.

Все пять этапов выполняются при составлении сгруппированных вариационных рядов. При составлении не сгруппированных вариационных рядов – выполняются 1,2 и 5 этапы.

Средние величины.

Каждая статистическая совокупность имеет особые групповые свойства, в частности средний уровень количественного признака, который измеряется средними величинами. Например, средний рост, средняя масса тела – при анализе физического развития группы населения; средняя длительность пребывания больного на койке; средняя продолжительность обследования больного – при анализе деятельности ЛПУ; средняя запыленность воздуха в цехе – при оценке загрязненности воздуха на предприятии и др. Таким образом, под средней величиной понимается число, выражающее общую меру исследуемого признака в совокупности. Средняя величина как бы выражает то общее, что характерно для признака в данной совокупности.

В медицинской статистике используют три вида средних величин: среднюю арифметическую (M), моду (M_0), медиану (M_e).

Мода (M_0) — соответствует величине признака, которая чаще других встречается в данной совокупности. Иначе говоря, за моду принимают варианты, которой соответствует наибольшее количество частот (p) вариационного ряда.

Медиана (M_e) — величина признака, занимающая срединное положение в вариационном ряду. Она делит ряд на две равные части по числу наблюдений. Для определения медианы надо найти середину ряда. Так, при четном числе наблюдений, за медиану принимают среднюю величину из двух центральных вариантов, например, для ряда 2, 5, 6, 9, 11, 12, 15, 16 центральными вариантами будут 4-я и 5-я (числовое значение 9 и 11).

В этом случае медиана будет равна:

$$Me = \frac{9+11}{2} = 10$$

При нечетном числе наблюдений медианой будет срединная (центральная) варианта, которая определяется по формуле

$$Me = \frac{n+1}{2}$$

Например, при нечетном числе наблюдений (25 наблюдений), медианой будет срединная (центральная) варианта 13, так как в этом случае:

$$Me = \frac{n+1}{2} = \frac{25+1}{2} = 13$$

Это означает, что середина ряда приходится на тринадцатую варианту с начала ряда или тринадцатую варианту с конца ряда.

Одной из важных особенностей моды и медианы является то, что на их величины не оказывают влияние числовые значения крайних вариантов. Например, если бы в вариационном ряду имелось максимальное нечетное абсолютное значение (предположим 65 кг), а минимальное абсолютное значение – четное (пусть будет 58 кг), то эти значения крайних вариантов не отражаются ни на величине моды, ни на величине медианы.

Следующая средняя величина, которая наиболее часто используется медицинской статистикой для характеристики среднего уровня признака, является средняя арифметическая величина (M).

Средняя арифметическая величина бывает простой и взвешенной.

Простая средняя арифметическая вычисляется из вариационного ряда, в котором каждая варианта встречается только один раз, т.е. для всех вариантов $p=1$. Она определяется по формуле:

$$M = \frac{\sum n}{n}, \quad \text{где}$$

M – средняя арифметическая;

n – значение вариационного ряда;

n – общее число наблюдений.

Если в исследуемом вариационном ряду одна или несколько вариантов повторяются, то вычисляется средняя арифметическая взвешенная (при $p > 1$). Расчет такой средней производится по формуле:

$$M = \frac{\sum n \cdot p}{n}, \quad \text{где}$$

n – сумма частот ($\sum p$).

Помимо рассмотренного метода прямого расчета средней арифметической взвешенной, существуют другие методы, в частности **способ моментов**, при котором несколько упрощены арифметические расчеты. Применяя этот способ, среднюю арифметическую рассчитывают по формуле:

$$M = A + i \frac{\sum a \cdot p}{n}, \quad \text{где}$$

- A – условная средняя варианта, чаще других повторяющаяся в вариационном ряду;
- i – интервал между группами вариант;
- a – условное отклонение от условной средней (для этого из каждой варианты вычитаем условную среднюю: $a=n-A$);
- p – частота каждой варианты;
- n – число наблюдений.

Например: необходимо произвести расчет средней арифметической по способу моментов длительности пребывания больных с язвенной болезнью в гастроэнтерологическом отделении больницы (табл. 19), когда известно число дней лечения (n) и частота случаев (p), при $i=1$.

Таблица 19

Число дней лечения (n)	Число больных			
	Частота случаев (p)	Число случаев повторения данной варианты (np)	Отклонение каждой варианты от условной средней ($a=n-A$)	Произведение отклонений каждой варианты на её частоту (ap)
27	2	54	-5	-10
28	4	112	-4	-16
29	4	116	-3	-12
30	5	150	-2	-10
31	7	217	-1	-7
32	10	320	0	0
33	6	198	1	6
34	4	136	2	8
35	3	105	3	9
36	1	36	4	4
	$\Sigma p=n=46$	$\Sigma np=1444$		$\Sigma ap=-28$

Расчет проводится в такой последовательности:

- Среди вариантов выбираем наиболее часто встречающуюся и находящуюся в центре вариационного ряда, которую принимаем за условную среднюю A (в нашем случае, это 32 дня лечения);
- Определяем условное отклонение каждой варианты от условной средней ($a_1=27-32=-5$; $a_2=28-32=-4$ и т.д.);
- Определяем произведение отклонений каждой варианты на ее частоту ($a_1 \cdot p_1=-5 \cdot 2=-10$; $a_2 \cdot p_2=-4 \cdot 4=-16$ и т.д.);
- Определяем сумму всех отклонений, перемноженных на их частоты:
 $\Sigma a_n \cdot p_n = a_1 \cdot p_1 + a_2 \cdot p_2 + \mathbf{K} = -10 + (-16) + \mathbf{K} = -28$;
- Определяем среднюю взвешенную по способу моментов:

$$M = A + i \frac{\sum a \cdot p}{n} = 32 + 1 \left(\frac{-28}{46} \right) = 32 + 1 \cdot (-0,6) = 32 + (-0,6) = 31,4$$

Ответ: В рассматриваемом нами случае средняя длительность пребывания больных на лечении в гастроэнтерологическом отделении больницы составляет 31,4 дня.

Таким образом, средняя арифметическая одним числом характеризует совокупность, обобщая то, что свойственно всем ее вариантам, поэтому она имеет ту же размерность, что и каждая из вариантов. Кроме того, средняя арифметическая величина обладает тремя свойствами:

1. Она занимает срединное положение в вариационном ряду:
 $M = M_0 = M_e$;

2. Средняя арифметическая вскрывает то типичное, что характерно для всей совокупности. В то же время она абстрактна, так как является обобщающей величиной, и поэтому не может правильно характеризовать совокупность, из которой рассчитана (за средней не видны случайные колебания, различия в индивидуальных данных);

3. Сумма отклонений всех вариантов от средней равна нулю: $\sum(n - M) = 0$. Это происходит потому, что средняя величина превышает размеры одних вариантов и меньше размеров других вариантов. Иначе говоря, истинное отклонение вариант от истинной средней ($d = n - M$) может быть положительной и отрицательной величиной, поэтому сумма (Σ) всех $+d$ и $-d$ равна нулю. Данное свойство средней используется при проверке правильности расчетов M , так как если сумма отклонений вариант от средней равна нулю, то можно сделать вывод, что средняя вычислена правильно. На этом свойстве основан способ моментов для определения M .

Роль средних величин в медицине чрезвычайно велика. Их используют для характеристики явлений в целом; они необходимы для оценки отдельных величин, а также при сравнении отдельных величин со средними, когда получают ценные характеристики для каждой из них. В тоже время, использование средних величин требует строгого соблюдения принципа однородности совокупности. Нарушение этого принципа ведет к искажению реальных процессов.

Контрольные вопросы.

1. Абсолютные величины; их получение, использование.
2. Относительные величины; их получение, использование; отличие от коэффициентов.
3. Экстенсивный показатель, что он характеризует собой? По какой формуле рассчитывается?
4. Интенсивный показатель, что он собой характеризует? По какой формуле рассчитывается?
5. Показатель соотношения, что он собой характеризует? По какой формуле рассчитывается?

6. Показатель наглядности, что он собой характеризует? По какой формуле рассчитывается? Какие величины и показатели можно преобразовать в показатели наглядности?
7. Что такое динамические ряды? Какие динамические ряды являются простыми, а какие сложными?
8. В чем отличие между моментными и интервальными простыми динамическими рядами?
9. Что такое выравнивание уровней динамического ряда? Какими способами пользуются при выравнивании динамического ряда?
10. По каким показателям проводится анализ динамических рядов?
11. Что такое вариационный ряд? Из чего он состоит? Что такое варианта и частота вариационного ряда?
12. Как строится вариационный ряд при числе наблюдений не более 30 и при числе более 30 наблюдений?
13. Что включают в себя 1 и 2 этапы построения сгруппированного вариационного ряда?
14. Что включают в себя 3 и 4 этапы?
15. С какой целью необходимо проведение 5-го этапа построения сгруппированного вариационного ряда? При каких условиях проводятся все 5 этапов составления сгруппированных вариационных рядов и при каких условиях достаточно проведения только 3-х этапов (каких)?
16. Что понимается под средней величиной? Какие 3 вида средних величин наиболее часто используют в медицинской статистике? Как определяется мода и медиана?
17. Что такое средняя арифметическая величина? Как она подразделяется? Как вычисляется простая средняя арифметическая величина?
18. Как вычисляется средняя арифметическая взвешенная? Что такое способ моментов, чем он характеризуется и как высчитывается средняя арифметическая?
19. Что характеризует собой и какими свойствами обладает средняя арифметическая величина?
20. Задача. Доля сердечно-сосудистых заболеваний составляет 40% среди всех причин смерти. Общая смертность населения города К. – 10‰. Какой из показателей, приведенных выше, вы поставите в соответствующие скобки? Экстенсивный показатель (----), интенсивный (-----)?
21. Какие учетные признаки можно использовать для построения вариационного ряда и расчета средней арифметической?
22. Из каких величин можно построить динамический ряд?
23. Задача. Сделайте выводы о заболеваемости с временной утратой трудоспособности в цехе А и в цехе В:

Показатели:	Цех А	Цех В
Число случаев утраты трудоспособности по поводу ишиаса на 100 рабочих	0,4	0,9

Доля ишиаса среди всех заболеваний	10%	5%
------------------------------------	-----	----

24. Рассчитайте показатели динамического ряда и сделайте выводы:

Год	число лиц, получающих инсулин
1998	30
1999	60
2000	140
2001	500

25. Задача. Рассчитайте среднее число консультаций, проведенных врачами-специалистами (на одного больного с инфарктом миокарда):

Число консультаций	0	5	10	15	20
Число больных	5	15	50	20	10

Глава 16. *Разнообразие признака в статистической совокупности. Оценка достоверности результатов исследования.*

Величина того или иного признака неодинакова у всех членов совокупности, несмотря на ее относительную однородность. Например, в группе людей, однородной по возрасту, полу и месту жительства, рост и вес каждого человека отличается от роста и веса других людей. В этом проявляется разнообразие, колеблемость признака в изучаемой совокупности, а значит и средняя арифметическая величина находится в зависимости от колеблемости вариационного ряда (рис. 4).

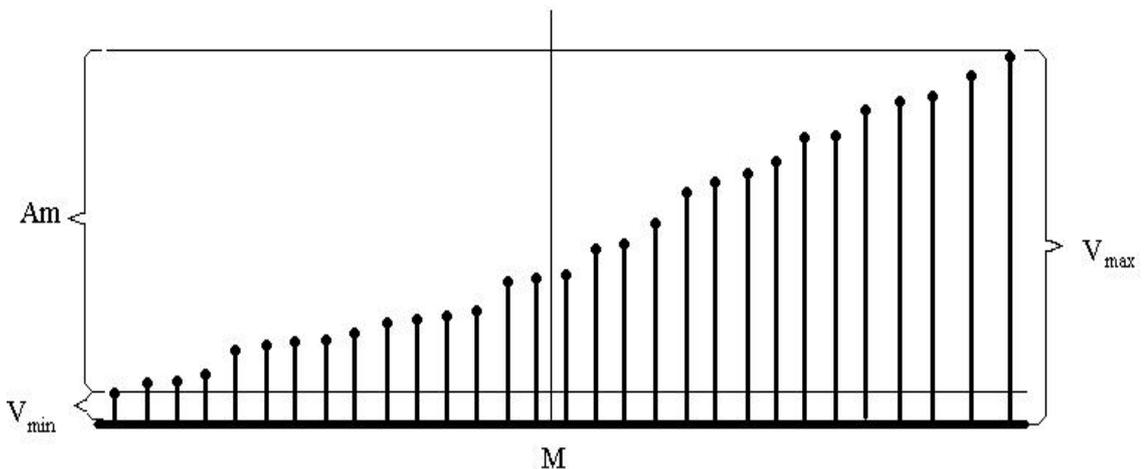


Рис. 4. Колеблемость вариационного ряда ($n=30$).

Статистика позволяет охарактеризовать это специальными критериями, определяющими уровень разнообразия каждого признака в совокупности. К таким критериям относятся: лимит (lim), амплитуда ряда (Am), среднее квадратическое отклонение (δ) от средней арифметической величины и коэффициент вариации (C_v).

Лимит (lim) – определяется крайними значениями вариант (v) в вариационном ряду (lim= $V_{\max} : V_{\min}$), тогда как амплитуда (Am) - это разность значений крайних вариант (Am= $V_1 - V_n$).

Достаточно взглянуть на рис.3 и сразу становится понятным, что чем меньше колеблемость ряда, то есть, чем меньше амплитуда колебания ряда, тем более точно его будет характеризовать средняя арифметическая.

Однако как лимит, так и амплитуда ряда обладают одним существенным недостатком: они учитывают только разнообразие крайних вариант и не позволяют получить информацию о разнообразии признака во всей совокупности с учетом её внутренней структуры. Дело в том, что основное разнообразие проявляется не столько в крайних вариантах, сколько во внутренней структуре исследуемой группы. Поэтому этими критериями можно пользоваться только для приближенной характеристики разнообразия изучаемого признака всей совокупности.

Наиболее полную характеристику разнообразию признака в совокупности, степень варьирования вариационного ряда, дает так называемое **среднее квадратическое** отклонение, обозначаемое греческой буквой «сигма» - d .

Существует два способа расчёта среднего квадратического отклонения: среднеарифметический и способ моментов.

При **среднеарифметическом** способе расчёта применяется формула:

$$d = \pm \sqrt{\frac{\sum d^2}{n-1}}, \quad \text{где}$$

d – истинное отклонение варианты от истинной средней ($v-M$).

Эта формула используется при небольшом числе наблюдений ($n \leq 30$; $p=1$). При достаточно большом числе наблюдений ($n > 30$; $p > 1$) определяется средневзвешенное квадратическое отклонение по формуле:

$$d = \pm \sqrt{\frac{\sum d^2 p}{n}}, \quad \text{где}$$

$\sum d^2 p$ – сумма произведения квадрата отклонения на частоту каждой варианты.

По **способу моментов** расчет среднего квадратического отклонения производится по формуле:

$$d = \pm i \sqrt{\frac{\sum a^2 p}{n} - \left(\frac{\sum ap}{n} \right)^2}, \quad \text{где}$$

a – условное отклонение варианты от условной средней ($a=v-A$);

$\frac{\sum a^2 p}{n}$ - момент второй степени (при $n > 30$);

$\left(\frac{\sum ap}{n}\right)^2$ - момент первой степени, возведенный в квадрат.

При числе наблюдений, равном 30 и менее, в моменте второй степени n заменяется на $n-1$.

Описанные способы расчета среднего квадратического отклонения требуют значительной вычислительной работы. Поэтому можно использовать приближенный способ вычисления среднего квадратического отклонения по амплитуде вариационного ряда, с использованием формулы:

$$d = \pm \frac{V_{\max} - V_{\min}}{A}, \quad \text{где}$$

A – коэффициент для определения δ , соответствующий числу наблюдений (табл.20).

Помимо среднего квадратического отклонения (δ), существует еще один критерий, характеризующий уровень разнообразия величин признака в совокупности, – *коэффициент вариации* (C_v), который является относительной мерой разнообразия, так как исчисляется как процентное отношение δ к средней арифметической величине (M) и высчитывается по формуле:

$$C_v = \frac{\delta}{M} \cdot 100\%$$

Для ориентировочной оценки степени разнообразия признака в практике пользуются следующими градациями коэффициента вариации: если коэффициент составляет более 20%, то говорят о сильном разнообразии; при 20-10% - среднее разнообразие; если же коэффициент менее 10% - то считается, что разнообразие слабое.

Коэффициент вариации применяют при сравнении степени разнообразия признаков, имеющих различия в величине признаков или неодинаковую их размерность.

Таблица 20

Определение среднего квадратического отклонения по амплитуде.

Число наблюдений (n)	Коэффициент для сигмы (A)	Число наблюдений (n)	Коэффициент для сигмы (A)	Число наблюдений (n)	Коэффициент для сигмы (A)
1	-	32	4,14	420	5,98
2	1,13	34	4,19	440	6,00
3	1,69	36	4,24	460	6,02
4	2,06	38	4,28	480	6,06
5	2,33	40	4,32	500	6,09
6	2,53				
7	2,70	50	4,50	520	6,12
8	2,85	60	4,64	540	6,13
9	2,97	70	4,76	560	6,14
10	3,08	80	4,85	580	6,17
		90	4,94	600	6,18

11	3,17	100	5,01	620	6,21
12	3,26	120	5,15	640	6,23
13	3,34	140	5,26	660	6,26
14	3,41	160	5,35	680	6,27
15	3,47	180	5,43	700	6,28
16	3,53	200	5,50		
17	3,59				
18	3,64	220	5,57	750	6,33
19	3,69	240	5,61	800	6,34
20	3,74	260	5,68	850	6,37
		280	5,72	900	6,43
		300	5,77	950	6,47
22	3,82	320	5,80	1000	6,48
24	3,90	340	5,84		
26	3,96	360	5,88		
28	4,03	380	5,92		
30	4,09	400	5,94		

Например, если необходимо сравнить степень разнообразия массы тела у новорожденных и 7-летних детей. Ясно, что у новорожденных δ всегда будет меньше, чем у 7-летних детей, так как их индивидуальная масса меньше (табл. 21).

Таблица 21

Группа детей (мальчики)	Средняя масса (M), кг	d, (кг)	Cv, (%)
Новорожденные	3,5	$\pm 0,35$	10
7 - летние	24,7	$\pm 3,88$	15,7

Как видно из таблицы, в этом случае для определения различия в степени разнообразия необходимо ориентироваться не на среднее квадратическое отклонение (δ), а на относительную меру разнообразия – коэффициент вариации (Cv).

Кроме того, коэффициент вариации имеет большое значение для оценки и сопоставления степени разнообразия нескольких признаков с разной размерностью. Например, из данных таблицы 22 видно, что по среднему квадратическому отклонению нельзя судить о различии в степени разнообразия указанных признаков.

Таблица 22

Сравнение различных признаков совокупности по M,d и Cv

Признак	M	d	Cv (%)
Общий белок сыворотки крови	68г/л	± 4 г/л	5,8
СОЭ	9 мм/час	± 2 мм/час	22,0
Лейкоциты	8000/мм ³	± 800	10,0

Только Cv позволяет сделать вывод, что наиболее разнообразным признаком в данном примере является СОЭ и менее разнообразным - общий белок крови.

Среднее квадратическое отклонение связано со структурой ряда распределения признака. Теорией статистики доказано, что при нормальном распределении в пределах $M \pm \delta$ находится 68,27% всех случаев, в пределах $M \pm 2\delta$ - 95,45% всех случаев и в пределах $M \pm 3\delta$ - 99,73% всех случаев, составляющих совокупность, т.е. охватывает почти весь вариационный ряд (рис. 5).

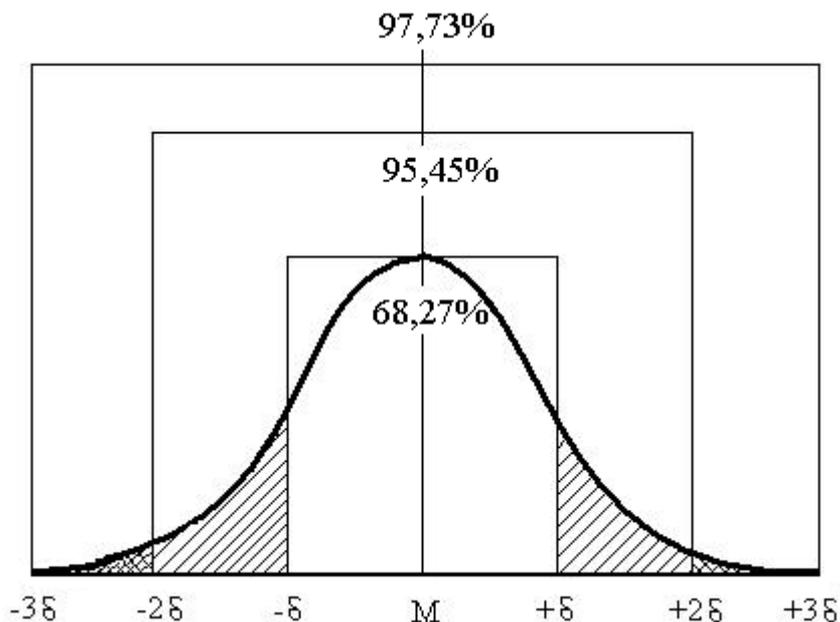


Рис. 5. Теоретическая кривая распределения вариант в однородном вариационном ряду по сигмальным отклонениям (кривая Гаусса).

Это теоретическое положение статистики о закономерностях структуры ряда имеет огромное значение для практического применения среднего квадратического отклонения, особенно при разработке проблемы нормы и патологии. Так, в медицине (здравоохранении) интервал $M \pm d$ обычно принимается за пределы нормы.

Если при исследовании выясняется, что индивидуальные измерения находятся в пределах 95,5% всех наблюдений, т.е. стандартное отклонение от средней (M) составляет $\pm 2\delta$, то можно говорить о принадлежности исследуемого признака к фактору риска. В этом случае врач должен взять исследуемого пациента под диспансерное наблюдение, а в случае, когда стандартное отклонение от средней (M) составляет $\pm 3\delta$, врач должен направить исследуемого на консультацию к специалисту по выявленному признаку у данного индивидуума. Таким образом, среднее квадратическое отклонение является стандартным отклонением, позволяющим предвидеть вероятность появления первых признаков формирования патологии у пациента.

Кроме того, по среднему квадратическому отклонению можно определить коэффициент вариации при сравнении степени разнообразия разных признаков в одной совокупности или однородных признаков в разных совокупностях; определить структуру вариационного ряда; судить о типичности средней

арифметической; оценить отдельные признаки у каждого индивидуума по стандартному отклонению t ; определить ошибку средней арифметической величины m_M (ошибки репрезентативности).

Оценка достоверности результатов исследования.

При изучении сплошной (генеральной) совокупности для ее числовой характеристики достаточно рассчитать M и δ .

На практике, как правило, врачу в большинстве медицинских исследований приходится иметь дело с частью изучаемого явления, т.е. с выборочной совокупностью, а выводы по результатам такого исследования переносить на все явления в целом – на генеральную совокупность. Для этого необходимо чтобы полученные результаты не искажали и правильно отображали объективную реальность, т.е. чтобы они были достоверными.

Под достоверностью статистических показателей следует понимать степень соответствия отображаемой ими действительности. Оценка достоверности результатов исследования означает определить с какой вероятностью возможно перенести результаты, полученные на выборочной совокупности, на всю генеральную совокупность. Таким образом, оценка достоверности необходима для того, чтобы по части явления можно было бы судить о явлении в целом, о его закономерностях.

Оценка достоверности результатов исследования предусматривает определение:

- 1) ошибок репрезентативности (средних ошибок средних арифметических и относительных величин) – m ;
- 2) доверительных границ средних (или относительных) величин;
- 3) достоверности разности средних (или относительных) величин – по критерию t ;
- 4) достоверности различия сравниваемых групп по критерию s^2 (хи-квадрата);
- 5) «ожидаемого» уровня показателя (оценка нулевого эффекта).

Ошибка репрезентативности (m) является важнейшей стратегической величиной, необходимой для оценки достоверности результатов исследования. По величине ошибки репрезентативности определяют насколько результаты, полученные при выборочном наблюдении, отличаются от результатов, которые могли бы быть получены при проведении сплошного исследования всех без исключения элементов генеральной совокупности. Ошибки репрезентативности можно свести к достаточно малой величине, т.е. к величине допустимой погрешности. Делается это путем привлечения в выборку достаточного количества наблюдений (n):

$$m_M = \frac{d}{\sqrt{n}}$$

Как видно из формулы, величина средней ошибки средней арифметической прямо пропорциональна степени разнообразия признака и обратно пропорциональна корню квадратному из числа наблюдений. Следовательно,

уменьшение величины этой ошибки при определении степени разнообразия (δ) возможно путем увеличения числа наблюдений.

Относительные величины (p), полученные при выборочном исследовании, также имеют свою ошибку репрезентативности, которая называется *средней ошибкой относительной величины* и обозначается m_p :

$$m_p = \sqrt{\frac{p \cdot q}{n}} \quad \text{где,}$$

p – относительная величина, выраженная в долях единицы (% , ‰ , ‰‰ и т.д.). Если показатель выражен в процентах, то $q=100-p$, если p – в промиллях, то $q=1000-p$, если p – в продецимиллях, то $q=10000-p$ и т.д.; n – число наблюдений. При числе наблюдений менее 30 в знаменатель следует взять $n-1$:

$$m_p = \sqrt{\frac{p \cdot q}{n-1}}$$

Каждая средняя арифметическая или относительная величина, полученная на выборочной совокупности, должна быть представлена со своей средней ошибкой. Это дает возможность рассчитать доверительные границы средних и относительных величин, а также определить достоверность разности сравниваемых показателей (результатов исследования).

Доверительные границы – это границы средних или относительных величин, выход за пределы которых вследствие случайных колебаний имеет незначительную вероятность.

Доверительные границы средней арифметической в генеральной совокупности определяются по формуле:

$$M_{\text{ген}} = M_{\text{выбор}} \pm t m_m$$

Доверительные границы относительной величины в генеральной совокупности определяются по следующей формуле:

$$P_{\text{ген}} = P_{\text{выбор}} \pm t m_p, \quad \text{где}$$

$M_{\text{ген}}$ и $P_{\text{ген}}$ – значения средней и относительной величин, полученных для генеральной совокупности;

$M_{\text{выбор}}$ и $P_{\text{выбор}}$ – значения средней и относительной величин, полученных для выборочной совокупности;

m_p и m_m – ошибки репрезентативности выборочных величин;

t – доверительный критерий или критерий точности, который устанавливается при планировании исследования;

t_m – доверительный интервал, причем $t_m = \Delta$, где

Δ – предельная ошибка показателя, полученного при выборочном исследовании:

$$\Delta = t \cdot m_x = \frac{t \cdot d}{\sqrt{n}}, \quad \text{где}$$

n – число наблюдений.

Для большинства медико-биологических и социальных исследований достоверными считаются доверительные границы, установленные с вероятностью безошибочного прогноза $p=95\%$ и более.

Определение достоверности разности средних или относительных величин по критерию t (критерий Стьюдента).

В медицине и здравоохранении во всех случаях при сопоставлении двух сравниваемых величин возникает необходимость не только определить их разность, но и оценить ее достоверность.

Достоверность разности величин, полученных при выборочных исследованиях, означает, что вывод об их различии может быть перенесен на соответствующие генеральные совокупности. Достоверность выборочной разности измеряется доверительным критерием (критерием точности t или критерием Стьюдента), который рассчитывается для средних и относительных величин по формулам:

- для средних величин:
$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}},$$

- для относительных величин:
$$t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}} \quad \text{где,}$$

M_1, M_2, P_1, P_2 - параметры, получаемые при выборочных исследованиях;
 m_1, m_2 - их средние ошибки; t - критерий точности.

Разность достоверна при $t \geq 2$, что соответствует вероятности безошибочного прогноза, равной 95% и более ($p \geq 95\%$). Такая степень вероятности является вполне достаточной для большинства исследований, проводимых в медицине и здравоохранении.

При величине критерия $t < 2$ степень вероятности безошибочного прогноза составляет $p < 95\%$, что требует необходимости получить дополнительные данные, увеличив число наблюдений, т.к. при такой степени вероятности невозможно утверждать, что полученная разность показателей достоверна с достаточной степенью вероятности.

Однако может случиться, что при увеличении численности выборки разность остается недостоверной. В этих случаях можно считать доказанным, что между сравниваемыми совокупностями не обнаружено различий по изучаемому признаку.

Рассмотренная методика оценки достоверности и разности результатов исследования позволяет проводить только попарное сравнение групп при обязательном наличии обобщающих параметров - средних арифметических (M_1 и M_2) или относительных величин (P_1 и P_2) и их средних ошибок (m).

Оценка достоверности различия сравниваемых групп по критерию соответствия или Хи-квадрату (χ^2), в отличие от критерия t, проводится в тех случаях, когда нет необходимости знать величину того или иного параметра (среднюю или относительный показатель) и требуется оценить достоверность различия не только двух, но и большего числа групп.

Критерий χ^2 определяется по формуле:

$$\chi^2 = \sum \frac{(j - j_1)^2}{j_1}, \quad \text{где}$$

φ - фактические (эмпирические) данные;
 φ_1 - «ожидаемые» (теоретические) данные, вычисленные на основании «нулевой гипотезы»;
 Σ - знак суммы.

Определение критерия соответствия χ^2 основано на расчете разницы между фактическими и «ожидаемыми» данными. Чем больше эта разность ($\varphi - \varphi_1$), тем с большей вероятностью можно утверждать, что существуют различия в распределении сравниваемых выборочных совокупностей и, наоборот, чем меньше разность ($\varphi - \varphi_1$), тем меньше шансов на то, что сравниваемые выборочные совокупности различны между собой. Такой принцип доказательства «от противного» является довольно распространенным во многих исследованиях.

Последовательность расчета c^2 включает в себя 6 этапов:

- I этап – распределение фактических данных (φ) по всем группам, суммированных итогов;
- II этап – определение ожидаемых величин (φ_1) на основе «нулевой гипотезы»;
- III этап – определение разности между фактическими и «ожидаемыми» числами ($\varphi - \varphi_1$);
- IV этап – определение квадрата разностей ($\varphi - \varphi_1$)² по всем группам;
- V этап – квадрат разности делят на «ожидаемое» число во всех группах

$$\frac{(j - j_1)}{j_1};$$

VI этап – критерий соответствия χ^2 определяется путем суммирования результатов $\frac{(j - j_1)}{j_1}$ по всем группам:

$$c^2 = \sum \frac{(j - j_1)^2}{j_1}$$

Величина критерия χ^2 зависит, как от величины разности между фактическими и «ожидаемыми» числами, так и от числа слагаемых. Чем больше разность, тем больше критерий χ^2 . Так, если фактические данные будут равны «ожидаемым» ($\varphi - \varphi_1$), χ^2 будет равен нулю и «нулевая гипотеза» должна быть признана существенной. И наоборот, чем больше величина критерия χ^2 , тем «нулевая гипотеза» становится менее вероятной, «несущественной».

В медицине и здравоохранении критерий соответствия χ^2 может быть использован для ответа на следующие вопросы: существенно ли отличаются друг от друга группы вакцинированных и невакцинированных по распределению их на больных и здоровых, т.е. эффективна ли вакцинация; существенно ли отличаются группы населения с разным среднедушевым доходом по распределению их на больных и здоровых, т.е. влияет ли материальное обеспечение на уровень заболеваемости.

«Нулевая гипотеза» («нулевой» эффект) – это предположение о том, что в сравниваемых группах отсутствует различие в распределении частот, т.е. когда показатель равен нулю ($P=0$) или близок к нулю, а $q=100\%$ или когда пока-

затель равен 100% ($P=100\%$), или близок к 100%, а $q=0$. В этом случае, если необходимо узнать, а каким бы мог быть показатель изучаемого явления при других условиях отбора (другое число наблюдений, другой состав больных по полу, возрасту и т.д.), пользуются формулой, по которой можно вычислить «ожидаемый» уровень показателя:

$$P_1 = \frac{a+1}{n+2} \cdot 100\%, \quad \text{где}$$

a – результативный показатель (p).

Для того чтобы опровергнуть «нулевую гипотезу», вычисленный критерий соответствия (χ^2) должен быть равен или больше критического значения χ^2 при уровне вероятности «нулевой гипотезы» $p_1=5\%$.

Контрольные вопросы.

1. Одинакова ли величина того или иного признака у всех членов совокупности?
2. Что наиболее полно характеризует разнообразие признака в совокупности?
3. Какими способами можно рассчитать среднее квадратическое отклонение?
4. Какой из способов расчета среднего квадратического отклонения наиболее прост в практическом применении?
5. Какой существует еще критерий, характеризующий уровень разнообразия величин признака совокупности?
6. Где в практическом здравоохранении может быть использован коэффициент градации?
7. Как среднее квадратическое отклонение связано со структурой ряда распределения признака?
8. Какое значение для практического применения в здравоохранении имеет среднее квадратическое отклонение?
9. Рассчитайте средние затраты времени и среднее квадратическое отклонение врача-эпидемиолога на оперативную работу в очаге:

время, мин	50	70	90	110	130	150
число обследованных очагов	8	17	40	20	10	5

10. Всегда ли достаточно рассчитать M и δ при изучении любой совокупности?
11. Что понимается под достоверностью статистических показателей?
12. Что предусматривает оценка достоверности результатов исследования?
13. Что такое ошибка репрезентативности (m)?
14. Что такое доверительные границы M и P ?
15. Как определяется достоверность разности средних или относительных величин по критерию t (критерию Стьюдента)?
16. В каких случаях оценка достоверности различия сравниваемых групп проводится по критерию соответствия (Хи-квадрату)?

17. Что означает понятие «нулевая» гипотеза («нулевой» эффект)?
18. Определите средние ошибки (m_1 и m_2) показателей, вычислите критерий различия (t-критерий) уровня общей летальности в двух больницах:

	Б-ца № 1	Б-ца № 2
число лечившихся	4350	6760
из них умерло	196	236
летальность	4,5% (P_1)	3,5% (P_2)

19. Вычислите «ожидаемый» показатель летальности (P_1) в больнице, где лечилось экспериментальным методом 60 больных (n), среди которых летальных исходов не было ($P=0\%$). Определите колебания «ожидаемого» показателя летальности ($m_{\text{ожид}}$) при $t=2$.
20. Оцените достоверность разности сравнения частоты случаев дистрофического поражения пародонта у больных с абсцессом легкого и здоровых лиц (контроль):

Сравниваемые группы	n	из них с дистрофией пародонта			t	p
		абсол.	P	m_p		
с абсцессом легкого	110	44	40,0	$\pm 4,7$	6,2	>99,0
здоровые (контроль)	80	5	6,8	$\pm 2,7$		

Согласны ли Вы с выводом, что дистрофия пародонта как сопутствующее заболевание характерно для больных с абсцессом легкого? Дайте обоснование.

Глава 17. Методы измерения связи между явлениями.

Стандартизация показателей.

Как известно, в природе и обществе все явления и процессы, совершающиеся в них, взаимосвязаны и взаимообусловлены. Поэтому задача каждой науки, в том числе медицины и здравоохранения – вскрыть и изучить наиболее существенные связи между явлениями и процессами, проявляющимися во всевозможных признаках совокупности.

Связь может проявляться между различными признаками в следующих формах:

1) связь между факторными и результативными признаками (причинно-следственная связь);

2) зависимость параллельных изменений нескольких признаков от какой-то третьей величины.

Поэтому необходимо уметь изучать особенности этих связей, определять их размер и характер, а также оценивать их достоверность.

Корреляционный анализ.

Корреляция – понятие, которое означает взаимосвязь между признаками. Различают функциональную и корреляционную связи.

Под функциональной понимают такую связь, при которой изменение величины одного признака неизбежно вызывает совершенно определенные изменения величины другого признака. Данный вид связи характерен для физико-химических процессов: радиусу круга соответствует определенная площадь круга, а скорость свободно падающего тела определяется величиной ускорения силы тяжести и времени падения.

В социальной медицине, биологии и клинической медицине зависимости между явлениями носят иной характер и поэтому приходится иметь дело с иной связью. Это связано с тем, что одной и той же величине одного признака соответствует ряд варьирующих значений другого признака, обусловленного чрезвычайным многообразием взаимодействия различных явлений живой природы. Такого рода связь носит название корреляционной (соответственной, соотносительной).

Функциональная связь имеет место в каждом отдельном наблюдении, в то время как корреляционная связь проявляется только при многочисленном сопоставлении признаков, т.е. совокупности.

Корреляция может быть представлена в виде таблицы, графика и коэффициента корреляции. Таблицы и графики дают лишь представление о наличии и направлении связи, однако измерить и оценить статистическую достоверность этой связи можно лишь при помощи специального коэффициента корреляции (r_{xy}) и его средней ошибки (m_r).

Коэффициент корреляции (r_{xy}) одним числом измеряет силу связи между изучаемыми явлениями и дает представление о ее направлении.

По ее направлению связь между явлениями может быть прямой (положительной), когда с увеличением (уменьшением) значения одного признака увеличивается (уменьшается) значение другого, т.е. когда признаки меняются в одном направлении, и обратной (отрицательной), когда с увеличением значений одного признака значения другого уменьшаются и наоборот, т.е. изменения признаков – разнонаправлены.

По силе связи коэффициенты корреляции колеблются от 1 (полная, функциональная связь) до 0 (отсутствие связи). Сила связи коэффициентов корреляции рассчитывается по формуле:

$$r_{xy} = \pm \frac{\sum d_x \cdot d_y}{\sqrt{\sum d_x^2 \cdot \sum d_y^2}}, \quad \text{где}$$

x, y – переменные варианты сопоставляемых вариационных рядов;

d_x, d_y – отклонение каждой переменной (варианты) от своей средней арифметической (M_x, M_y).

Таким образом, чем больше среднему значению одного признака соответствует значение другого признака, тем выше сила связи между ними (табл.23).

Таблица 23

Схема оценки силы и направленности корреляционной связи по коэффициенту корреляции (r_{xy})

Теснота связи	Величина коэффициента корреляции (r_{xy})	
	при прямой связи (+)	при обратной связи (-)
Связь отсутствует	0	0
Связь слабая	от 0 до +0,3	от 0 до -0,3
Связь умеренная	от +0,3 до +0,7	от -0,3 до -0,7
Связь сильная	от +0,7 до +1,0	от -0,7 до -1,0
Связь полная (функциональная)	+1,0	-1,0

Для того чтобы убедиться в том, что полученный при вычислении коэффициент корреляции соответствует размеру связи генеральной совокупности, необходимо определить его среднюю ошибку (m_r) и критерий t .

Средняя ошибка коэффициента корреляции определяется по формуле:

$$m_r = \frac{1 - r_{xy}^2}{\sqrt{n}}, \text{ где}$$

n – число парных наблюдений больше 100.

В том случае, когда число наблюдений меньше 100, но больше 30, средняя ошибка коэффициента корреляции определяется по формуле:

$$m_r = \frac{1 - r_{xy}^2}{\sqrt{n} - 1}$$

О достаточной для медицинских исследований надежности наличия той или иной степени связи можно говорить только тогда, когда величина коэффициента корреляции превышает или равняется величине трех своих ошибок ($r_{xy} \geq 3m_r$). Это отношение коэффициента корреляции (r_{xy}) к его средней ошибке (m_r) обозначается буквой t и называется критерием достоверности:

$$t_r = \frac{r_{xy}}{m_r}$$

Если $t_r \geq 3$, то коэффициент корреляции можно считать достоверным.

Коэффициенты корреляции имеют большое значение в медицине и здравоохранении. Они применяются: для выявления разнообразных связей между явлениями и процессами; при оценке физического состояния индивидуума и коллектива; для определения влияния на здоровье отдельных групп населения как благоприятных, так и неблагоприятных факторов окружающей среды (табл. 24).

Таблица 24

Показатели множественной корреляции длины и массы тела школьников с различными факторами риска (по Ю.П. Лисицину, 1998 г.)

№	Комплексы факторов	Длина тела		Масса тела	
		школь-ника	при ро-ждении	школь-ника	при рожде-нии

1	Наследственные (длина и масса тела родителей)	0,7	0,4	0,13	0,4
2	Биологические (возраст матери, отца, порядковый номер при рождении, состояние здоровья родителей)	0,45	0,3	0,3	0,4
3	Факторы беременности и родов (осложнения беременности и нарушения в родах, нарушения в состоянии ребенка при рождении)	0,35	0,2	0,13	0,4
4	Уровень благосостояния (материальное положение, образование родителей, число детей в семье, полезная площадь на одного человека)	0,3	—	0,2	—
5	Питание (особенности белкового, углеводного, жирового питания, калорийность)	0,4	—	0,2	—
6	Вредности (бытовые вредности родителей: курение, злоупотребление алкоголем; профессиональные вредности родителей)	0,5	0,2	0,4	0,2
7	Психологический климат семьи (взаимоотношения между членами семьи)	0,5	—	0,3	—
8	Особенности первого года жизни ребенка (психомоторное развитие, заболеваемость)	0,5	—	0,2	—

Метод стандартизации показателей.

Сущность применения метода стандартизации заключается в том, что при сравнении общих показателей необходимо иметь в виду, что на их уровне может оказывать влияние неоднородность составов сравниваемых совокупностей по ряду признаков. Во многих медико-социальных исследованиях, а также в клинических работах исключена возможность получения однородных групп для сравнения тех или иных показателей. Это касается прежде всего показателей заболеваемости, рождаемости, общей смертности по странам, городам, областям, районам, имеющим разный состав населения как по возрасту, так и по полу.

Для сравнения общих показателей, вычисленных из неоднородных по своему составу совокупностей, применяется метод стандартизации. Таким образом, **стандартизация** – это метод расчета условных (стандартизованных) показателей, заменяющих общие интенсивные (или средние) величины в тех случаях, когда их сравнение затруднено из-за несопоставимости состава групп.

Стандартизованные показатели условны, потому что они, устраняя влияние того или иного фактора на истинные показатели, указывают, какими были бы эти показатели, если бы влияние данного фактора отсутствовало.

Следовательно, стандартизованные показатели могут быть использованы только с целью сравнения.

Существует **три метода стандартизации**: прямой (наиболее распространенный), косвенный и обратный (*Керриджа*).

Прямой метод стандартизации предполагает пять последовательных этапов.

1 этап – расчет общих и специальных (по каждой группе – половой, возрастной и др.) интенсивных показателей (или средних величин) для двух сравниваемых совокупностей.

- 2 этап – выбор и расчет стандарта.
- 3 этап – расчет «ожидаемых величин» для каждой группы стандарта.
- 4 этап – определение стандартизованных показателей.
- 5 этап – сравнение групп по общим интенсивным (или средним) и стандартизованным показателям, и делаются выводы.

Прямой метод стандартизации применяется при:

1) значительных различиях в уровнях групповых показателей (разные уровни заболеваемости мужчин и женщин, разные уровни летальности по отделениям больниц, различная средняя длительность лечения по заболеваниям и т.д.);

2) значительной неоднородности составов сравниваемых совокупностей.

Косвенный метод стандартизации применяется, если специальные коэффициенты в сравниваемых группах не известны или известны, но мало достоверны. В исследованиях это наблюдается, например, когда числа заболевших очень малы и, следовательно, вычисляемые коэффициенты будут существенно меняться в зависимости от прибавления одного или нескольких случаев заболеваний.

Стандартизованные коэффициенты косвенным способом вычисляются тремя этапами:

1 этап – выбор стандарта. Так как обычно бывают неизвестны специальные коэффициенты сравниваемых групп, то за стандарт берутся коэффициенты какого-то хорошо изученного коллектива (группы).

2 этап – вычисление «ожидаемых» чисел (величин) в каждой возрастной группе.

3 этап – вычисление стандартизованных коэффициентов (показателей). Для этого действительное число явления (признака) относят к суммарному «ожидаемому» числу, а результат умножают на общий коэффициент стандарта явления (признака):

$$\frac{\text{действительное число явления (признака)}}{\text{"ожидаемое" число явления (признака)}} \times \text{общий коэфф. стандарта явления (признака)}$$

Обратный метод стандартизации (Керридж, 1958) применяется при отсутствии данных о составе населения (возрастном), когда имеются лишь сведения об аналогичном составе населения (больных, умерших), т.е. данные обратные тем, что использовались при косвенном методе.

Рассматриваемый метод дает менее точные результаты. Они будут тем точнее, чем более дробные интервалы (возраста) применяются при стандартизации. Важно также выбрать подходящий, близкий к сравниваемым контингентам, стандарт. Стандартом могут служить, например, возрастные коэффициенты смертности или заболеваемости.

Расчет стандартизованных показателей обратным методом, также как и косвенным методом, производится в три этапа:

1 этап – состоит из выбора стандарта, т.е. коэффициентов, ранее определенных с достаточной точностью.

2 этап – включает в себя вычисление «ожидаемой» величины изучаемого признака (явления). Для чего делим число имеющегося признака в каждой возрастной группе на соответствующие по возрасту коэффициенты данного явления (признака), принятого за стандарт населения, и результат умножаем на 100000.

3 этап – предусматривает устранение различий между «ожидаемыми» и фактическими числами результата. Для этого делим «ожидаемое» число на фактическое и умножаем на принятый за стандарт коэффициент явления (заболеваемости, смертности).

Таким образом, стандартизация позволяет сделать правильный вывод о том, имеется ли действительно разница общих интенсивных коэффициентов в сравниваемых группах (коллективах) или эти различия зависят только от неодинаковой структуры сравниваемых совокупностей.

В заключении необходимо еще раз подчеркнуть, что выбор конкретного метода стандартизации зависит от того, насколько полный статистический материал имеется в наличии. Прямой метод дает более надежные результаты, но в случае невозможности его применения следует использовать косвенный или обратный метод стандартизации: они достаточно точны для практического применения.

Контрольные вопросы.

1. В каких формах может проявляться связь между различными признаками?
2. Что такое корреляция?
3. Что включает в себя понятие «функциональная связь»?
4. Какая связь называется корреляционной?
5. Какой по направлению может быть корреляционная связь?
6. Как рассчитывается сила связи коэффициентов корреляции?
7. В каких пределах может колебаться сила связи коэффициентов корреляции?
8. Как определить соответствует ли полученный при вычислении коэффициент корреляции размеру связи в генеральной совокупности?
9. Какое значение имеют коэффициенты корреляции для медицины и здравоохранения?
10. С какой целью применяется метод стандартизации показателей?
11. Дать определение понятию «стандартизация».
12. Сколько и какие методы стандартизации применяются в медицинской статистике?
13. Охарактеризуйте прямой метод стандартизации.
14. Когда применяется косвенный метод стандартизации? Охарактеризуйте данный метод.

15. Дать характеристику коэффициента корреляции гинекологической заболеваемости в зависимости от возраста:

Возраст (лет)	Заболеваемость в ‰	Коэффициент корреляции
10	0,8	0,1
15	2,7	0,25
25	18,3	0,75
35	23,0	0,85
45	18,7	0,76
55	7,6	0,45

16. Охарактеризуйте заболеваемость гепатитом в цехе А и цехе Б по фактическому и «ожидаемому» числу больных в группе стандарта:

Пол	Цех А		Цех Б		Стандарт (сумма работающих в цехе А и Б)	«Ожидаемое» число больных в группе стандарта	
	Число рабочих	Из них больных	Число ра- бочих	Из них больных		Цех А	Цех Б
Муж	50	1	170	4	220	4,4	5,06
Жен	200	10	30	3	230	11,5	23,0
Итого	250	11	200	7	450	15,9	28,06

17. В каких случаях используется обратный метод стандартизации? Какие этапы расчета стандартизованных показателей включает данный метод?

18. В чем проявляется значение использования методов стандартизации несмотря на то, что они условны?

Глава 18. Графическое изображение в статистике.

Для наглядного представления различных статистических величин, а также для их анализа широко используются графические изображения.

Графиками в статистике называются условные изображения числовых величин и их соотношений в виде различных геометрических образов - точек, линий, плоских фигур, объемных изображений и т. д.

Графические изображения могут быть построены как по абсолютным, так и по относительным величинам. В статистике различают графики: аналитические (взаимосвязи, сравнения) и изобразительные.

График взаимосвязи показывает полноту и форму зависимости между явлениями. Классическая форма графика взаимосвязи – график корреляционного поля (рис. 6), дающий общее представление о наличии и характере зависимости между явлениями.

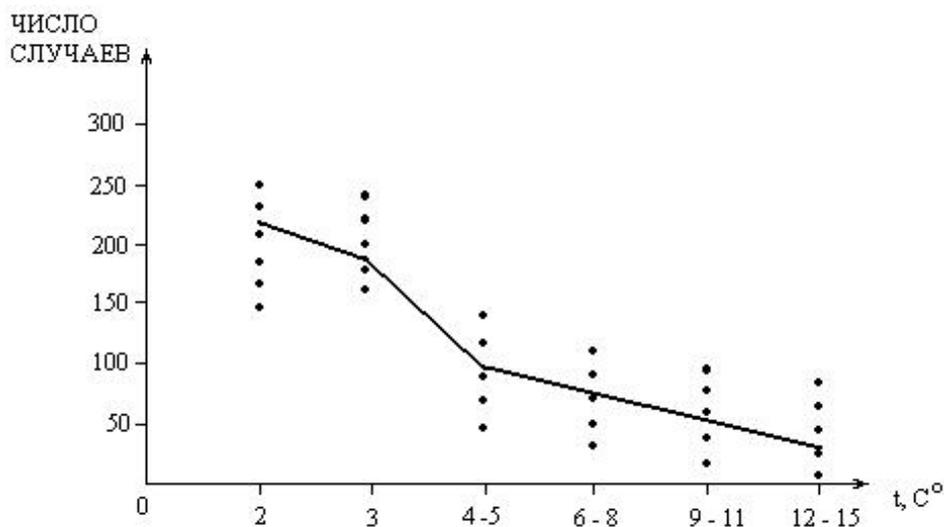


Рис. 6. Зависимость числа заболеваний бронхитом от температуры воздуха.

Как видно из рисунка, между температурой воздуха и числом случаев бронхита существует корреляционная связь. При этом с повышением температуры воздуха число бронхитов уменьшается.

Графики корреляции (сравнения) дают представление не только о наличии, но и о направлении связи. Если точки по полю графика распределены равномерно, то связи нет. Если они группируются по одной из диагоналей, когда точки расположены от левого нижнего угла к правому верхнему – существует прямая связь; когда точки распложены от левого верхнего угла к правому нижнему - связь называется обратной.

При применении графического метода важно знать, что содержание каждого показателя должно строго соответствовать виду графического изображения.

Статистические графики делятся по следующим признакам: способу построения, характеру графического образа, назначению (содержанию).

По способу построения графики делятся на: диаграммы, картограммы и картодиаграммы.

По характеру графического образа графики бывают: точечные, линейные, плоскостные (столбиковые, полосовые или ленточные, квадратные, круговые, секторные, фигурные) и объемные.

По назначению (содержанию) выделяют графики: различных относительных величин (структуры, динамики), сравнения в пространстве, размещения по территории, вариационных рядов, взаимосвязанных показателей.

В то же время возможны комбинации этих графиков.

В медицинской статистике принято выделять виды графических изображений и виды диаграмм.

Виды графических изображений: диаграммы, картограммы и картодиаграммы.

Диаграммой называется изображение статистических данных в виде точек, линий, плоскостей и фигур.

Диаграммы бывают:

- 1) линейные (арифметические, полулогарифмические, полигон, гистограмма и радиальные);
- 2) плоскостные (столбиковые, внутри столбиковые, ленточные, секторные и круговые);
- 3) объемные (параллелепипед, куб, шар);
- 4) фигурные (койки, люди и т.д.)

Картограммами называются статистические данные изображенные на географической карте.

Картодиаграммы – это статистические данные, изображенные в виде диаграммы на географической карте.

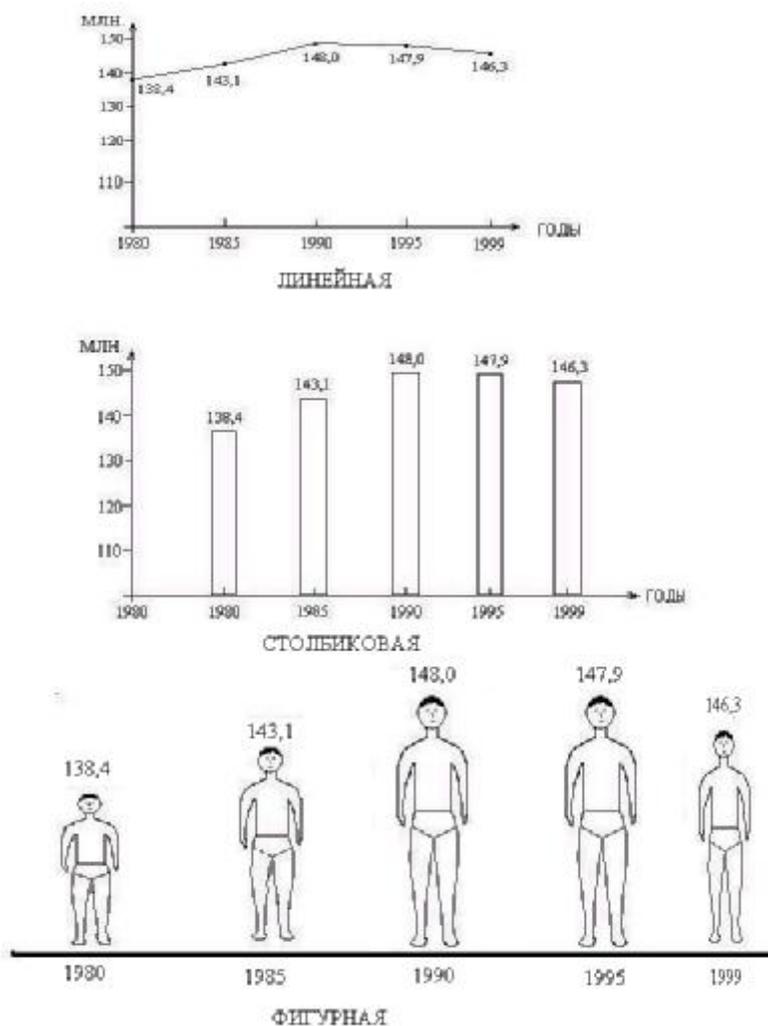


Рис. 7. Численность населения РФ за период с 1980 по 1999 годы.

Вид графического изображения выбирается в зависимости от статистической величины.

Абсолютные величины, характеризующие статику явления можно изобразить в виде:

- 1) диаграмм – плоскостной, столбиковой, объемной, фигурной (рис. 7);
- 2) картограмм;

3) картодиаграмм.

Относительные величины (экстенсивный, интенсивный показатели, показатель соотношения и наглядности) характеризуют распределение признаков в совокупности и их сравнение в ходе анализа. Графически они могут быть изображены следующим образом (рис. 8):

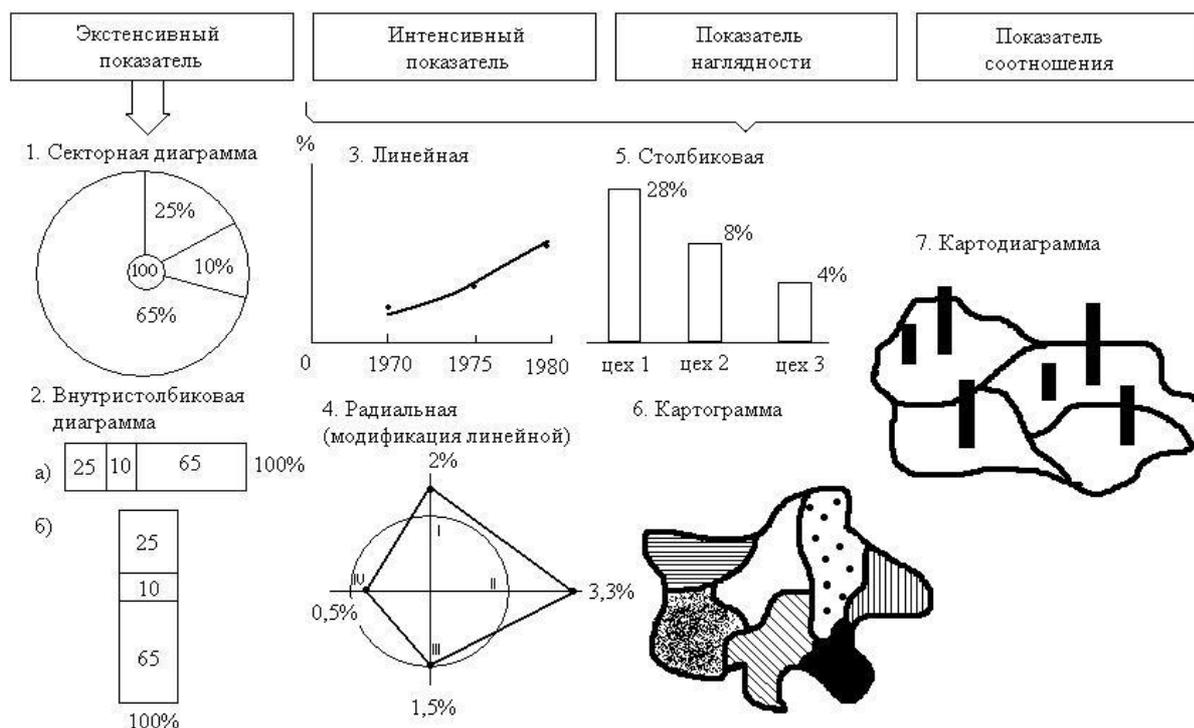


Рис. 8. Виды графического изображения относительных величин

1) экстенсивные показатели, характеризующие структуру явления, изображаются в виде плоскостных диаграмм (секторной или внутривертикальной);

2) интенсивные показатели, характеризующие частоту явления, изображаются в виде диаграмм (линейной, плоскостной столбиковой или ленточной, объемной, фигурной);

3) показатели соотношения, характеризующие отношение между двумя самостоятельными совокупностями, представляют в виде тех же графических изображений, что и интенсивные показатели;

4) показатели наглядности, получающиеся из отношения ряда сравниваемых величин к одной из них, принятой за 100, графически изображаются так же, как интенсивные показатели.

При выборе графического изображения следует иметь в виду, что оно должно строго соответствовать сущности изображаемых показателей. Любой график включает следующие элементы: графический образ, показывающий размер изображаемого явления или процесса, масштабы и масштабные шкалы, указание единиц измерения, пояснение условных обозначений в окраске, штриховке, расположении фигур, линий.

Правила построения диаграмм, применяемых в медицинской статистике.

Линейная диаграмма изображает статистические величины в динамике, строится по системе координат: на горизонтальной оси (абсцисс) откладываются отрезки времени, а на вертикальной оси (ординат) – числовые значения наблюдаемых явлений. Начальные цифры отсчета ставятся в точке пересечения осей. Значения статистических величин наносятся в виде точек на систему координат и соединяются линиями.

При построении линейной диаграммы необходимо учитывать пропорции в масштабе между величиной оси абсцисс (X) и ординат (Y). При соотношении $x/y = 4/3$ не будет искажения кривой. При соотношении $x/y = 1/3$ кривая будет сильно сжата, а при соотношении $x/y = 3/1$ кривая будет чрезмерно растянута. И в том, и в другом случае по такому графику будет трудно правильно оценить динамику явления (рис. 9).

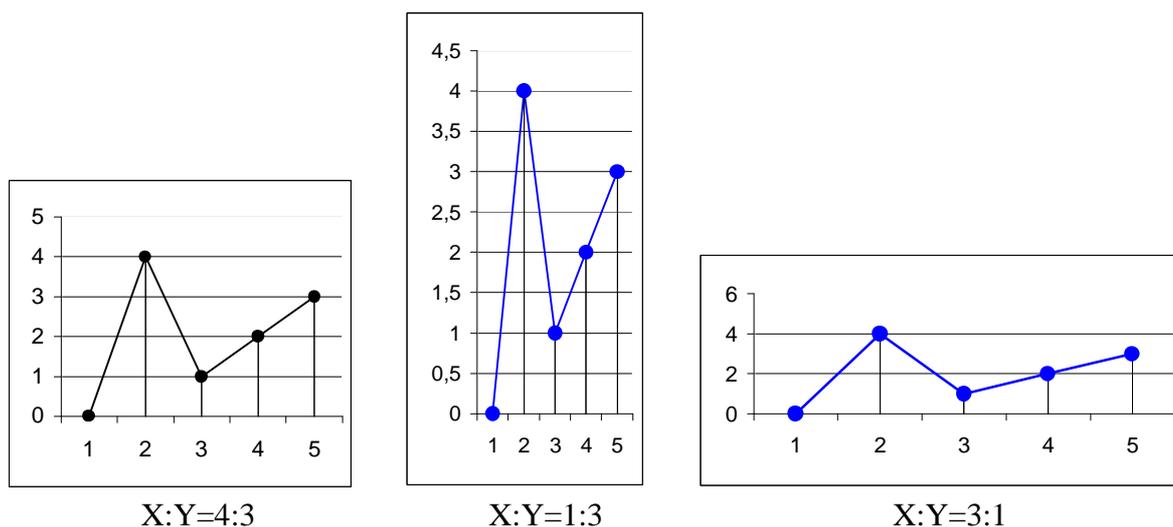


Рис. 9. Виды линейных диаграмм при различных соотношениях масштабов координат.

Разновидностью линейной диаграммы является *радиальная диаграмма*. Она изображает явления, имеющие сезонный, циклический характер (год, месяц, неделя, сутки), и строится на полярных координатах. При построении радиальной диаграммы в качестве оси абсцисс используется окружность, которая делится на одинаковое число частей соответственно отрезкам времени. Осью ординат служит радиус окружности или его продолжение. За радиус окружности обычно берется средняя величина анализируемого явления. Количество радиусов соответствует числу интервалов изучаемого периода. На каждом радиусе делается пометка, соответствующая интервалу времени и откладываются в соответствующем масштабе показатели. Конечные точки соединяются, получается многоугольник, наглядно показывающий динамику явления.

Секторная диаграмма применяется для характеристики экстенсивных показателей (структуры явления). Вся окружность принимается за 100% (если экстенсивные показатели выражены в процентах), при этом 1% соответствует $3,6^0$ окружности. Затем $3,6^0$ умножаем на число процентов каждого показателя

и получаем размер каждого сектора в градусах. Найденные точки окружности соединяем с центром круга, получаем сектора, которые изображают составные части изучаемого явления. Начало маркировки радиусов принято начинать с радиуса, соответствующего 12 часам циферблата и продолжать по движению часовой стрелки.

Вместо секторной диаграммы можно использовать *внутристолбиковую диаграмму*, которая также отображает структуру явления. Она показывает соответствие частей целого или удельного веса элемента столбика, общий размер которого принят за 100% (общая высота столбика), а его части выражают доли (в процентах) статистической совокупности.

Столбиковая диаграмма применяется для иллюстрации однородных, но не связанных между собой интенсивных показателей. Столбиковые диаграммы отображают статику явления. Высота столбиков должна соответствовать величине изображаемых показателей с учетом масштаба. Ширина столбиков, а также расстояние между ними могут быть хоть и произвольными, но одинаковыми.

Ленточная диаграмма (разновидность столбиковой) применяется для иллюстрации частоты явления, изменяющегося во времени. Она как бы символизирует непрерывность наблюдения и обычно употребляется для изображения динамики явления.

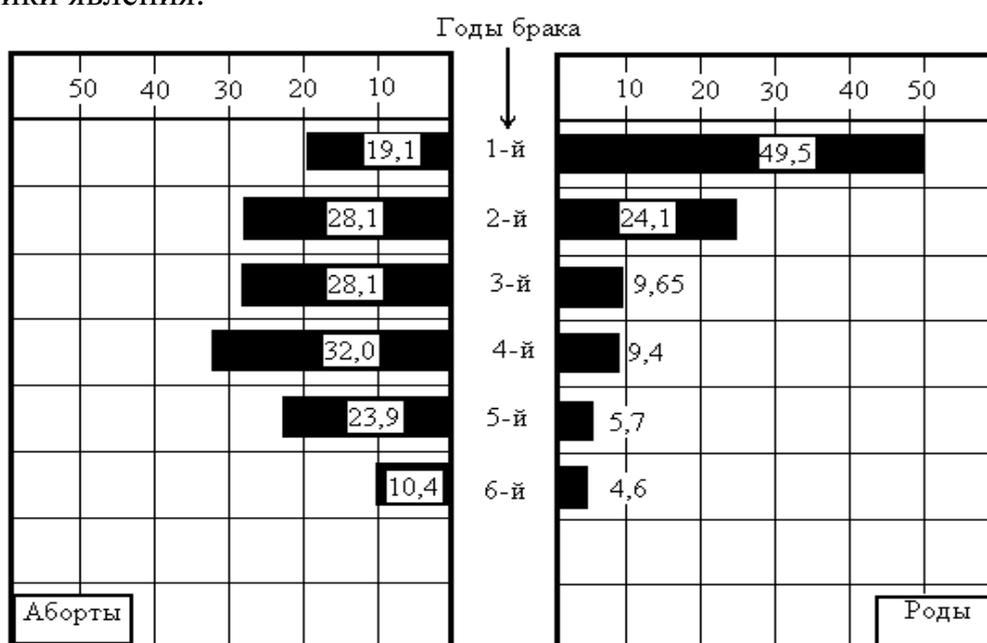


Рис. 10. Частота случаев родов и абортов по годам брака (на 100 женщин).

Ленточная диаграмма изображает размеры статистической величины в форме горизонтально расположенных полос одинаковой ширины, но разной длины, пропорционально изображенным величинам. Начало полос должно находиться на одной и той же вертикальной линии. Полосы, расположенные по обе стороны от центральной вертикальной линии, образуют *пирамидальную*

диаграмму: например, при изображении возрастно-половой структуры населения, смертности мужчин и женщин и т.д. (рис. 10).

Фигурные диаграммы (или объемные) изображают статистические данные в виде так называемых масштаб-фигур. Например, рост числа коек, рост численности населения – в виде человеческих фигур (рис. 7).

Гистограмма распределения – одна из форм графического изображения вариационного ряда. На оси абсцисс откладывается размер признака варианты. Образованные над интервалами столбики пропорциональны высоте частоты значений признака в каждом интервале. При неравных интервалах высота столбиков должна быть пропорциональна плотности распределения признака в соответствующем интервале.

Картограмма – это изображение статистических величин на географической карте или схеме карты, отдельные территории которой заштрихованы с различной интенсивностью, соответственно уровню интенсивного показателя (заболеваемости, смертности, рождаемости; обеспеченность койками, врачами и т.д.). Для построения картограммы необходима географическая карта или ее схема с четко обозначенными контурами границ административных территорий (районы, области, республики, государства). Каждой группе показателей необходимо дать условную штриховку или цвет. При этом необходимо соблюдать степень интенсивности штриховки или окраски – от низких показателей к высоким.

Картодиаграмма представляет собой сочетание географической карты или ее схемы с различными видами диаграмм (чаще всего столбиковой), причем столбики различной величины (соответственно показателю) наносятся на карту и ставятся на той территории, которую они представляют.

Таким образом, применение графического метода в статистическом исследовании не только делает изучаемые показатели более наглядными, доступными для понимания, но и дает возможность сразу оценить характер, изучаемого явления, присущие ему закономерности, тенденции развития, взаимосвязь его показателей. Именно поэтому каждый медицинский работник должен владеть данным методом, несмотря на широкое внедрение в последнее время компьютерной графики.

Контрольные вопросы.

1. Дайте определение понятия «графики в статистике».
2. Какими величинами пользуются при построении графиков? Какие виды графиков используются в статистике?
3. Что такое график взаимосвязи?
4. По каким признакам делятся статистические графики?
5. Что такое виды графических изображений? Что называется диаграммой? Какие виды диаграмм вы знаете?

6. Что такое картограмма и картодиаграмма? Какого принципа необходимо придерживаться при выборе вида графического изображения?
7. В каком графическом виде чаще всего изображаются абсолютные величины?
8. Как графически изображаются экстенсивные и интенсивные показатели?
9. Какими графическими изображениями характеризуются показатели соотношения и наглядности?
10. Какие элементы включает в себя любой график?
11. Правила построения линейной диаграммы.
12. Что такое радиальная диаграмма? Правила ее построения.
13. Как строится секторная диаграмма?
14. Какой аналог секторной диаграммы вы знаете? Применение столбиковой диаграммы в статистике.
15. Ленточная диаграмма как разновидность столбиковой.
16. Объемные диаграммы и их применение.
17. Определение и правило построения гистограммы.
18. Правила построения картограммы и картодиаграммы.

Глава 19. Медицинская демография. Медико-социальные аспекты демографических процессов.

МЕДИЦИНСКАЯ ДЕМОГРАФИЯ. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

Цели

Студент должен

Знать:

- *определение медицинской демографии, ее основные разделы и показатели;*
- *источники медико-демографической информации и роль врачей в ее сборе и анализе;*
- *основные тенденции медико-демографических процессов и факторы, их определяющие.*

Уметь:

- *рассчитывать, оценивать и интерпретировать медико-демографические показатели;*
- *использовать полученную медико-демографическую информацию при анализе других показателей общественного здоровья, оценке деятельности учреждений здравоохранения, планировании медицинской помощи и при обучении на профильных кафедрах.*

Планирование различных сфер жизнедеятельности человека требует глубоких знаний количественного и качественного составов населения с обязательным использованием методов демографической статистики.

Демография – наука о населении в его общественном развитии, которая исследует закономерности явлений и процессов, происходящих в структуре, размещении и динамике народонаселения.

Под народонаселением понимается совокупность людей, объединенных общностью проживания в пределах той или иной страны или части ее территории (области, края, района, города), группы стран, всего мира.

В **задачи демографии** входит изучение территориального размещения населения, анализ тенденций и процессов, происходящих среди населения в связи с их социально-экономическими условиями жизни, существующими традициями, экологическими, медицинскими, правовыми и другими факторами.

Оптимизация демографических процессов, это не только достижение определенных параметров численности населения, ее структуры, но и обеспечение более высокого уровня здоровья населения. Решением этой проблемы занимается **медицинская демография** — научная область общей демографии, изучающая взаимосвязь демографических процессов воспроизводства населения с позиций медицины и здравоохранения и разрабатывающая на этой основе медико-социальные меры по обеспечению наиболее благоприятных показателей здоровья населения (общественного здоровья).

Статистическое изучение народонаселения состоит из двух основных разделов:

- 1) статистики населения;
- 2) динамики населения.

Статика населения – это численный состав населения на каждый данный (определенный) момент времени. Изучение статистики проводится по ряду основных признаков: пол, возраст, социальное положение, профессия, занятие, семейное положение, национальность, язык, грамотность, образование, место жительства, географическое размещение и плотность населения.

Основным источником сведений о численном составе населения и его территориальном размещении служат *переписи населения*. Одна из первых известных попыток учета населения была проведена в Китае в 238 году до н.э. Первая перепись, отвечающая научным принципам учета населения (однодневная и поименная), была проведена в Бельгии в 1846 году. На Руси с 1718 года, до введения всеобщей переписи населения, проводился похозяйственный учет (по «домам», по «дворам», по «сохам») в целях рационального налогообложения. Первая всеобщая перепись населения в России была проведена в 1897 году. Программа данной переписи содержала 14 вопросов. На протяжении прошлого XX столетия в нашей стране прошло восемь всеобщих переписей: в 1920, 1926, 1937, 1959, 1970, 1979 и в 1989 годах. Первая перепись населения в XXI веке на территории Российской Федерации проведена в 2002 году.

Наряду со сплошным учетом населения (всеобщей переписи) осуществляются *выборочные социально-демографические обследования*, которые позво-

ляют проследить изменения в составе населения страны в межпереписной период. Выборочные социально-демографические обследования являются ценным источником информации для перспективного планирования экономического и социального развития, изучения состояния здоровья населения и планирования различных служб здравоохранения.

Текущая оценка численности населения в годы между переписями производится на основании итогов последней переписи населения, к которым ежегодно добавляются числа родившихся и прибывших на данную территорию, с вычетом числа умерших и выбывших с данной территории. Текущие оценки численности населения уточняются на основании итогов очередной переписи.

При проведении переписи определяется как наличное население (что особенно важно для населенных пунктов со значительными миграционными процессами), так и постоянное население (которое характеризует возрастно-половой состав):

$$\text{Постоянное население} = \text{наличное население} + \text{временное отсутствующее} - \text{временное проживающее}$$

$$\text{Наличное население} = \text{постоянное население} - \text{временное отсутствующее} + \text{временное проживающее}$$

Кроме того, рассчитывается средняя численность населения:

$$\text{Средняя численность населения} = \frac{\text{численность на начало года (периода)} + \text{численность на конец года (периода)}}{2}$$

Данная оценка численности населения используется при расчетах показателей воспроизводства населения.

Анализ соотношения населения по полу и возрасту проводится при помощи возрастной группировки. *Возрастная группировка населения* – это распределение населения с одногодичным возрастным интервалом или по возрастным группам.

Возрастная группировка с одногодичным интервалом дает возможность получить численность любых возрастных групп населения, что особенно важно для амбулаторно-поликлинической службы, т.к. численность, возрастно-половой состав населения лежит в основе организации первичной медико-социальной помощи по улучшению патронажной и диспансерной работы врача как среди детей и подростков, так и среди трудоспособного населения и лиц пенсионного возраста.

Группировка по возрасту для общих целей имеет три варианта:

1) до одного года; 1-4 года; 5-9 лет; 10-14 лет и т.д. по пятилетиям до 84 лет; 85 лет и старше;

2) до 1 года; 1-4 года; 5-14 лет; 15-24 года; 25-34 года; 35-44 года; 45-54 года; 55-64 года; 65-74 года; 75 лет и старше;

3) до 1 года; 1-14 лет; 15-44 года; 45-64 года; 65 лет и старше.

Для специальной статистики детской смертности используются также 3 варианта возрастных группировок:

1) по дням в течение первой недели жизни – до 24 ч.; 1, 2, 3, 4, 5, 6, дней; 7-13 дней; 14-20 дней; 21-27 дней; 28 дней-1 месяц 29 дней; 2 месяца, 3 месяца, 4 месяца, 5 месяцев и т.д. до 1 года;

2) до 24 час.; 1-6 дней; 7-27 дней; 28 дней-2 месяца 29 дней; 3-5 месяцев; от 6 мес. до 1 года;

3) до 7 дней; 7-27 дней; от 28 дней до 1 года.

Для статистики ранней неонатальной смертности существуют два варианта группировок:

1) до 1 часа; 1-11 часов; 12-23 часа; 24-47 часов; 48-71 час; 72-167 часов;

2) до 1 часа; 1-23 часа; 24-167 часов.

Для статистики перинатальной смертности рекомендуется группировка:

до 28 недель (196 дней); 28-31 неделя (197–223 дня); 32-36 недель (224–258 дней); 37–41 неделя (259–293 дня); 42 недели и более (294 дня и более).

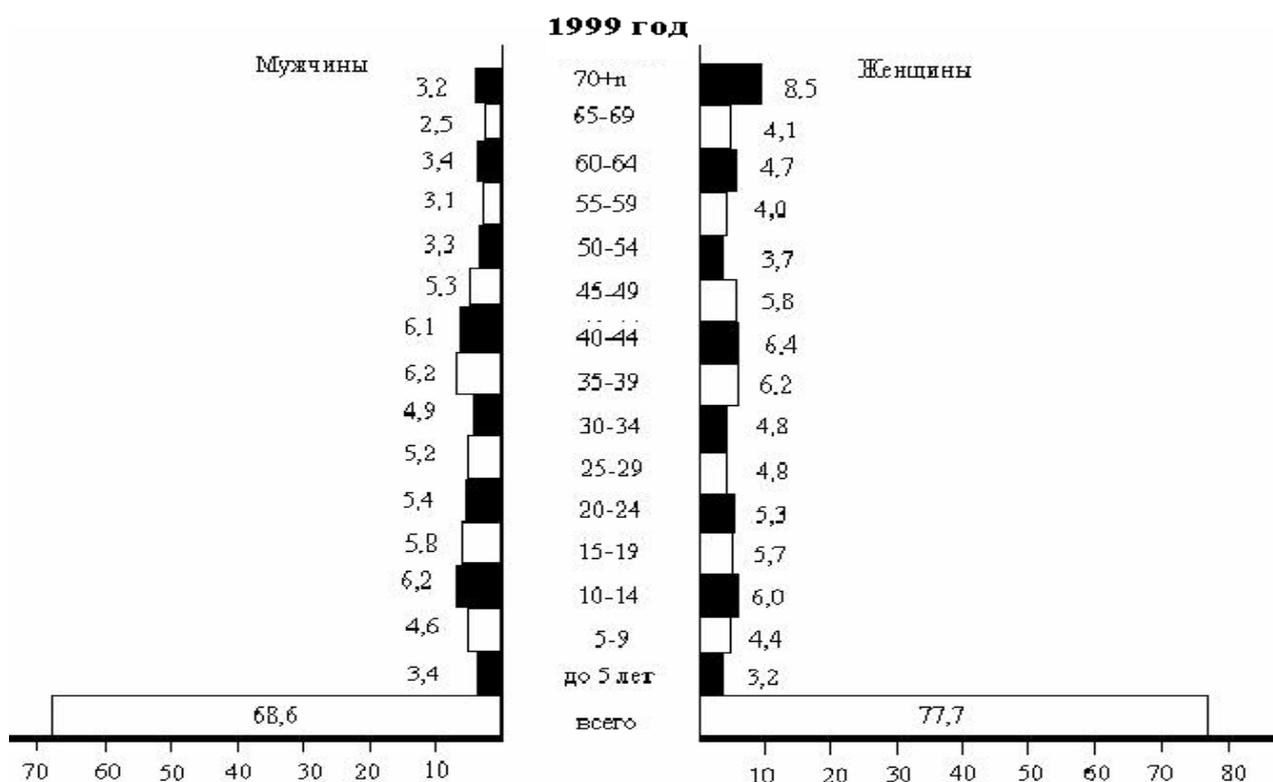


Рис. 11. Возрастно-половой состав населения РФ.

Возрастно-половая структура определяется отношением отдельных возрастных (половых) групп к общей численности населения, что можно выразить графически (рис.11) или в виде экстенсивных показателей (табл. 25).

Возраст населения, лет	Все население						Городское население						Сельское население					
	всего		муж		жен		всего		муж		жен		всего		муж		жен	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Все население	146,3	100	68,6	46,9	77,7	53,11	106,9	73,0	49,8	46,6	57,0	53,42	39,5	27	18,8	47,6	20,7	52,4
До 5 лет	6,6	4,5	3,4	4,96	3,2	4,66	4,5	4,2	2,3	4,6	2,2	3,86	2,1	5,3	1,1	5,85	1,0	4,8
5-9	9,0	6,15	4,6	6,7	4,4	6,4	6,1	5,7	3,1	6,2	3,0	5,26	2,9	7,3	1,5	7,98	1,4	6,76
10-14	12,2	8,34	6,2	9,0	6,0	8,75	8,5	7,95	4,4	8,8	4,2	7,37	3,7	9,37	1,9	10,1	1,8	8,7
15-19	11,5	7,86	5,8	8,45	5,7	8,3	8,4	7,85	4,2	8,43	4,2	7,37	3,2	8,1	1,6	8,5	1,5	7,25
20-24	10,7	7,3	5,4	7,87	5,3	7,72	8,0	7,5	4,0	8,0	4,0	7,0	2,7	6,8	1,4	7,5	1,3	6,3
25-29	10,1	6,9	5,2	7,58	4,8	7,0	7,8	7,3	4,1	8,23	3,7	6,5	2,3	5,8	1,2	6,4	1,1	5,3
30-34	9,7	6,63	4,9	7,14	4,8	7,0	7,1	6,64	3,6	7,23	3,6	6,3	2,5	6,33	1,3	6,9	1,2	5,8
35-39	12,4	8,47	6,2	9,0	6,2	9,0	9,2	8,6	4,5	9,0	4,7	8,24	3,2	8,1	1,7	9,0	1,5	7,25
40-44	12,5	8,54	6,1	8,9	6,4	9,33	9,4	8,8	4,5	9,0	4,9	8,6	3,1	7,85	1,6	8,5	1,5	7,25
45-49	11,1	7,6	5,3	7,6	5,8	8,45	8,6	8,0	4,0	8,0	4,6	8,1	2,5	6,33	1,3	6,9	1,2	5,8
50-54	7,0	4,78	3,3	4,8	3,7	5,4	5,6	5,24	2,6	5,22	3,0	5,26	1,4	3,54	0,7	3,7	0,7	3,4
55-59	7,1	4,85	3,1	4,5	4,0	5,8	5,2	4,86	2,3	4,62	3,0	5,26	1,9	4,8	0,8	4,25	1,0	4,8
60-64	8,1	5,53	3,4	4,96	4,7	6,85	5,8	5,4	2,4	4,82	3,4	5,96	2,3	5,8	1,0	5,3	1,3	6,3
65-69	6,6	4,5	2,5	3,64	4,1	5,97	4,5	4,2	1,7	3,4	2,8	4,9	2,1	5,3	0,8	4,25	1,3	6,3
70 и старше	11,7	8,0	3,2	4,66	8,5	12,4	8,0	7,5	2,2	4,42	5,8	10,2	3,7	9,37	1,0	5,3	2,8	13,5
Моложе трудоспособного возраста	30,3	20,73	15,5	51,15	14,8	48,85	21,0	69,3	10,7	50,95	10,2	49,05	9,4	31,0	4,8	51,0	4,6	49,0
Трудоспособный возраст (муж 16-59 лет; жен (16-54 года)	85,5	58,44	44,0	51,46	41,5	48,54	64,6	75,55	32,8	50,77	31,8	49,23	20,9	24,45	11,2	53,59	9,7	46,41
Старше рудоспособного возраста (муж 60 лет и старше; жен 55 лет и старше)	30,4	20,83	9,1	29,93	21,3	70,07	21,3	70,0	6,3	29,57	15,0	70,43	9,1	30,0	2,8	30,77	6,4	69,23

Возрастно-половой состав имеет особое значение для характеристики состояния здоровья и воспроизводства населения. Преобладание тех или других возрастно-половых групп в структуре населения определяет уровень смертности, рождаемости, причины смерти, удельный вес лиц трудоспособного и нетрудоспособного возраста, среднюю продолжительность жизни.

По возрастному составу различают прогрессивный, регрессивный и стационарный типы населения.

Прогрессивным считается тип населения, в котором доля детей в возрасте от 0 до 14 лет включительно превышает долю населения в возрасте от 60 лет и старше.

Регрессивным типом принято считать население, в котором доля лиц в возрасте 60 лет и старше, превышает долю детского населения.

Стационарным называется тип, при котором доля лиц в возрасте от 0 до 14 лет включительно равна доле лиц в возрасте 60 лет и старше.

Прогрессивный тип народонаселения обеспечивает дальнейшее увеличение численности населения; регрессивный тип, наоборот, характеризует снижение воспроизводства населения, его «постарение» и, как результат этого, возникновение угрозы вымирания нации.

Равновесие молодой и старческой группы в составе населения оценивается как стабильное воспроизводство народонаселения.

В настоящее время в России отмечается регрессивный тип населения. Более того, начиная с 1980 года, в возрастной структуре населения России удельный вес лиц в возрасте 60 лет и старше составляет 20%, что намного превышает международный норматив, определяющий демографически старый тип населения (12%).

Показатели, характеризующие статику населения, имеют большое значение в работе практического здравоохранения. Они необходимы для:

- 1) расчета показателей естественного движения населения;
- 2) планирования всей системы здравоохранения;
- 3) расчета потребности в амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, как общей, так и специализированной;
- 4) определения необходимого количества средств, выделяемых бюджетом на здравоохранение;
- 5) расчета количественных показателей, характеризующих деятельность органов и учреждений здравоохранения;
- 6) организации противоэпидемической работы.

Следовательно, экономическая роль изучаемого региона, его санитарно-демографическая ситуация, степень обеспеченности медицинскими кадрами, общей и специализированной сетью, качество их работы определяют социальную, медицинскую и экономическую эффективность здравоохранения. Исходя из этого, не говоря уже о всей системе здравоохранения, каждое амбулаторно-поликлиническое учреждение должно иметь четкое представление о численности и составе населения в районе своей деятельности.

Движение населения (переезды, рождения, смерти, и т.д.) изменяет численность населения, его возрастно-половой и национальный состав, долю занятого населения, брачность и пр. Поэтому показатели, характеризующие статику населения, необходимы для вычисления показателей естественного движения населения, к которому относится и механическое движение или миграция.

Миграция (с латинского – перехожу, переселяюсь) - это перемещение людей, связанное, как правило, со сменой места жительства.

Миграция подразделяется: на безвозвратную, т.е. с постоянной сменой места жительства; временную – переселение на достаточно длительный, но ограниченный срок; сезонную – перемещение в определенные периоды года; маятниковую – регулярные поездки к месту работы или учебы за пределы своего населенного пункта.

Кроме того, различают *внешнюю миграцию*, т.е. миграцию за пределы своей страны, и *внутреннюю миграцию* – перемещение внутри страны.

К внешней миграции относится **эмиграция** – т.е. выезд граждан из своей страны в другую на постоянное жительство, и **иммиграция** – въезд граждан из другой страны в данную.

К внутренней миграции относятся межрайонные переселения, а также переселение жителей из села в город и наоборот. Переселения физических лиц в пределах данного городского поселения или между сельскими населенными пунктами в пределах административного района не входят в понятие миграции.

Для оценки миграционных процессов рассчитывается ряд показателей, основанных на данных, поступающих от органов внутренних дел. Основным документом учета миграции населения является талон статистического учета прибытия и убытия, который составляется одновременно с адресным листком при прописке и выписке физического лица.

Наиболее часто используются следующие показатели (на 1000 населения):

$$\text{число прибывших (выбывших)} = \frac{\text{число лиц, въехавших (выехавших)} \\ \text{на административную территорию}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

$$\text{Миграционный прирост} = \text{число прибывших} - \text{число выбывших}$$

$$\text{Коэф. эффективности миграции} = \frac{\text{миграционный прирост}}{\text{сумма прибывших и выбывших}} \times 100\%$$

Изучение и анализ миграционных процессов имеет существенное значение для органов практического здравоохранения в виду того, что:

1) процесс урбанизации изменяет экологическую обстановку, требует пересмотра плановых нормативов медицинской помощи, изменения сети медицинских учреждений, изменяет структуру заболеваемости и смертности населения, влияет на эпидемическую обстановку региона, ведет к росту внебрачной рождаемости;

2) маятниковая миграция увеличивает число контактов, способствующих распространению инфекционных заболеваний, ведет к росту стрессовых ситуаций, травматизма;

3) сезонная миграция ведет к неравномерной сезонной нагрузке учреждений здравоохранения, влияет на показатели здоровья населения;

4) показатели здоровья мигрантов существенно отличаются от показателей здоровья коренного населения.

Несмотря на значимость показателей статистики населения, в оценке здоровья более существенное значение имеют показатели, характеризующие *естественное движение населения*, под которым понимается изменение численности населения данной территории в результате взаимодействия непосредственных демографических явлений – рождаемости и смертности.

Рождаемость – это процесс возобновления новых поколений, в основе которого лежат биологические факторы, влияющие на способность организма к воспроизводству потомства (оплодотворение, зачатие, вынашивание плода). Говоря о рождаемости в человеческом обществе, следует помнить, что она детерминирована не только биологическими, но и социально-экономическими процессами, условиями жизни, быта, традициями, религиозными установками и другими факторами. Например, браки и разводы, не имея непосредственного отношения к оценке здоровья населения, относятся к показателям естественного движения населения. Так уровень брачности непосредственно связан с процессами рождаемости, а уровень разводов влияет на показатель брачности.

Для определения интенсивности процесса рождения пользуются показателями рождаемости:

$$\text{Общий коэф. рождаемости} = \frac{\text{общее число родившихся за год живыми}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

Однако общий коэффициент рождаемости не дает исчерпывающего представления об интенсивности процесса, он пригоден лишь для приблизительной характеристики явления. Так, при высокой смертности детей в возрасте до 5 лет высокий уровень рождаемости приобретает характер «бесполезной» рождаемости (например, если общий коэффициент рождаемости в 1913 году в России был равен 45,5‰, то коэффициент «полезной» или «эффективной» рождаемости равнялся 25,9‰).

Для углубленной характеристики рождаемости необходимо знать показатели общей и брачной повозрастной плодовитости. При определении общего коэффициента плодовитости, в отличие от коэффициента рождаемости, в знаменателе берется не общая численность населения, а численность женщин детородного возраста 15–49 лет. Число рождений до и после этого возрастного интервала незначительно и им можно пренебречь.

$$\text{Общий коэф. плодовитости} = \frac{\text{общее число родившихся за год живыми}}{\text{средняя численность женщин 15–49 лет}} \times 1000$$

Повозрастные показатели плодovitости определяются отношением числа родившихся детей у женщин в возрасте 15-19; 20-24; 25-29; 30-34; 35-39; 40-44; 45-49 лет на 1000 женщин соответствующего возраста.

$$\text{Повозрастной показатель плодovitости} = \frac{\text{число родившихся живыми у женщин соответствующего возраста}}{\text{средняя численность женщин соответствующего возраста}} \times 1000$$

Кроме того, в статистике рождаемости рассчитывается суммарный коэффициент рождаемости, который показывает, сколько в среднем детей родила бы одна женщина на протяжении всей жизни при сохранении в каждом возрасте существующего уровня рождаемости. Этот показатель не зависит от возрастного состава населения и характеризует средний уровень рождаемости в данный календарный период. Суммарный коэффициент рождаемости вычисляется как сумма возрастных коэффициентов рождаемости, рассчитанных по одногодичным возрастным группам.

Показатели рождаемости являются не только демографическими, но и важнейшими медико-социальными критериями жизнеспособности и воспроизводства населения. Статистикой определена величина среднего уровня рождаемости в пределах от 15 до 25‰. При величине данного показателя ниже 15‰ - рождаемость оценивается как низкий уровень, а при величине показателя выше 25 ‰ - как высокий уровень.

Таблица 26

Динамика показателей рождаемости по России в 1987-2000 годах
(по данным Госкомстата)

Год	Показатель рождаемости на 1000 человек населения	Год	Показатель рождаемости на 1000 человек населения
1987	17,1	1994	9,6
1988	16,0	1995	9,3
1989	14,6	1996	8,9
1990	13,4	1997	8,6
1991	12,1	1998	8,8
1992	10,8	1999	8,3
1993	9,4	2000	8,7

Динамика показателя рождаемости в России свидетельствует, что за период прошедшего столетия пройден путь от нерегулируемой рождаемости в начале века до внутрисемейного регулирования числа рождений во второй половине 20 века. Так, если в 1900 году показатель рождаемости составлял 49,5‰, то в 1913 году он снизился до 45,5‰, а к 1940 году – сократился до 31,2‰. Но наиболее интенсивное снижение показателя рождаемости отмечалось после 1945 года. Так, в 1969 году рождаемость в России составляла 17‰, в 1989 году – 14,6‰, а концу 90-х годов рождаемость по стране достигла критических пределов и в 1999 году составляла всего 8,3‰ (табл. 26).

**Показатели рождаемости по Центрально-Черноземному региону РФ
в 1995-2000 годах (по данным Госкомстата)**

Год	Показатель рождаемости на 1000 человек населения				
	Курская область	Белгородская область	Воронежская область	Липецкая область	Тамбовская область
1995	8,5	9,4	8,3	8,4	8,4
1996	8,4	8,8	7,9	7,9	8,0
1997	7,9	8,1	7,4	7,6	7,5
1998	8,0	8,0	7,4	7,8	7,6
1999	7,7	7,6	7,1	7,3	7,2
2000	8,0	8,1	7,6	7,8	7,7

Аналогичная тенденция снижения показателей рождаемости характерна и для Центрально-Черноземного региона (табл. 27). Более того, как свидетельствуют приведенные в таблице данные, в нашем регионе наблюдаются более низкие показатели рождаемости по сравнению с показателями по РФ.

Таким образом, оценка показателя рождаемости позволяет дать более подробную характеристику рождаемости на данной территории и содержит анализ величины показателя в динамике за ряд лет, сравнение существующего уровня рождаемости с аналогичными регионами. Кроме того, всесторонняя характеристика процесса рождаемости, содержащая анализ всех показателей, в связи с факторами и условиями, влияющими на их величину, даёт возможность разработать наиболее рациональную программу воздействия на оптимизацию рождаемости в стране.

Однако для оценки социального, демографического и медицинского благополучия той или иной территории необходимо учитывать не только показатели рождаемости, но и показатели смертности.

Смертность определяется как частота случаев смерти среди населения в определенном регионе в течение года на 1000 человек. Общее представление о частоте смертей даёт общий коэффициент смертности — отношение годового числа умерших к средней численности населения, умноженное на 1000:

$$\text{Показатель смертности} = \frac{\text{число умерших за год}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

Размеры смертности определяются интенсивным показателем. Уровень смертности до 9‰ считается низким, 9-15‰ — средним, свыше 15‰ — высоким.

Анализ динамики показателя общей смертности в России показывает, что с 1989 года этот показатель имеет устойчивую тенденцию к росту с 10,5‰ в 1987 году до 15,7‰ в 1994 году. И только последние пять лет, отмечается относительная стабилизация показателя в пределах 13,8-14,7‰ (табл. 28).

Динамика показателя смертности населения по России и Центрально - Черноземному району за 1994-2000 гг. (данные Госкомстата РФ)

Территория	Показатель смертности на 1000 человек						
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Российская Федерация	15,7	15,0	14,2	13,8	13,6	14,7	15,4
Центрально-Черноземный регион, в том числе:	17,1	16,3	15,9	15,9	15,7	16,8	17,2
Курская область	18,0	16,7	16,9	16,5	16,4	17,6	18,1
Белгородская область	15,5	14,8	14,5	14,6	14,3	15,1	15,5
Воронежская область	17,1	16,6	16,3	16,3	16,0	17,3	17,8
Липецкая область	16,8	16,1	15,2	15,1	14,9	15,9	16,4
Тамбовская область	18,3	17,3	16,8	16,8	16,5	18,2	18,4

Приведенные в таблице данные показывают, что среди жителей Центрально-Черноземного региона РФ показатель смертности, в отличие от рождаемости, выше чем в целом по России.

Однако, рост общего коэффициента смертности может свидетельствовать не столько о действительном росте смертности, сколько отражать рост удельного веса лиц пожилого возраста в возрастной структуре населения.

В этой связи, значительно более точными будут являться показатели смертности отдельных возрастно-половых групп населения, которые рассчитываются по формуле:

$$\text{Смертность лиц данного возраста и пола} = \frac{\text{число лиц данного пола, умерших в данном возрасте за год}}{\text{среднегодовая численность лиц данного возраста и пола}} \times 1000$$

Смертность в разных возрастах неодинакова: относительно высокая смертность отмечается на первом году жизни, с возрастом вероятность смерти ребенка уменьшается, но, начиная с 15 лет сначала медленно, а затем быстро происходит нарастание показателя смертности. Поэтому показатель смертности в целом зависит от возрастного состава населения: чем больше среди населения маленьких детей (особенно детей первого года жизни) и стариков (в возрасте после 80 лет), тем выше показатель смертности и наоборот. Уровень смертности мужчин во всех возрастных группах выше по сравнению с женщинами.

Наибольшая высота смертности в детском возрасте и особое значение её для характеристики здоровья населения вызвало необходимость выделить смертность в этом возрасте в особый показатель детской смертности, т.е. детей, умерших в возрасте до 5 лет жизни.

Как показывает анализ смертности детей в возрасте первых пяти лет жизни, наибольшее число умерших падает на первый год их жизни. А на первом году жизни, наибольшее число детей умирает на первом месяце жизни; в первом же месяце жизни — наибольшая смертность у детей в первую неделю жизни. В этой связи, в статистике детской смертности принято выделять ряд самостоятельных показателей:

1) *детскую смертность* — число умерших детей в период от рождения до достижения полных пяти лет на 1000 живорожденных (по России в 2000 году она составляла 20‰);

2) *младенческую смертность* — число умерших детей в период от рождения до достижения одного года на 1000 живорожденных (в 2000 году этот показатель по России был 15,3‰; по Центрально-Черноземному региону — 14,2‰, в т.ч. по областям: Курская — 16,4‰, Белгородская — 13,1‰, Воронежская — 13,3‰, Липецкая — 14,7‰, Тамбовская — 13,5‰);

3) *перинатальную смертность*, включающую в себя мертворождаемость плодом с 28 недель беременности и новорожденных, умерших в первые 7 дней (168 часов) жизни;

В свою очередь перинатальная смертность подразделяется на:

а) антенатальную — внутриутробную смертность (с 28 недель беременности до родов);

б) интранатальную — смертность в период родов;

в) постнатальную — смертность в первые 168 часов жизни;

4) *неонатальная смертность* — смертность в первые 4 недели жизни, которая включает в себя:

а) раннюю неонатальную — смертность в период от рождения до 168 часов жизни;

б) позднюю неонатальную — смертность на 2, 3, 4 неделях жизни;

5) *постнеонатальная смертность* — смертность с 29 дня жизни и до 1 года.

Необходимость разделения смертности детей до года жизни по возрастным группам (ранняя неонатальная, поздняя неонатальная, постнеонатальная) обусловлена как различием её причин в этих группах, так и разработкой мероприятий по профилактике и снижению младенческой смертности. Если основными причинами ранней неонатальной смертности является асфиксия, родовая травма, недоношенность, аномалии развития и другие состояния, связанные с патологией беременности, погрешностями родовспомогательной помощи и состоянием педиатрической (неонатологической) службы, то поздняя неонатальная и особенно постнеонатальная смертность вызвана инфекционно-воспалительной патологией, расстройствами питания, то есть погрешностями ухода и в различной мере зависит от лечебно-профилактической помощи детям.

Таким образом, общий коэффициент смертности мало пригоден для разработки и осуществления медико-социальных профилактических мер, направленных на снижение уровня смертности, что делает необходимым проведение изучения структуры причин смертности.

Анализ структуры причин смертности населения в России указывает на наличие пяти лидирующих заболеваний и поражений, формирующих 90% (а в Курской области — 95,7%) всех причин смерти взрослого населения (табл. 29).

Причины смертности взрослого населения, в %
(данные статистических материалов за 2000 год)

Территория	Сердечно-сосудистые заболевания	Несчастные случаи (травмы и отравления)	Злокачественные новообразования	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Всего в %
Российская Федерация	52,0	16,0	15,0	6,0	3,0	90,0
Курская область	66,1	9,0	11,2	6,9	2,5	95,7

Структура причин смертности детей в возрасте до 1 года (младенческая смертность) в 2000 году по России состояла из: состояния перинатального периода и врожденных аномалий – 64%, болезней органов дыхания – 12%, инфекционных и паразитарных болезней – 6,7%, травм и отравлений – 6,6%, что в сумме составило 89,7% всех причин смертности.

Основными причинами младенческой смертности в Курской области в 2000 году были патология перинатального периода – 47,6%, врожденные аномалии развития – 21,4%, болезни органов дыхания – 14,5%, что составило 83,5% всех причин смертности детей в возрасте до 1 года жизни.

Завершающим этапом в оценке воспроизводства населения является определение естественного прироста населения и расчет специальных показателей, в том числе средней продолжительности предстоящей жизни (СППЖ).

Естественный прирост населения служит наиболее общей характеристикой роста населения и рассчитывается в виде коэффициента естественного прироста населения как разность коэффициента рождаемости и смертности или из абсолютных чисел – как отношение разности родившихся и умерших к среднегодовой численности населения:

$$\text{Показатель естественного прироста} = \frac{\text{число родившихся} - \text{число умерших}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

Оценивать показатель естественного прироста населения необходимо с учетом показателей рождаемости и смертности, из которых он был получен, так как одни и те же размеры прироста могут быть получены при высоких и при низких показателях рождаемости и смертности. Например, рождаемость составляет 42 ‰, смертность - 29‰, прирост - 13‰. Или рождаемость - 24‰, смертность 11‰, а прирост - также 13‰. Поэтому целесообразно оценивать не самый показатель естественного прироста населения, а размеры показателей рождаемости и смертности и их соотношение (табл. 30).

Высокий естественный прирост может оцениваться как благоприятное явление только при низкой смертности. Низкий прирост при высокой смертности характеризует неблагоприятное положение с воспроизводством населения.

Низкий прирост при низкой смертности свидетельствует о низкой рождаемости, и поэтому его также нельзя рассматривать как положительное явление.

Таблица 30

Шкала ориентировочной оценки показателей естественного движения населения

Оценка показателей	Показатель на 1000 населения		Показатель младенческой смертности на 1000 родившихся живыми
	Рождаемость	Смертность	
Высокие	Свыше 25	Свыше 15	Свыше 50
Средние	15-25	9-15	30-50
Низкие	до 15	до 9	до 30

Отрицательный естественный прирост во всех случаях свидетельствует о явном неблагополучии.

В тоже время, для оценки характеристики воспроизводства населения, нельзя ограничиваться общим показателем естественного прироста, который характеризуется соотношением рождаемости и смертности в данный момент.

Общий показатель естественного прироста населения зависит от возрастного-полового состава населения.

В этой связи, чтобы исключить влияние возрастного-полового состава и определить, в какой мере живущее поколение воспроизводит себе смену, надо рассчитать *показатель суммарной плодовитости* – число детей, рожденных в среднем одной женщиной за весь плодovitый период ее жизни; *брутто-коэффициент*, или валовой показатель воспроизводства, показывающий число девочек, рожденных в среднем одной женщиной за весь плодovitый период жизни; *нетто-коэффициент*, или очищенный показатель воспроизводства, показывающий число девочек, рожденных в среднем одной женщиной за весь плодovitый период жизни с учетом смертности.

$$\text{коэффициент общей плодовитости} = \frac{\text{число родившихся за год}}{\text{средняя численность женщин в возрасте 15 – 49 лет}} \times 1000$$

$$\text{Брутто-коэффициент показателя воспроизводства} = \frac{\text{число девочек родившихся за год}}{\text{средняя численность женщин в возрасте 15 – 49 лет}} \times 1000$$

$$\text{Нетто-коэффициент показателя воспроизводства} = \frac{\text{число девочек родившихся за год} - \text{число девочек умерших за год}}{\text{средняя численность женщин в возрасте 15 – 49 лет}} \times 1000$$

Для характеристики воспроизводства населения определена грань между стационарным, суженным и расширенным воспроизводством (Б.С. Ястремский, 1972). Если нетто-коэффициент равен 1, брутто-коэффициент - 1,22, а суммар-

ная плодовитость - 2,2, то воспроизводство стационарное. Показатели, превышающие данный уровень, характеризуют расширенное воспроизводство, а ниже данного уровня - суженное воспроизводство.

В России (не считая периода войн) в 1992 году впервые был отмечен отрицательный естественный прирост, который к 2001 году вырос более чем в 4,5 раза (табл. 31).

Таблица 31

Естественное движение населения РФ (данные Госкомстата, 2001 г.)

Годы	На 1000 населения		
	Число родившихся	Число умерших	Естественный прирост
1991	12,1	11,4	+0,7
1992	10,7	12,2	-1,5
1993	9,4	14,5	-5,1
1994	9,6	15,7	-6,1
1995	9,3	15,0	-5,7
1996	8,9	14,2	-5,3
1997	8,6	13,8	-5,2
1998	8,8	13,6	-4,8
1999	8,3	14,7	-6,4
2000	8,7	15,4	-6,7

Но наиболее ошутим отрицательный естественный прирост (который принято называть — противоестественной убылью населения) по Центрально-Черноземному региону РФ (табл. 32), который отмечается с 1989 года.

Отрицательный естественный прирост во всех случаях свидетельствует о явном неблагополучии в обществе. Имеющиеся в стране неблагоприятные демографические процессы, проявляющиеся в сокращении естественного прироста населения, обусловлены негативным взаимодействием нескольких основных факторов: имеющийся в стране акцент на малодетную семью; вступление в основной детородный возраст (20-29 лет) малочисленных контингентов женщин, родившихся в конце 60-х - в начале 70-х годов; кризисное состояние социально-экономической сферы, все это способствует значительному сокращению числа рождений в молодых семьях, а значит и депопуляции или вымирания нации.

Для более объективной оценки общественного здоровья, отражающей демографическую обстановку в обществе, используется показатель средней продолжительности предстоящей жизни (СППЖ), рассчитанный на основе по-возрастных показателей смертности.

Под *показателем средней продолжительности предстоящей жизни* следует понимать гипотетическое число лет, которое в среднем могло бы прожить поколение одновременно родившихся или сверстников при условии, что на всем протяжении их жизни смертность в каждой возрастной группе будет такой же, какой она была на год составления таблицы смертности.

Таблица 32

Динамика естественного движения населения Центрально-Черноземного региона РФ (по данным Госкомстата, 2001 г.)

Территория России, на которой на 1000 населения приходится:	Годы									
	1989	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Центрально-Черноземный регион:										
— родившихся	12,9	9,8	8,9	9,0	8,5	8,2	7,7	7,7	7,3	7,8
— умерших	13,2	14,3	16,3	17,1	16,3	16,0	15,9	15,7	16,8	17,2
— естественного прироста	- 0,3	- 8,4	- 7,4	- 8,1	- 7,8	- 7,8	- 8,2	- 8,0	- 9,5	- 9,4
<i>В том числе:</i>										
Белгород. обл.										
— родившихся	13,8	10,5	9,6	9,8	9,4	8,8	8,1	8,0	7,6	8,1
— умерших	12,4	13,7	15,4	15,5	14,8	14,5	14,6	14,3	15,1	15,5
— естественного прироста	+1,4	- 3,2	- 5,8	- 5,7	- 5,4	- 5,7	- 6,5	- 6,3	- 7,5	- 7,4
Воронежская обл.										
— родившихся	12,5	9,5	8,5	8,6	8,3	7,9	7,4	7,4	7,1	7,6
— умерших	13,3	14,4	16,6	17,1	16,6	16,3	16,3	16,0	17,3	17,8
— естественного прироста	- 0,8	- 4,9	- 8,1	- 8,5	- 8,3	- 8,4	- 8,9	- 8,6	- 10,2	- 10,2
Курская обл.										
— родившихся	13,0	9,7	9,0	9,2	8,5	8,4	7,9	8,0	7,7	8,0
— умерших	13,6	14,7	16,6	18,0	16,7	16,9	16,5	16,4	17,6	18,1
— естественного прироста	- 0,6	- 5,0	- 7,6	- 8,8	- 8,2	- 8,5	- 8,6	- 8,4	- 9,9	- 10,1
Липецкая обл.										
— родившихся	12,8	9,7	8,7	8,8	8,4	7,9	7,6	7,8	7,3	7,8
— умерших	12,5	13,6	15,5	16,8	16,1	15,2	15,1	14,9	15,9	16,4
— естественного прироста	- 0,3	- 3,9	- 6,8	- 8,0	- 7,7	- 7,3	- 7,5	- 7,1	- 8,6	- 8,6
Тамбовская обл.										
— родившихся	12,6	9,6	8,8	8,9	8,4	8,0	7,5	7,6	7,2	7,7
— умерших	14,3	15,2	17,4	18,3	17,3	16,8	16,8	16,5	18,2	18,4
— естественного прироста	- 1,7	- 5,6	- 8,6	- 9,4	- 8,9	- 8,8	- 9,3	- 8,9	- 11,0	- 10,7

Таблица смертности или доживаемости — это система взаимосвязанных показателей, характеризующих порядок вымирания населения при данном уровне смертности в отдельных возрастных группах. Они показывают, как население одновременно родившихся лиц, условно принятое за 10000 или 100000, постепенно уменьшается с увеличением возраста под влиянием смертности. Исходными данными для составления таблиц смертности являются: численность населения с учетом возраста, местожительства и пола за год составления таблицы, данные о смертности в соответствии с возрастом, полом и местожи-

тельством за 2 года (год составления таблицы и предыдущий), данные о рождаемости за 3 предыдущих года.

Таблицы смертности строят для мужского и женского населения, городского и сельского, для отдельных регионов, национальностей, профессиональных групп.

Таблицы смертности по причинам смерти позволяют выяснить роль каждой причины смерти в определении порядка вымирания; определяют порядок вымирания и среднюю продолжительность жизни, которые имели бы место при устранении какой-то причины смерти.

Средняя продолжительность предстоящей жизни высчитывается путем деления числа лет, прожитых всем поколением от рождения до полного вымирания на исходное число в таблице смертности, то есть на 10000 или 100000 населения:

$$СППЖ = \frac{T_x}{10000(\text{или } 100000)}, \text{ где}$$

T_x – число лет дожития, показывающее общее число человеко-лет, прожитых совокупностью лиц от рождения до предельного возраста.

Система показателей таблиц смертности дает научно-обоснованные числовые характеристики доживаемости и порядка вымирания населения, необходимые для перспективного расчета численности населения как в целом, так и по отдельным возрастно-половым и профессиональным группам.

По данным Госкомстата, динамика показателя СППЖ по России за 1958-2000 гг. представлена следующим образом (табл. 33).

Таблица 33

Динамика средней продолжительности предстоящей жизни по России в 1958-2000 гг. (данные Госкомстата, 2001 г.)

Годы расчета	СППЖ при рождении	Мужчины	Женщины	СППЖ женщин в % от мужчин
1958-1959	67,9	63,0	71,5	113,5
1968-1969	69,0	64,0	74,0	115,6
1981-1982	68,0	62,0	73,6	118,7
1995-1996	65,9	59,8	72,5	121,2
1999-2000	65,6	59,5	72,3	121,5

Приведенные данные свидетельствуют о том, что в России отмечается не только самый низкий показатель СППЖ среди других экономически развитых стран (табл. 34), но и наблюдается значительный разрыв данного показателя между мужским и женским населением, составляющий 12,8 лет (121,5%) и обусловленный высокими показателями смертности среди мужчин всех возрастных групп (с наибольшим показателем «сверхсмертности» в возрасте от 24 до 34 лет, когда показатель смертности мужчин превышает тот же показатель среди женщин в 4-4,5 раза), тогда как в экономически развитых странах разрыв СППЖ между полами равен 4,7-7,2 годам.

Средняя продолжительность предстоящей жизни в некоторых странах мира в 1994-гг. (данные ВОЗ, 2001 г.)

Страна и год расчета	СПЖ			Страна и год расчета	СПЖ		
	Мужчины	Женщины	Женщины в % от мужчин		Мужчины	Женщины	Женщины в % от мужчин
Австрия: 1994	73,0	80,0	109,6	США: 1994	72,0	79,0	109,7
2000	74,9	81,4	108,7	2000	73,9	79,5	107,6
Англия 1994	74,0	79,0	106,7	Финляндия: 1994	72,0	80,0	111,1
2000	74,8	79,9	106,8	2000	73,7	80,9	109,8
Германия: 1994	72,0	79,0	109,7	Швеция: 1994	75,0	81,0	108,0
2000	74,3	80,6	108,5	2000	77,3	82,0	106,0
Италия: 1994	74,0	81,0	109,5	Япония: 1994	76,0	83,0	109,2
2000	76,0	82,4	108,4	2000	77,5	84,7	109,3

Оценка средней продолжительности жизни (СПЖ) обычно проводится по ряду показателей, представленных в таблице 35.

Таблица 35

Шкала оценки СПЖ по уровню жизни.

<i>Уровень жизни</i>	<i>Мужчины</i>	<i>Женщины</i>
Очень высокий	75 и старше	80 и старше
Высокий	70-75	75-80
Выше среднего	65-70	70-75
Средний	60-65	65-70
Ниже среднего	55-60	60-65
Низкий	45-55	50-60
Очень низкий	35-45	40-50
Самый низкий (ниже порога бедности)	до 35 лет	до 40 лет

Большое значение для улучшения состояния здоровья населения имеет борьба за уменьшение числа несчастных случаев, а также важнейших неинфекционных и инфекционных заболеваний, способствующих сокращению продолжительности здоровой жизни (табл. 36).

Таким образом, средняя продолжительность предстоящей жизни является важным и обобщающим критерием, который одним числом характеризует биологические закономерности, состояние здоровья населения, его уровень жизни, развитие здравоохранения, достижения медицинской науки и отношение государства в целом к проблеме общественного здоровья.

Статистика естественного движения населения в России основывается на обязательной текущей регистрации рождений, смертей, браков и разводов в

отделах записей актов гражданского состояния (загс). Гражданская регистрация случаев рождения в РФ проводится с 1917 года, случаев смерти – с 1925 года.

Таблица 36

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни по России и некоторым экономически развитым странам, оценка за 2000 г. (ВОЗ, 2001 г.)

Страна	Всего населения при рождении	Мужчины		Женщины	
		при рождении	в возрасте 60 лет	при рождении	в возрасте 60 лет
Россия	55,5	50,3	8,2	60,6	12,2
Австрия	71,5	69,6	17,0	73,3	19,5
Великобритания	69,9	68,3	15,3	71,4	17,4
Германия	69,4	67,4	14,8	71,5	17,6
Италия	71,2	69,5	16,3	72,8	18,8
Италия	67,2	65,7	15,0	68,8	16,8
США	68,8	66,1	14,8	71,5	17,9
Финляндия	71,4	70,1	16,8	72,7	18,7
Швеция	73,8	71,1	17,6	76,3	21,4
Япония					

Источниками статистических данных о естественном движении населения РФ, обрабатываемые ЦСУ при Госкомстате России и его органами на местах, служат вторые экземпляры записей актов гражданского состояния: о рождении, смерти, браке, разводе.

В соответствии с действующим законодательством все новорожденные дети должны быть зарегистрированы в течение одного месяца со дня рождения по месту рождения ребёнка или месту жительства родителей.

Регистрация ребёнка в загсе производится на основании «Медицинского свидетельства о рождении» — Ф. 103/у, которое выдаётся в случае рождения живого ребёнка при выписке матери из стационара всеми учреждениями здравоохранения, где произошли роды, независимо от наличия акушерских коек (образец 2).

При многоплодных родах «Медицинское свидетельство о рождении» заполняется на каждого ребёнка в отдельности. В случае родов на дому "Медицинское свидетельство о рождении" выдает то учреждение, медицинский работник которого принимал роды. Если ребёнок родился вне лечебного учреждения, то рождение удостоверяется двумя свидетелями.

В населённых пунктах и медицинских учреждениях, где работает не менее двух врачей, "Медицинское свидетельство о рождении" составляется и выдаётся врачом, а в сельской местности, где работают только средние медицинские работники, «Медицинское свидетельство о рождении» оформляется акушеркой или фельдшером, принимавшим роды.

В случае смерти ребёнка до выписки матери из родильного дома (или другого учреждения, где произошли роды) «Медицинское свидетельство о рождении» обязательно заполняется наряду с «Медицинским свидетельством о перинатальной смерти» – Ф. 106-2/у (образец 3).

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ

К ФОРМЕ № 103/у-98

СЕРИЯ

№

Дата выдачи «___» _____ г.

Наименование учреждения здравоохранения _____

Ф.И.О. частнопрактикующего врача _____

1. Фамилия, имя, отчество матери _____

2. Адрес (место постоянного жительства матери): республика, область (край) _____

_____ район _____ город-1, село-2 _____

улица _____ дом _____ кв _____

3. Дата рождения матери: год _____ месяц _____ число _____

4. Национальность матери _____

5. Семейное положение матери: состоит в браке-1, не состоит в браке-2

6. Образование матери: высшее-1, незаконченное высшее-2, среднее специальное-3, среднее специальное-4, неполное среднее-5, начальное и ниже-6.

7. Дата родов: год _____ месяц _____ число _____ час _____ мин _____

8. Место родов _____

в стационаре, на дому, в др. месте

9. Пол ребенка: мальчик-1, девочка-2, не определен-3

10. Ребенок родился при сроке беременности _____ недель

11. Которые по счету роды _____ 12. Которая по счету беременность _____

13. Который по счету родившийся ребенок у матери _____

14. Ребенок родился при одноплодных родах-1, первым из двойни-2, вторым из двойни-3, при других многоплодных родах-4.

15. Масса ребенка при рождении _____ г. Рост ребенка при рождении _____ см.

16. Оценка по шкале Апгар _____ 1 мин _____ 5 мин _____

17. Критерии живорождения: дыхание-1, сердцебиение-2, пульсация пуповины-3, определенные движения произвольной мускулатуры-4.

----- *Линия отреза* -----

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
наименование учреждения здравоохранения

Ф.И.О. частнопрактикующего врача

Код формы по ОКУД
Медицинская документация форма № 103/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 07.08.98 № 241

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ

СЕРИЯ

№

Дата выдачи «___» _____ г.

1. Фамилия, имя, отчество матери _____

2. Адрес (место постоянного жительства матери): республика, область (край) _____

_____ район _____ город-1, село-2 _____

улица _____ дом _____ кв _____

3. Дата рождения матери: год _____ месяц _____ число _____

4* . Национальность матери _____

5. Семейное положение матери: состоит в браке-1, не состоит в браке-2

6. Образование матери: высшее-1, незаконченное высшее-2, среднее специальное-3, среднее специальное-4, неполное среднее-5, начальное и ниже-6.

* _____ заполняется по желанию заявителя

Образец 2

Оборотная сторона.

18. Медицинские факторы риска настоящей беременности

Анемия
Болезни системы кровообращения
Болезни органов дыхания
Инфекционные и паразитарные болезни матери
Гипертензия сердечно-сосудистая
Гипертензия почечная
Вызванная беременностью гипертензия
Сахарный диабет
Болезни почек
Гидрамнион (многоводие)
Олигогидрамнион
Эклампсия
Кровотечение в ранние сроки беременности
Инфекция мочеполовых путей
Недостаточность питания при беременности
Генитальный герпес
Недостаточность плаценты
Rh-сенсибилизация
Крупный плод
Гипотрофия плода
Другие (указать)
Не было

19. Прочие факторы риска во время беременности

Курение
Употребление алкоголя
20. Осложнение родов
Гипертермия во время родов
Предлежание плаценты
Преждевременная отслойка плаценты
Неудачная попытка стимуляции родов
Стремительные роды
Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода

Кровотечение во время родов
Роды и родоразрешение, осложнившееся стрессом плода (дистресс)

Роды и родоразрешение, осложнившееся патологическим состоянием пуповины

Другие (указать)

Не было

21. Акушерские процедуры

Амниоцентез

Мониторинг плода

Стимуляция плода

Ультрасонография

Другие (указать)

Не производили

22. Осложнения новорожденного

Анемия

Фатальный алкогольный синдром

Синдром мекониевой пробки

Легочная вентиляция до 30 мин.

Легочная вентиляция свыше 30 мин.

Другие (указать)

Нет осложнений

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

Анэнцефалия

Спинальная грыжа

Энцефалоцеле

Гидроцефалия

Расщелина неба

Тотальная расщелина губы

Атрезия пищевода

Атрезия ануса

Эписпадия

Редукционные протоки конечностей

Омфалоцеле

Синдром Дауна

Другие (указать)

Не было

Свидетельство выдал врач (фельдшер, акушерка) _____

Подчеркнуть

----- *Линия отреза* -----

7. Дата родов: год _____ месяц _____ число _____ час _____ мин _____

8. Место родов _____

в стационаре, на дому, в др. месте

9. Пол ребенка: мужской-1, женский-2

10. Который по счету родившийся ребенок у матери _____

11. Ребенок родился при одноплодных родах-1, первым из двойни-2, вторым из двойни-3, при других многоплодных родах-4.

12. Врач (фельдшер, акушерка) _____

Подпись выдавшего свидетельство о рождении

Печать учреждения здравоохранения

или частнопрактикующего врача

К сведению родителей: В соответствии со ст. 16 Федерального Закона «Об актах гражданского состояния» регистрация ребенка в органах загс обязательна. Заявление о рождении ребенка должно быть сделано не позднее чем через месяц со дня рождения ребенка.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
наименование учреждения здравоохранения

Ф.И.О. частнопрактикующего врача

Код формы по ОКУД
Медицинская документация форма № 106-2/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 07.08.98 № 241

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ

СЕРИЯ

№

(окончательное, предварительное, взамен предварительного серия _____ № _____)

Дата выдачи "____" _____ г.

Мертворожденный-1

Умер на первой неделе жизни-2

1. Фамилия, имя, отчество умершего _____
2. Пол: мужской-1, женский-2
3. Дата рождения (мертворождения) год _____ месяц _____ число _____ час _____ мин _____
4. Дата смерти: год _____ месяц _____ число _____ час _____ мин _____
5. Место смерти (мертворождения): республика, область, (край) _____ район _____ город-1, село-2 _____
6. Смерть (мертворождение) произошла: в стационаре-1, дома-2, в др. месте-3
7. Фамилия, имя, отчество матери _____
8. Дата рождения матери: год _____ месяц _____ число _____
9. Национальность матери _____
10. Семейное положение матери: состоит в браке-1, не состоит в браке-2
11. Место постоянного жительства матери умершего (мертворожденного) ребенка: республика, область (край) _____ район _____ город-1, село-2 _____ улица _____ дом _____ кв _____
12. Образование высшее-1, незаконченное высшее-2, среднее специальное-3, среднее общее-4, неполное среднее-5, начальное и ниже-6
13. Место работы матери _____
14. Должность или выполняемая работа _____
15. Который по счету родившийся ребенок у матери _____
16. Какие по счету роды _____
17. Число предшествующих беременностей _____ из них закончившихся живорождением _____ мертворождением _____ самопроизвольным выкидышем _____ медицинским абортом _____ в т.ч. по медицинским показаниям _____
18. Последняя из предшествующих беременностей закончилась: рождением ребенка-1, мертворождением-2, самопроизвольным выкидышем-3, медицинским абортом-4, в т.ч. по медицинским показаниям-5
19. Продолжительность настоящей беременности _____ недель
20. Число посещений врача (фельдшера) _____
21. Роды принял: врач-1, акушерка-2, фельдшер-3, другое лицо-4
22. Осложнения родов: не были-1, были-2, если были – указать какие _____
23. Ребенок (плод) родился: при одноплодных родах-1, первым из двойни-2, вторым из двойни-3, при других многоплодных родах-4
24. Ребенок (плод) родился: мацерированным-1, в асфиксии-2
25. Масса тела ребенка (плода) при рождении _____ г.
26. Рост ребенка (плода) при рождении _____ см.
27. Критерии живорождения: дыхание-1, сердцебиение-2, пульсация пуповины-3, определенные движения произвольной мускулатуры-4.
28. Оценка по шкале Апгар через 1 мин _____ баллов, через 5 мин _____
29. Смерть ребенка (плода) наступила: до начала родовой деятельности-1, во время родов-2, после родов-3, неизвестно-4
30. Смерть ребенка (плода) произошла от заболевания-1, несчастного случая-2, убийства-3, род смерти не установлен-4

Образец 3

Оборотная сторона

31. Причина перинатальной смерти

а) Основное заболевание или патологическое состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается только одно заболевание) _____

б) Другие заболевания или патологическое состояние ребенка (плода) _____

в) Основное заболевания или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на ребенка _____

г) Другие заболевания и патологические состояния матери, оказавшие неблагоприятное влияние на ребенка (плод) _____

д) Другие обстоятельства, имевшие отношение к смерти _____

32. Причина смерти (мертворождения) установлена:

а) врачом, удостоверившим смерть-1, врачом-акушером, принимавшим роды-2, врачом педиатром, лечившим больного ребенка-3, патологоанатомом-4, судебно-медицинским экспертом-5, акушеркой-6, фельдшером-7

33. Фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), выдавшего свидетельство о смерти _____

Подпись выдавшего свидетельство _____

*Главный врач учреждения здравоохранения

Фамилия, имя, отчество, подпись

« _____ » _____ г.

Печать

учреждения здравоохранения
или частнопрактикующего врача

Заполняется в органе ЗАГС

Свидетельство проверено в органе ЗАГС врачом, ответственным за правильность заполнения медицинских свидетельств о смерти.

« _____ » _____ 20 ____ г. **Подпись врача** _____

*Для индивидуально работающих частнопрактикующих врачей данный пункт не заполняется

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ

К ФОРМЕ № 106-2/у

СЕРИЯ

№

(окончательное, предварительное, взамен предварительного серия _____ № _____)

Дата выдачи “ ____ ” _____ г.

Наименование учреждения здравоохранения _____

Ф.И.О. частнопрактикующего врача _____

1. Мертворожденный-1 Умер на первой неделе жизни-2

2. Фамилия, имя, отчество матери _____

3. Дата рождения матери: год _____ месяц _____ число _____

4. Национальность матери _____

5. Семейное положение матери: состоит в браке-1, не состоит в браке-2

6. Место работы матери _____

7. Должность или выполняемая работа _____

8. Образование высшее-1, незаконченное высшее-2, среднее специальное-3, среднее общее-4, неполное среднее-5, начальное и ниже-6

9. Фамилия, имя, отчество умершего ребенка _____

10. Пол: мужской-1, женский-2, не определен-3

11. Дата рождения (мертворождения) год _____ месяц _____ число _____ час _____ мин _____

12. Дата смерти: год _____ месяц _____ число _____ час _____ мин _____

13. Смерть последовала: в стационаре-1, дома-2, в др. месте-3

14. Который по счету родившийся ребенок у матери _____

15. Какие по счету роды _____

16. Число предшествующих беременностей _____ из них закончившихся живорождением _____ мертворождением _____ самопроизвольным выкидышем _____ медицинским абортom _____ в т.ч. по медицинским показаниям

17. Последняя из предшествующих беременностей закончилась: рождением ребенка-1, мертворождением-2, самопроизвольным выкидышем-3, медицинским абортom-4, в т.ч. по медицинским показаниям-5

18. Продолжительность настоящей беременности _____ недель

19. Число посещений врача (фельдшера) _____

20. Роды принял: врач-1, акушерка-2, фельдшер-3, другое лицо-4

21. Осложнения родов:

Гипертермия во время родов	01	Кровотечение во время родов	07
Предлежание плаценты	02	Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс)	08
Преждевременная отслойка плаценты	03	Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины	09
Неудачная попытка стимуляции родов	04	Другие (указать)	10
Стремительные роды	05	Не было	00
Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода	06		

22. Ребенок (плод) родился: при одноплодных родах-1, первым из двойни-2, вторым из двойни-3, при других многоплодных родах-4

23. Ребенок (плод) родился: мацерированным-1, в асфиксии-2

24. Масса тела ребенка (плода) при рождении _____ г.

25. Рост ребенка (плода) при рождении _____ см.

26. Смерть ребенка (плода) наступила: до начала родовой деятельности-1, во время родов-2, после родов-3, неизвестно-4

27. Смерть ребенка (плода) произошла от заболевания-1, несчастного случая-2, убийства-3, род смерти не установлен-4

Приложение к образцу 3

28. Медицинские факторы настоящей беременности

Анемия
Болезни системы кровообращения
Болезни органов дыхания
Инфекционные и паразитарные болезни матери
Гипертензия сердечно-сосудистая
Гипертензия почечная
Вызванная беременностью гипертензия
Сахарный диабет
Болезни почек
Гидрамнион (многоводие)
развития,
Олигогидрамнион
шения)
Эклампсия
Кровотечение в ранние сроки беременности
Инфекция мочеполовых путей
Недостаточность питания при беременности
Генитальный герпес
Недостаточность плаценты
Rh-сенсибилизация
Крупный плод
Гипотрофия плода
Другие (указать)
Не было

29. Прочие факторы риска во время беременности

Курение
Употребление алкоголя
30. Акушерские процедуры
Амниоцентез

Мониторинг плода
Стимуляция плода

33. Причина перинатальной смерти

а) Основное заболевание или патологическое состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается только одно заболевание) _____

б) Другие заболевания или патологические состояния ребенка (плода) _____

в) Основное заболевания или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на ребенка _____

г) Другие заболевания и патологические состояния матери, оказавшие неблагоприятное влияние на ребенка (плод) _____

д) Другие обстоятельства, имевшие отношение к смерти _____

34. Фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), выдавшего свидетельство о смерти _____

Запись акта о _____ № _____ от « _____ » _____ года
рождении, смерти (нужное вписать)

Наименование органа загс _____

Подпись специалиста органа загс _____

Дата « _____ » _____ г.

Подпись получателя _____

Оборотная сторона

Ультрасонография

Другие (указать)

Не производили

31. Осложнения новорожденного

Анемия

Фатальный алкогольный синдром

Синдром мекониевой пробки

Легочная вентиляция до 30 мин.

Легочная вентиляция свыше 30 мин.

Другие (указать)

Нет осложнений

32. Врожденные аномалии (пороки деформации и хромосомные нару-

Анэнцефалия

Спинномозговая грыжа

Энцефалоцеле

Гидроцефалия

Расщелина неба

Тотальная расщелина губа

Атрезия пищевода

Атрезия ануса

Эписпадия

Редукционные протоки конечностей

Омфалоцеле

Синдром Дауна

Другие (указать)

Не было

**КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ
К ФОРМЕ № 106/у-98****СЕРИЯ №**

(окончательное, предварительное, взамен предварительного серия _____ № _____)

Дата выдачи « _____ » _____ г.

1. Фамилия, имя, отчество умершего _____

2. Возраст _____ 3. Дата смерти _____

Для детей умерших в возрасте до года: _____ (число, месяц, год)

4. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____ число месяцев _____ и дней жизни _____

5. Место рождения _____

(наименование учреждения и его адрес)

6. Фамилия, имя, отчество матери _____

7. Фамилия врача (фельдшера), выдавшего свидетельство о смерти _____

Подпись получателя _____

----- линия отреза -----

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
наименование учреждения здравоохранения

Ф.И.О. частнопрактикующего врача

Код формы по ОКУД
Медицинская документация форма № 106/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 07.08.98 № 241**МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ****СЕРИЯ №**

(окончательное, предварительное, взамен предварительного серия _____ № _____)

Дата выдачи « _____ » _____ г.

1. Фамилия, имя, отчество умершего _____

2. Пол: мужской-1, женский-2

3. Дата рождения: год _____ месяц _____ число _____

4. Дата смерти: год _____ месяц _____ число _____

5. Для детей, умерших в возрасте от 6 дней до 1 месяца: доношенный-1, недоношенный-2

6. Для детей, умерших в возрасте от 6 дней до 1 года: масса (вес) при рождении _____ грамм-1, число месяцев _____ и дней жизни _____ - 2, каким по счету был ребенок у матери _____ -3, возраст матери _____ -4

7. Место постоянного жительства (регистрации) умершего: республика, область (край) _____ район _____ город-1, село-2 _____ улица _____ дом _____ кв. _____

8. Место смерти: республика, область (край) _____ район _____ город-1, село-2

9. Смерть последовала в стационаре-1, дома-2, в др. месте-3

10. *Национальность умершего _____

11. *Семейное положение: состоял(а) в браке-1, никогда не состоял(а) в браке-2, вдов(а)-3, разведен(а)-4, неизвестно-5

12. *Образование высшее-1, незаконченное высшее-2, среднее специальное-3, среднее общее-4, неполное среднее-5, начальное и ниже-6, неизвестно-7

13. *Где и кем работал умерший _____

14. Смерть произошла от заболевания-1, несчастного случая, не связанного с производством-2, несчастного случая, связанного с производством-3, убийства-4, самоубийства-5, род смерти не установлен-6

15. В случае смерти от несчастного случая, отравления или травмы:

дата травмы (отравления): год _____ месяц _____ число _____

при несчастных случаях, не связанных с производством, указать вид травмы: бытовая-1, уличная (кроме транспортной)-2, дорожно-транспортная-3, школьная-4, спортивная-5, прочие-6 место и обстоятельства, при которых произошла травма (отравление) _____

* Для детей, умерших в возрасте до 1 года, заполняется в отношении матери

Оба эти документа представляются в загс для регистрации рождения и смерти ребенка. Запись о выдаче «Медицинского свидетельства о рождении» с указанием номера и даты выдачи должна быть сделана в «Истории развития новорождённого» (Ф. 097/у), а в случае рождения мёртвого ребёнка — в «Истории родов» (Ф. 096/у).

В соответствии с законодательством смерть так же, как и рождение подлежит обязательной регистрации в загсах по месту жительства умершего или по месту наступления смерти на основании заключения медицинского учреждения не позднее 3 суток с момента наступления смерти или обнаружения трупа.

Источниками информации о причинах смерти в России являются записи в «Медицинском свидетельстве о смерти» — Ф. 106/у (образец 4).

«Медицинское свидетельство о смерти» выдаётся на основании наблюдений за больным и записей в медицинской документации, отражающих состояние больного до его смерти, или патологоанатомом на основании изучения медицинской документации и результатов вскрытия.

Патологоанатомическому вскрытию подлежат все умершие от заболеваний в учреждениях здравоохранения. Главному врачу принадлежит право отмены вскрытия в самых исключительных случаях (при отсутствии подозрений на насильственную смерть, по религиозным или иным мотивам) по письменному заявлению родственников, или по волеизъявлению самого умершего, высказанного при жизни. Отмена вскрытия не допускается: в случае смерти больных, пробывших в учреждениях здравоохранения менее суток, при инфекционных заболеваниях или подозрении на них, во всех случаях смерти после диагностических инструментальных исследований, проведения лечебных мероприятий.

Выдача трупа без «Медицинского свидетельства о смерти» запрещается. В случае, когда захоронение умершего производится учреждением здравоохранения, последнее обязательно заполняет «Медицинское свидетельство о смерти» и представляет его в 3-дневной срок в органы загса для регистрации.

Запрещается выдача «Врачебного свидетельства о смерти» заочно, без личного участия врача (фельдшера, акушерки) в установлении факта смерти.

Бланки «Медицинских свидетельств о смерти», также как и корешки выданных свидетельств, хранятся у главного врача (руководителя) учреждения здравоохранения или его заместителя. Записи в корешках должны полностью совпадать с записями, сделанными в соответствующих пунктах «Медицинского свидетельства».

Заполнение «Медицинских свидетельств о смерти» производится вписыванием необходимых сведений или подчёркиванием соответствующих обозначений. Заполнению подлежат все пункты. При отсутствии тех или иных сведений следует записывать «не известен», «не установлен» и т.д. Корешки медицинских свидетельств используются для составления отчёта и хранятся в течение одного года после окончания календарного года, в котором выдан документ, после чего подлежат уничтожению в соответствии с

инструкцией. Неправильно заполненные экземпляры медицинских свидетельств и соответствующие корешки перечёркиваются, делается запись «испорчено» и оставляются в книжке бланков.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение понятию "демография". Что понимается под термином "народонаселение"? Каковы задачи демографии как науки?
2. Что такое "медицинская демография"? Из каких разделов состоит статистическое изучение народонаселения? Что является основным источником сведений о численном составе населения и его территориальном размещении?
3. Что такое возрастная группировка населения и как она проводится?
4. Какие типы населения различают по возрастному составу?
5. Для каких целей используются показатели, характеризующие статику населения?
6. Что такое миграция? Какие виды миграции Вы знаете? По каким основным показателям характеризуются миграционные процессы?
7. Какое практическое значение для здравоохранения имеет изучение миграционных процессов?
8. Что подразумевается под "естественным движением населения"? Дать характеристику рождаемости и смертности.
9. Что относится к показателям рождаемости? Как эти показатели рассчитываются?
10. Что характеризует статистическая величина среднего уровня рождаемости? Какова динамика рождаемости в России и в Центрально-Черноземном регионе?
11. Что относится к показателям смертности?
12. Как смертность подразделяется по уровням? Какова динамика смертности по России и по Центрально-Черноземному региону?
13. Что такое детская (младенческая) смертность? Какие самостоятельные показатели выделяются в детской (младенческой) смертности?
14. Какова методика вычисления детской (младенческой) смертности?
15. Что характеризуют собой показатели анте, -интра, -постнатальной смертности?
16. Что понимается под "естественным приростом населения"? Каким показателем характеризуется естественный прирост населения?
17. Как оценивается показатель естественного прироста населения?
18. Что такое показатель плодовитости и как он рассчитывается? Каково значение данного показателя в изучении естественного прироста населения?
19. Какова динамика естественного прироста населения по России и по Центрально-Черноземному региону? Какие факторы влияют на воз-

- никновение отрицательного показателя естественного прироста населения?
20. Что понимается под показателем средней продолжительности предстоящей жизни (СППЖ)? Что такое таблица смертности или ожидаемости?
 21. Каковы показатели СППЖ по России и по экономически развитым странам? Как подразделяется шкала оценки СПЖ по уровню жизни?
 22. На чём основывается статистика естественного движения населения России? Как регистрируется рождение ребёнка?
 23. Как регистрируется смерть человека? Каков порядок выдачи «Медицинского свидетельства о смерти»?
 24. К какому виду относительных величин Вы отнесёте следующие коэффициенты: рождаемость-20‰, общая смертность-10‰, детская смертность-26‰?
 25. Какие документы составляются для изучения демографических процессов, а медицинские работники несут ответственность за точность сведений в них?
 26. В 2000г. в г. А показатель общей смертности составил 16‰. Можно ли считать уровень смертности в г. А высоким?

Глава 20. Физическое развитие – как показатель общественного здоровья.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ

Студент должен:

Цели

Знать:

- основные показатели и закономерности физического развития.

Уметь:

- применять основные методы статистического анализа для оценки физического развития населения и использовать полученные знания при анализе здоровья населения и при обучении на профильных кафедрах.

Одним из важнейших признаков, определяющих санитарное состояние и здоровье населения, является его физическое развитие. Широкое использование показателей физического развития в научной и практической деятельности здравоохранения объясняется в первую очередь тем, что в отличие от других показателей санитарного состояния населения (заболеваемость, инвалидность, смертность) они дают прямую характеристику общественного здоровья.

Под **физическим развитием** следует понимать комплекс морфологических и функциональных признаков, характеризующих развитие и формирование организма в процессе его роста.

Состояние физического развития рассматривается как результат взаимодействия внутренних (эндогенных) и внешних (экзогенных) факторов. К эндогенным относятся врожденные качества: наследственность, особенности внутриутробного развития; к экзогенным – совокупность факторов, воздействующих на организм под собирательным понятием «среда», которые в свою очередь подразделяются на природно-климатические (климат, рельеф, наличие водоемов, лесов и т.д.) и социально-экономические (общественно-политический строй, уровень экономического развития общества, условия труда и быта, материальный, культурный и духовный уровень членов общества, характер профессии и др.). Под влиянием длительно действующих неблагоприятных факторов уровень физического развития снижается, а улучшение условий, нормализация образа жизни способствуют повышению уровня физического развития.

Уровень физического развития влияет не только на здоровье, но и на работоспособность взрослого человека и, таким образом, имеет самое непосредственное отношение к экономическому развитию общества.

Физическое развитие обследуемых определяется путем основных антропометрических (морфологических), физиометрических (функциональных) измерений и биологическим уровнем развития организма.

К антропометрическим (морфологическим) измерениям относятся: длина и масса тела, длина тела сидя, окружность грудной клетки, развитие жирового слоя, мускулатуры, форма грудной клетки, спины, живота, ног и т.д. К физиометрическим (функциональным) измерениям относятся: жизненная емкость легких (ЖЕЛ), экскурсия грудной клетки, мышечная сила рук, становая сила, степень отложения жира (калиперметрия). Биологический уровень развития организма включает в себя: степень развития вторичных половых признаков, возраст наступления менархе, число постоянных зубов и порядок их прорезывания, скорость процессов роста, т.е. определение биологического возраста с целью сравнения его с паспортным.

Наблюдения последних лет свидетельствуют о недостаточной надежности календарного возраста как показателя зрелости отдельных органов и всего растущего организма. В этой связи большое значение приобретает определение *биологического возраста* на основании показателей зрелости отдельных органов и систем. Это связано с тем, что биологический возраст в большей степени, чем паспортный, отражает онтогенетическую зрелость индивида, его работоспособность и характер адаптивных реакций. Критериями оценки биологического возраста могут быть морфологические, функциональные и биохимические показатели, диагностическая ценность которых меняется в зависимости от этапов постнатального онтогенеза.

Клинико-диагностическое значение оценки физического развития находит свое место в так называемой конституциональной диагностике, т.е. определении конституциональной предрасположенности и конституциональ-

ных особенностей течения заболевания. Показатели физического развития также используются для выявления антропометрических маркеров (признаков) риска ряда заболеваний и патологических состояний (ожирение, изменение сосудистого тонуса и т.д.). В частности, замедленный темп биологического развития имеет существенное значение для решения вопроса о готовности ребенка к школьному обучению в связи с тем, что значительная часть детей испытывает серьезные трудности в школе, особенно в младших классах. Зачастую поступающие в школу дети 7 лет, по биологической зрелости не превышают 4-х летнего возраста. Трагедия таких детей состоит в том, то поведение, психология, способность к обучению и физическим нагрузкам их несопоставимы с соответствующими характеристиками детей у которых паспортный и биологический возраст соответствуют друг другу. Кроме того, такие дети столь же несопоставимы и с четырёхлетними детьми, у которых паспортный и биологический возраст совпадают между собой. Эти дети образуют отдельную группу, обладающую собственными биологическими характеристиками, особым поведением и чувственной организацией, которые трудно строго классифицировать в рамках той или иной хронологической возрастной группы.

Систематическое изучение физического развития диктуется запросами педиатрии, гигиены, педагогики. Наблюдение за физическим развитием начинается с момента рождения ребенка. Обязательному освидетельствованию физического развития подлежат новорожденные, дети первого года жизни (ежемесячно), дети раннего возраста (ежеквартально), дошкольного возраста (ежегодно), перед поступлением в школу, в определенных «декретированных» классах (в конце 1-го года обучения, в 4-5 классе, 9 классе, перед окончанием школы), что соответствует приказам МЗ РФ от 19.01.93 № 60 «Об утверждении инструкции по проведению профосмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов» и от 07.05.98 № 151 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям», с изменениями и дополнениями.

Обязательным условием при изучении физического развития является использование унифицированной методики измерений и статистической обработки. Единый методический подход, используемый при проведении таких исследований, позволяет проводить сравнительный анализ показателей физического развития населения различных экономико-географических районов. Обычно используется унифицированная методика антропометрических измерений, разработанная А.Б. Ставицкой и Д.И. Арон в 1959 году, которая предусматривает точный инструментарий и единообразные приемы исследования.

Материалы антропометрических и физиометрических исследований подвергаются вариационно-статистической разработке: составление вариационных рядов, вычисление средней арифметической по каждому признаку, вычисление среднеквадратического отклонения, коэффициентов корреляции и регрессии и другие статистические величины, на основании которых уста-

навливают стандарты физического развития для каждой возрастно-половой группы.

Для изучения, анализа и оценки физического развития применяются генерализирующий и индивидуализирующий методы наблюдения.

Генерализирующий метод представляет собой наблюдение за определенной, достаточно большой группой детей, в которой индивидуальные антропометрические данные суммируются и при обработке получают средние данные физического развития на определенный момент, характеризующие данную группу и служащие надежным критерием в оценке социально-экономических и медицинских мероприятий.

Индивидуализирующий метод представляет собой тип «продольного» длительного наблюдения за развитием каждого отдельного ребенка. Он дает более обширную информацию о процессе физического формирования организма.

Для получения средних показателей физического развития проводится обследование больших групп практически здоровых людей различного возраста и пола (каждая возрастно-половая группа должна состоять не менее чем из 100 человек). Полученные средние показатели являются стандартами физического развития соответствующих групп населения. Оценка физического развития индивидуума осуществляется путем сравнения его показателей со стандартами и определения степени отклонений от средних величин.

Комплексная оценка физического развития, предложенная В.Н. Кардашенко в 1980 году, учитывающая уровень биологического развития и морфо-функциональное состояние организма, позволяет выявить детей, имеющих соответствующее возрасту гармоничное физическое развитие, и детей с различными отклонениями в физическом развитии за счет избытка или дефицита массы тела.

Суть этого метода состоит в том, что, прежде всего, устанавливается уровень биологического развития (по длине тела, годовым прибавкам длины, числу постоянных зубов и степени половой зрелости). Сравнением полученных данных со средними возрастными показателями таблиц биологического развития оценивается соответствие биологического возраста календарному, опережение или отставание от него. Затем оценивается морфофункциональное состояние организма. Для этого используются шкала регрессии (по длине тела) и возрастные стандарты функциональных показателей. Чтобы определить, как соответствует масса тела его длине, по шкале регрессии находят длину тела обследованного и отвечающую ей массу тела. Определяют разность между массой тела обследуемого и должной, и делят её на соответствующую сигму регрессии (d_R). Подобным образом устанавливают соответствие окружности груди длине тела.

В зависимости от соотношения между основными показателями (массой тела, окружностью груди и длиной тела), физическое развитие может быть гармоничным (нормальное), дисгармоничным и резко дисгармоничным.

Гармоничным считается развитие, когда масса тела и окружность груди соответствуют длине тела или отличаются от должных величин не более чем на одну сигму регрессии ($\pm d_r$).

Дисгармоничное развитие – это морфо-функциональное состояние, при котором масса тела и окружность груди меньше должных величин на 1,1-2 d_r , а также больше их на столько же за счет повышенного жиросотложения.

Резкое дисгармоничное развитие – морфо-функциональное состояние, при котором масса тела и окружность груди отстают от должных величин на 2,1 d_r и более, или превышают их на столько же вследствие избыточного отложения жира.

Дети, имеющие дисгармоничное, а особенно – резкое дисгармоничное физическое развитие, нуждаются в обязательной консультации специалистов – эндокринологов.

Сотрудниками Горьковского медицинского института (1983 г.) предложен центильный метод оценки состояния здоровья школьников. Разработаны одномерные центильные шкалы по 11 морфологическим и функциональным показателям, предложена оценка уровня достигнутого развития («биологический возраст») и степени его гармоничности. Этот метод можно рассматривать как скрининг-тест, позволяющий выявлять детей с отклонениями в развитии. Так, с помощью таблиц центильного типа можно определить центильную зону, куда попадают показатели массы тела при достигнутом росте.

В серединной зоне (25 - 75-я центили) располагаются средние показатели физического развития (рис.12).

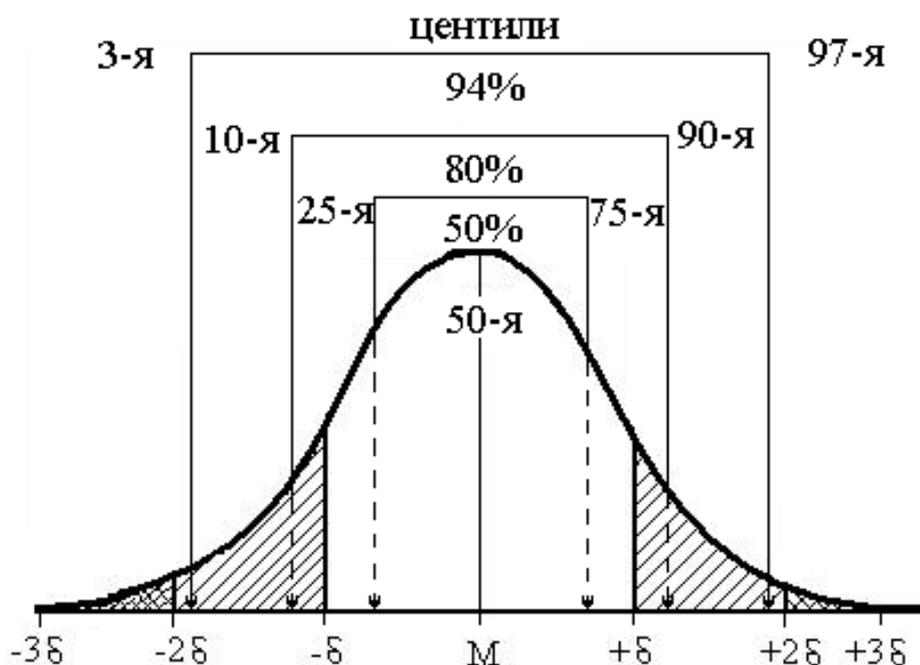


Рис. 12. Сопоставление показателей средних со стандартными отклонениями и центильных показателей (по Блунку).

В зонах от 25 до 10-й центили и от 75 до 90-й находятся величины, свидетельствующие о нижесреднем или вышесреднем физическом развитии, а в зоне от 10 до 3-й и от 90 до 97-й центили – показатели низкого или высокого физического развития. Величины, находящиеся в более крайних положениях, могут быть связаны с патологическим состоянием.

Признавая большое значение социальных факторов на всех этапах развития человека, нельзя пренебрегать его биологическими особенностями. Наследственная информация, полученная от родителей в момент зачатия, представляет собой источник формирования видовых и индивидуальных особенностей человека. Подобно всей генетической информации, являющейся основой развития растительного и животного мира, она подчиняется биологическим законам, лежащим в основе современной генетики как науки. Все признаки, закодированные в генах, расположенных на хромосомах, составляют фенотип организма, а проявляющиеся в сформировавшемся организме – его фенотип. Генотип и фенотип организма во многом не совпадают. Это обусловлено тем, что реализация информации любого гена зависит, прежде всего, от воздействия внутренней среды, создаваемой другими генами, а затем от внешней среды, оказывающей влияние как на генотип в целом, так и на отдельные его части. К внешнесредовым относятся все несредовые влияния, действующие на развивающийся организм до и после рождения.

В процессе онтогенеза генетическая информация реализуется поэтапно, что можно заметить при исследовании почти любого органа или системы, а также организма в целом. В связи с этим очень важное значение имеет окружающая среда, в которой происходит развитие. Так отсутствие надлежащих условий ведет к задержке его, а если они стимулируют реализацию всех возможностей организма, развитие его ускорено. Это положение относится как к физическому, так и к нервно-психическому развитию.

Генотип с рождения ребенка в большинстве случаев проявляется при взаимодействии с внешнесредовыми факторами, в результате чего формируется комплекс фенотипических признаков. Таким фенотипом является конституция человека. Большинство ученых рассматривают конституцию как совокупность функциональных и морфологических особенностей, сложившихся на основе наследственных и приобретенных свойств организма и определяющих его реактивность. В настоящее время наиболее часто фигурируют в литературе три типа конституции, которые в классификации Н.В. Черноруцкого именуется гиперстеническим, нормостеническим и астеническим. Изучение типов конституции медиками велось под углом характеристики особенностей её процессов адаптации, а также резистентности и предрасположенности к заболеваниям. Так, в терапевтической литературе накопилось много данных о существовании выраженной склонности людей астенического телосложения к снижению кислотности желудочного сока, анемии, неврозам, понижению тонуса. Вместе с тем у них повышена сопротивляемость к заболеваниям обмена веществ, реже бывает эмфизема, гипертония, инфаркт миокарда, атеросклероз и другие заболевания сердечно-сосудистой системы. У лиц с гиперстеническим типом конституции, для ко-

торых характерны увеличенные поперечные размеры тела и склонность к полноте, отмечается предрасположенность к болезням обмена веществ, подагре, заболеваниям желчных путей, эмфиземе, гипертонии, атеросклерозу. Инфекции, туберкулез у них встречается относительно редко. Люди с нормостеническим типом конституции отличаются хорошо развитой мышечной системой, крепким атлетическим телосложением. Однако и они предрасположены к таким заболеваниям, как гипертония, ревматизм, гломерулонефрит, гастрит с повышенной кислотностью, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Согласно А.И. Клирину (1980), к числу важных для конституциологии проблем относится «уточнение программы развития» в чувствительные периоды онтогенеза, в особенности на его ранних этапах и во время полового созревания. Уточнение программы развития с помощью внешних агентов, в пределах генетически детерминированных норм реакции может способствовать оптимальной адаптации в реально существующих условиях окружающей среды. Примерами этого могут служить данные Ж.Ж. Рапопорта (1979) об адаптации детей в условиях Севера и Ю.Н. Кириченко (1997) об адаптации детей в условиях сухого и жаркого климата (аридная зона). Исходя из наблюдения, в первом случае автор рекомендует родителям в критические стадии роста и биологического развития детей воздерживаться от перевода их в Заполярье, а если это все-таки необходимо сделать, то совершать переезд в летнее время, что способствует улучшению здоровья и развития детей, повышению их адаптации к условиям Севера. Во втором случае, автор рекомендует, если имеется такая необходимость, перевозить детей в Среднеевропейскую часть России весной, а в сухой и жаркий климат – осенью, что также существенно улучшает их адаптацию в новых климатических условиях.

В 20-м столетии, для большинства экономически развитых стран был характерен процесс *акцелерации*, под которым следует понимать ускорение роста и развития детей и подростков по сравнению с предшествующими поколениями, то есть – ускорение возрастного развития путём сдвига морфогенеза на более ранние стадии онтогенеза. Это понятие было введено в 1935 году немецким гигиенистом Кохом.

Акцелерация получила наиболее чёткое проявление во второй половине 20 века. Так, если в 1940 – 1941 годах масса тела детей удваивалась в 5 – 6 месяцев, то в 1965 – 1973 годах стала удваиваться в возрасте 4 – 6 месяцев; смена молочных зубов на постоянные в 1953 году начиналась с 6 – 7 летнего возраста, а в 1984 году этот процесс стал происходить с 5 – 6 летнего возраста. Существенно изменились (ускорились) и сроки полового созревания; отмечалось ускорение развития вторичных половых признаков и более ранняя морфологическая стабилизация. Процесс окостенения в 80-е годы заканчивался у мальчиков на 2, а у девочек на 3 года раньше, чем в 30-е годы 20 века. В более короткие сроки происходило завершение роста – у девушек в 16-17 лет, а у юношей в 18-19 лет завершалось окостенение длинных трубчатых костей и прекращался рост в длину.

Следствием ускоренного развития детей и подростков является достижение более высоких конечных размеров тела у взрослых, увеличение длительности фертильного периода, рост длительности жизни в целом.

С конца 80-х годов 20 века стали появляться сообщения о стабилизации процесса акцелерации. Вначале эту тенденцию отметили учёные Норвегии, Германии, Италии, Японии, а затем и других экономически развитых стран и к концу 20 века появился даже термин «десельрация» - явление обратное акцелерации. В Российской Федерации с начала 90-х годов также наблюдается замедление и приостановка процесса акцелерации. Однако в разных регионах эта тенденция проявляется неравномерно. Так, если в Санкт-Петербурге и Москве приостановка процесса акцелерации стала отмечаться с 1993 года, то по Курской области этот процесс несколько затянулся и продолжался до 1997 года у мальчиков, а у девочек, по весовому показателю, он продолжался и в 2003 году. В этой связи можно говорить, что акцелерации свойственен как гармоничный, так и дисгармоничный тип процесса.

К гармоничному относят детей, у которых антропометрические показатели и биологическая зрелость выше средних значений для данной возрастно-половой группы, к дисгармоничному типу – детей, у которых, по сравнению с их сверстниками, отмечается усиленный рост тела в длину без одновременного ускорения полового развития или раннее половое созревание без усиленного роста в длину (таблица 37).

Таблица 37

Виды акселерированного развития (по Х.Д. Резлер с соавт., 1974)

Акцелерация в отношении размеров тела	Размеры: выше границы + δ ; Созревание: ниже средних значений соответствующей возрастной группы (в пределах 1 δ - 3 δ)
Акцелерация в отношении созревания	Размеры: ниже средних значений соответствующей возрастной группы (в пределах 1 δ - 3 δ); Созревание: на одну ступень больше и выше средних значений для данной возрастной группы
Гармоничная акцелерация	Размеры: выше пределов + δ ; Созревание: на одну ступень больше и выше средних значений для данной возрастной группы

Рассмотренные сдвиги в физическом развитии, в частности возрастание тотальных размеров тела, часто ведут к астенизации телосложения за счёт недостаточного периметра грудной клетки по отношению к длине тела.

Процесс акцелерации роста и развития – феномен сложной комплексной структуры, в которой тесно переплетены воздействия как биологического, так и в значительной степени социального порядка. Конкретные социальные условия путём реализации генетического потенциала роста и развития определяют темп процесса акцелерации. Прогнозируя его, ученые приходят к выводу, что в ближайшее время в экономически развитых странах произойдет замедление процесса, в то время как в развивающихся странах Азии, Африки и Латинской Америки будет наблюдаться ускорение индивидуального развития детей.

Материалы антропологических исследований свидетельствуют о том, что периоды ускорения и замедления развития наблюдались и в прежние времена, однако их интенсивность была меньше. Известно что, длина тела классических кроманьонцев была около 180 см, а их предполагаемых непосредственных предков – неандертальцев – около 160 см. В наше время при неблагоприятном влиянии внешних факторов (войны, кризисы) скорость акцелерации снижалась. А как только восстанавливались нормальные условия жизни, следовали периоды её интенсификации.

Таким образом, показатели физического развития различных возрастно-половых групп населения дают возможность выявить закономерности и сдвиги в развитии общества, провести индивидуальную оценку при сопоставлении с рассчитанным стандартом. Следовательно, физическое развитие – одна из важнейших проблем современности, которая требует правильных методических подходов к ее изучению и анализу. Детальное изучение показателей, характеризующих физическое развитие, служит одним из критериев спортивной и профессиональной ориентации, а также годности к военной службе и роду войск при призыве в Армию. В акушерстве измерение таза женщины позволяет определить тактику ведения родов. Оценка биологического возраста используется в судебно-медицинской практике.

Контрольные вопросы.

1. Дайте определение понятию «физическое развитие».
2. Какими показателями характеризуется физическое развитие населения?
3. Каково клинико-диагностическое значение оценки физического развития для практического здравоохранения?
4. Какие контингенты населения в РФ в обязательном порядке подлежат освидетельствованию физического развития?
5. Какое имеет значение для практического здравоохранения определение биологического возраста?
6. Какое обязательное условие должно соблюдаться при изучении физического развития?
7. Какие элементы статистической обработки данных физического развития вы знаете?
8. Что такое генерализирующий и индивидуализирующий методы наблюдения процесса физического формирования организма?
9. Что включает в себя комплексная оценка физического развития, предложенная В.Н. Кардашенко?
10. Объясните, какое физическое развитие считается гармоничным, дисгармоничным и резко дисгармоничным?
11. Что понимается под термином «акцелерация»? Какие типы акцелерации вы знаете?

Глава 21. Заболеваемость населения. Международная статистическая классификация болезней.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

Цели

Студент должен:

Знать:

- определение понятия заболеваемости как показателя здоровья населения;
- основные методы и виды изучения заболеваемости;
- учетно-отчетную документацию для сбора и анализа информации;
- необходимость и особенности применения МКБ в практической деятельности врача.

Уметь:

- рассчитывать, оценивать и интерпретировать основные показатели заболеваемости населения;
- использовать полученную информацию о заболеваемости при анализе других показателей общественного здоровья, оценке деятельности учреждений здравоохранения, планировании медицинской помощи и при обучении на профильных кафедрах.

Заболеваемость является одним из важнейших критериев, характеризующих здоровье населения. **Под заболеваемостью подразумевается** показатель, характеризующий распространенность, структуру и динамику зарегистрированных болезней среди населения в целом или в отдельных его группах (возрастных, половых, территориальных, профессиональных и др.) и служащим одним из критериев оценки работы врача, медицинского учреждения, органа здравоохранения.

Как объект научного исследования и практической деятельности учреждений здравоохранения заболеваемость представляет собой сложную систему взаимосвязанных понятий:

- 1) собственно заболеваемость;
- 2) распространенность (болезненность);
- 3) патологическая пораженность;
- 4) истинная заболеваемость.

Собственно заболеваемость – это совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году выявленных среди населения заболеваний. Регистрируется по статистическим талонам (уч. ф. 025-2/у) уточненных диагнозов со знаком (+).

Диагнозы острых заболеваний регистрируются при каждом их возникновении, хронические заболевания только один раз в году, обострения хронических заболеваний в этом году повторно как заболевания не учитываются.

Распространенность (или общая заболеваемость, болезненность) – это совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных как в данном календарном году, так и зарегистрированных в

предыдущие годы, но по поводу которых больной вновь обратился в данном году (все статистические талоны уточненных диагнозов, уч. ф. 025-2/у, образец 5).

Образец 5

МИНЗДРАВ СССР

Наименование учреждения

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация

Форма № 025-2/у

Утв. Минздравом СССР 04.10.80 № 1030

СТАТИСТИЧЕСКИЙ ТАЛОН

для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов

1. Фамилия, имя, отчество _____

Пол _____

2. Адрес _____

3. Участок № 4 _____ терапевтический, цеховой, педиатрический (подчеркнуть)

4. Работает на прикрепленном предприятии, не работает (подчеркнуть)

Проживает постоянно в городе, селе, (подчеркнуть)

Проживает в районе обслуживания да, нет (подчеркнуть)

5. Возраст _____

(для детей до 3-х лет – лет, мес., дней)

6. Диагноз заключительный (уточненный). Для травматологических больных – характер и локализация	Впервые в жизни установленный (отметить +)

7*. Вместо ранее зарегистрированного диагноза _____

8. Заболевание выявлено при обращении за лечением, при профилактическом осмотре (подчеркнуть)

9**. Вид травмы и отравления

а) связана с производством: в промышленности-1, в сельском хозяйстве-2, на строительстве-3, дорожно-транспортная-4, прочий-5.

б) не связана с производством: бытовая-6, уличная (при пешеходном движении)-7, дорожно-транспортная-8, школьная-9, спортивная-10, прочие-11.

*Пункт 7 заполняется в том случае, когда в п.б взамен ранее зарегистрированного в листе записи уточненных диагнозов (в форме №025/у) проставляется новый диагноз.

**Заполняется только при травмах и отравлениях. Код-цифру обвести кружком

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись _____

Патологическая пораженность – это частота патологии среди населения, установленная при единовременных медицинских осмотрах (обследований), в результате которых учитываются все заболевания, а также преморбидные формы и состояния.

Истинная заболеваемость – это обращаемость плюс заболеваемость по медицинским осмотрам и минус не подтвердившиеся диагнозы на медицинских осмотрах.

Кроме того, рассчитывается ряд показателей частоты заболеваний по отдельным возрастным и половым группам. Существует три основных метода изучения заболеваемости (табл. 38):

- по данным обращаемости в ЛПУ;
- по данным результатов медицинских осмотров;
- по данным анализа причин смерти.

Таблица 38

Методы и статистическая документация изучения заболеваемости.

№	Методы изучения заболеваемости	Основной статистический документ
I.	<p>Заболеваемость по данным обращаемости</p> <p>В том числе:</p> <p>1) заболеваемость острыми инфекционными болезнями, пищевыми и острыми профессиональными отравлениями</p> <p>2) заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями (туберкулез, БППП, злокачественные новообразования и пр.)</p> <p>3) заболеваемость с временной утратой трудоспособности</p>	<p>Талон для регистрации заключительных диагнозов (учетная форма № 025-2/у)</p> <p>Экстренное извещение об острозаразном заболевании, пищевом или остром профессиональном отравлении (учетная форма № 058/у)</p> <p>Извещение о важнейших неэпидемических заболеваниях (учетная форма № 089/у – туберкулез, БППП и пр; учетная форма № 090/у – злокачественные новообразования).</p> <p>Листок нетрудоспособности; справка о временной нетрудоспособности студента, учащегося о болезни, карантине и прочих причинах (учетная форма № 095/у); талон на законченный случай временной нетрудоспособности (учетная форма № 025-9/4-у).</p>
II.	<p>4) госпитализированная заболеваемость</p>	<p>Карта выбывшего из стационара (учетная форма № 066/у)</p>
III.	<p>Заболеваемость по данным медицинских осмотров (дети, призывники, работающие подростки и другие декретированные категории населения).</p>	<p>Контрольная карта диспансерного наблюдения (учетная форма № 039/у). Список лиц, подлежащих осмотрам (учетная форма № 048/у)</p>
	<p>Заболеваемость по данным о причинах смерти.</p>	<p>Медицинское свидетельство о смерти (учетная форма № 106/у); медицинское свидетельство о перинатальной смерти (учетная форма № 106-2/у).</p>

Дополнительный официальный источник – данные изучения *причин инвалидности*. Подробную статистическую информацию о инвалидности получают путём разработки «Актосвидетельствования» или «Статистических талонов» к акту. Талон состоит из 17 пунктов, содержащих сведения о больном: возраст, пол, социальная категория, первичное или повторное освидетельствование, диагноз, группа инвалидности, причина инвалидности, трудо-

устройство, лечебное учреждение, направившее на место работы, должность и др.

На основании статистической разработки рассчитываются следующие показатели инвалидности:

- первичная инвалидность (частота первичного выхода на инвалидность);
- структура первичной инвалидности (по заболеваниям, возрастным группам, полу, социальной принадлежности и т.п.);
- частота первичной инвалидности по группам инвалидности;
- распределение первичной инвалидности по группам инвалидности;
- общая инвалидность (частота, контингенты инвалидов);
- динамика инвалидности по группам;
- изменение группы инвалидности при переосвидетельствовании;
- удельный вес впервые вышедших на инвалидность среди контингентов всех инвалидов;
- удельный вес инвалидов с детства среди общего числа инвалидов.

Органы здравоохранения в своей работе широко используют показатели инвалидности, выявляют их тенденции для определения состояния здоровья населения и разработки дальнейших мероприятий по реабилитации инвалидов.

Метод изучения заболеваемости, основанный на данных текущего учета всех обращений во все лечебные учреждения (района, города, области, республики, РФ в целом), является *сплошным*. *Выборочный метод* (более экономичный) позволяет получить важнейшие социально-гигиенические характеристики: изучается заболеваемость различных социальных групп населения по полу, возрасту, в зависимости от различных факторов, условий и образа жизни. По специальным более широким программам изучается заболеваемость по отдельным нозологическим формам (сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, травмы, туберкулез и т.д.).

При изучении заболеваемости необходимо знание основ статистики, в частности, метода стандартизации, позволяющего проводить точный сравнительный анализ показателей. Кроме того, принято рассчитывать ряд показателей, характеризующих:

I. *Общую заболеваемость по данным обращаемости*, включающую в себя такие показатели, как:

1) показатели частоты заболеваемости:

$$\text{Первичная заболеваемость} = \frac{\text{число заболеваний, впервые выявленных в данном году}}{\text{средняя численность населения}} \times 1000$$

$$\text{Распространенность (болезненность)} = \frac{\text{сумма всех первичных обращений по поводу заболеваний, впервые выявленных в данном году и ранее имевшихся за год}}{\text{средняя численность населения}} \times 1000$$

$$\text{Патологическая пораженность} = \frac{\text{число заболеваний и премолебидных состояний, выявленных при медицинском осмотре}}{\text{число осмотренных лиц}} \times 1000$$

2) специальные показатели частоты заболеваемости по формам болезней (нозологии), полу, возрасту и другие (подгрупповые) показатели:

$$\frac{\text{число заболеваний в данной группе}}{\text{численность населения в данной группе}} \times 1000$$

Например:

$$\text{заболеваемость детей в возрасте 4 – 6 лет} = \frac{\text{число вновь возникших заболеваний у детей 4 – 6 лет}}{\text{численность детей в возрасте 4 – 6 лет}} \times 1000$$

Или:

$$\text{заболеваемость данным заболеванием} = \frac{\text{число возникших данных заболеваний}}{\text{средняя численность населения}} \times 1000$$

3) структуру заболеваемости:

$$\frac{\text{число заболеваний по данной нозологической форме}}{\text{число заболеваний}} \times 100\%$$

4) длительность заболеваний:

$$\text{Средняя длительность заболеваний} = \frac{\text{число дней лечения больного с данным заболеванием}}{\text{число случаев данного заболевания}} \times 1000$$

5) число лиц, ни разу не болевших за тот или иной период, или здоровых на определенный момент:

$$\% \text{ ни разу не обратившихся в медицинские учреждения в течение года} = \frac{\text{число лиц, ни разу не обратившихся в поликлинику}}{\text{численность населения района обслуживания}} \times 100\%$$

$$\% \text{ детей до 1 года, ни разу не болевших в году («индекс здоровья»)} = \frac{\text{число детей до 1 года, не обратившихся по поводу заболеваний}}{\text{число детей, достигших одного года жизни}} \times 100\%$$

II. Инфекционную (эпидемическую) заболеваемость:

$$\text{частота выявления инфекционных заболеваний} = \frac{\text{число выявленных инфекционных заболеваний на данной территории}}{\text{средняя численность населения данной территории}} \times 100000$$

$$\text{частота госпитализации инфекционных больных} = \frac{\text{число госпитализированных инфекционных больных}}{\text{средняя численность населения}} \times 100\%$$

$$\text{охват инфекционных больных госпитализацией} = \frac{\text{число госпитализированных инфекционных больных}}{\text{число выявленных инфекционных больных}} \times 100\%$$

$$\text{очаговость} = \frac{\text{число выявленных инфекционных больных данным заболеванием}}{\text{число очагов данного заболевания}}$$

Кроме того, целесообразно рассчитывать сезонность ряда инфекционных заболеваний, для чего необходимо использовать показатели сезонных колебаний, представляющие отношение среднедневных месячных данных к среднегодовым. Иногда может быть использовано распределение годового числа заболеваний по месяцам (в процентах). Для наглядности полученные показатели лучше всего могут быть изображены в виде диаграммы полярных координат.

В основу разработки сезонности берутся данные о числе заболеваний по месяцам, рассматриваются динамические кривые по абсолютным данным и месячным показателям.

III. Заболеваемость важнейшими неэпидемическими заболеваниями.

Анализ неэпидемической заболеваемости осуществляется на основании сведений, имеющих в соответствующих формах статистических отчетов об этих заболеваниях. Полученные данные используются для определения ряда показателей, характеризующих частоту, распространенность и структуру выявленных заболеваний по нозологическим формам с учетом стадии, локализации, пола, возраста и места жительства больного.

IV. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности:

5) показатель частоты (интенсивности) заболеваемости на 100 работающих в год:

$$\frac{\text{число случаев временной нетрудоспособности по первичным больничным листам}}{\text{средняя численность работающих}} \times 100$$

2) показатель тяжести заболеваний на 100 работающих в год:

$$\frac{\text{число дней временной нетрудоспособности за год по первичным больничным листам + их продолжения}}{\text{средняя численность работающих}} \times 100$$

3) средняя продолжительность одного случая нетрудоспособности:

$$\frac{\text{число дней временной нетрудоспособности}}{\text{число случаев временной нетрудоспособности}}$$

4) структура заболеваемости – удельный вес случаев или дней нетрудоспособности в связи с данным заболеванием:

$$\frac{\text{число случаев (дней) нетрудоспособности по данному заболеванию}}{\text{число случаев (дней) нетрудоспособности по всем заболеваниям}} \times 100\%$$

V. Госпитализированная заболеваемость:

1) частота госпитализации:

$$\frac{\text{число госпитализированных за год}}{\text{средняя численность населения}} \times 1000$$

2) госпитализация по поводу данного (определенного) заболевания – производится аналогично расчету частоты госпитализации:

$$\frac{\text{число госпитализированных с данным заболеванием за год}}{\text{средняя численность населения}} \times 1000$$

3) расчет подгрупповых показателей госпитализированных по полу, возрасту, месту жительства, профессии:

$$\text{частота госпитализации детей в возрасте 3 – 6 лет} = \frac{\text{число детей в возрасте 3 – 6 лет госпитализированных за год}}{\text{средняя численность детей в возрасте 3 – 6 лет}} \times 1000$$

4) структура госпитализированных по заболеваниям:

$$\frac{\text{число госпитализированных по данному заболеванию}}{\text{число госпитализированных всего по всем заболеваниям}} \times 100\%$$

5) сроки средней длительности лечения в стационаре по поводу данного заболевания:

$$\frac{\text{число койко-дней, проведенных выписанными больными с определенным диагнозом}}{\text{число выписанных больных с данным диагнозом}} \times 100$$

б) средняя длительность лечения всех больных – рассчитывается аналогично срокам средней длительности лечения в стационаре по поводу данного заболевания.

7) сезонная госпитализация:

$$\frac{\text{число поступивших в стационар в данном месяце (квартале)}}{\text{число поступивших в стационар за год}} \times 100$$

VI. Заболеваемость по данным медицинских осмотров:

1) процент практически здоровых, выявленных во время медицинского осмотра:

$$\frac{\text{число лиц, признанных практически здоровыми}}{\text{число осмотренных}} \times 100\%$$

2) уровень заболеваемости по данным медицинских осмотров:

$$\frac{\text{число заболеваний, выявленных при осмотре}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

VII. Заболеваемость по данным о причинах смерти:

1) показатель летальности:

$$\frac{\text{число умерших от данного заболевания}}{\text{число заболевших этим заболеванием}} \times 100$$

2) показатель смертности от данного заболевания:

$$\frac{\text{число умерших от данного заболевания}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 100000$$

Как видим, каждый из рассмотренных нами методов изучения заболеваемости имеет свои положительные и свои отрицательные стороны. Так, при изучении заболеваемости по данным обращаемости в ЛПУ в основном выявляются заболевания, по поводу которых пациент обращается тогда, когда он ощущает тот или иной симптом болезни или сам констатирует наличие болезненного процесса. Поэтому в заболеваемости по данным обращаемости преимущественно представлены острые заболевания, а хронические заболевания – в основном только в стадии обострения.

В заболеваемости, выявляемой путем медицинских обследований и массовых профилактических осмотров, чаще выявляются болезни, протекающие без явных симптомов, особенно в начальных стадиях или в стадии компенсации, которые не обнаруживаются самими больными.

Учет заболеваемости с утратой трудоспособности охватывает далеко не все заболевания, а только те, которые были причиной временной нетрудоспособности взрослого работающего населения.

При учете заболеваемости по данным регистрации о причинах смерти выявляют наиболее тяжелые состояния и заболевания, закончившиеся летальным исходом.

Таким образом, ни один из методов в отдельности не может полностью охарактеризовать заболеваемость как в целом, так и по отдельным болезням. Каждый из них только в пределах своих возможностей дает представление о распространенности заболеваний. Следовательно, для того, чтобы иметь наиболее полное и достоверное представление о заболеваемости населения, необходимо комплексное использование всех методов. В связи с этим, каждый врач, в соответствии со своей специальностью, должен уметь применять тот или иной метод изучения заболеваемости в отдельности или все эти методы, вместе взятые. В тоже время, ВОЗ указывает на то, что какой бы показатель заболеваемости ни рассчитывался, он должен соответствовать ряду требований: быть надёжным, объективным, чувствительным, точным.

Важным методическим моментом в изучении заболеваемости является *применение единой классификации группировки болезней.*

Международная классификация болезней (МКБ) – это система группировки болезней и патологических состояний, отражающая современный этап развития медицинской науки.

МКБ является основным нормативным документом при изучении состояния здоровья населения в странах – членах Всемирной организации здравоохранения.

Статистическое изучение болезней для практических целей началось в конце 17-го века работой Дж. Граунта по сводкам смертности в Лондоне. Но впервые Международная классификация болезней (МКБ) была сформирована в 1893 году, как Классификация Бертильона или «Международный пе-

речень причин смерти». Этот перечень был принят сессией Международного статистического института в г. Чикаго. С этого времени началась официальная история МКБ. В последующем МКБ пересматривалась каждые 10 лет для того, чтобы она соответствовала современному уровню знаний.

При изучении заболеваемости и смертности населения РФ в настоящее время пользуются «Международной классификацией болезней» десятого пересмотра (МКБ-10), которая была принята в 1989 году 43-й сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения. В России данная классификация действует с 1 января 1998 года.

МКБ-10, как и предыдущие МКБ, построена по 4 принципам:

- 1) принцип этиологии (1, 17 класс);
- 2) принцип патогенеза (2 класс);
- 3) принцип локализации (по нему построено большинство классов);
- 4) принцип общности особых состояний (11 класс).

Но, в отличие от ранее действующих МКБ, в новой 10-й МКБ введена алфавитно-цифровая система кодирования, заменившая цифровую, что позволило расширить рамки классификации с 999 трехзначных рубрик (МКБ-9) до 2600 рубрик (названий болезней). Для шифровки (кодирования) рубрик используется английская буква (первый знак) и две цифры.

В структуре МКБ-10 нашли свое отражение 21 класс болезней:

I класс – некоторые инфекционные и паразитарные болезни;

II класс – новообразования;

III класс – болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения с вовлечением иммунного механизма;

IV класс – болезни эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ;

V класс – психические расстройства и расстройства поведения;

VI класс – болезни нервной системы;

VII класс – болезни глаз и придаточного аппарата;

VIII класс – болезни уха и сосцевидного отростка;

IX класс – болезни системы кровообращения;

X класс – болезни органов дыхания;

XI класс – болезни органов пищеварения;

XII класс – болезни кожи и подкожной клетчатки;

XIII класс – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;

XIV класс – болезни мочеполовой системы;

XV класс – беременность, роды и послеродовой период;

XVI класс – отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде;

XVII класс – врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения;

XVIII класс – симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках;

XIX класс – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;

XX класс – внешние причины заболеваемости и смертности;
XXI класс – факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения.

По сравнению с МКБ-9, в новой МКБ-10 увеличено число классов (с 17 до 21). В класс «Болезни крови и кроветворных органов» включены отдельные нарушения иммунного механизма. Класс болезней нервной системы и органов чувств разделен на классы: VI – «Болезни нервной системы», VII – «Болезни глаза и его придаточного аппарата» и VIII – «Болезни уха и сосцевидного отростка». Вспомогательный E-код заменен на самостоятельный класс XX – «Внешние причины заболеваемости и смертности», а V-код – на класс XXI – «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения». Новая классификация дает возможность оценивать некоторые болезни по степени тяжести путем введения кода множественного поражения органов и систем.

МКБ-10 состоит из трех томов:

- том 1 – содержит основную классификацию болезней, травм и причин смерти;
- том 2 – инструкции по применению для пользователей МКБ;
- том 3 – представляет собой алфавитный указатель к классификации заболеваний (травм), перечня внешних причин повреждений и таблиц лекарств и химикатов (около 5,5 тысяч наименований).

По сути МКБ является международной стандартной диагностической классификацией, однако она не предназначена для индексации отдельных клинических случаев. МКБ можно использовать для классификации болезней и других проблем, связанных со здоровьем, зарегистрированных в различных типах документации. МКБ предусматривает возможность обработки данных о широком спектре признаков, симптомов, отклонений, обнаруженных в процессе исследований, жалоб, социальных обстоятельств, которые могут указывать вместо диагноза в медицинской документации. Благодаря этому МКБ может быть использована для классификации данных, внесённых в такие графы, как «диагноз», «причины госпитализации», «состояния по поводу которых проводилось лечение», «причина обращения за медицинской помощью», которые имеются в разнообразных медицинских документах, откуда извлекаются статистические данные и другие виды информации о здоровье.

Контрольные вопросы.

1. Какие понятия взаимосвязаны с заболеваемостью населения? Дайте определение каждому понятию.
2. Какие методы изучения заболеваемости вы знаете?
3. Какие основные статистические документы используются при изучении заболеваемости?

4. Какие показатели, характеризующие общую заболеваемость по данным обращаемости, вы знаете?
5. Какие показатели характеризуют инфекционную (эпидемическую) заболеваемость?
6. Охарактеризуйте заболеваемость важнейшими неэпидемическими заболеваниями.
7. Как рассчитывается заболеваемость с временной утратой трудоспособности?
8. Какими показателями характеризуется госпитализированная заболеваемость?
9. Какие основные показатели характеризуют заболеваемость по данным медицинских осмотров и по данным о причинах смерти?
10. Какие положительные и отрицательные стороны имеют используемые в статистике основные методы изучения заболеваемости населения?
11. Рассчитайте показатели по ревматизму: собственно заболеваемость, болезненность, летальность и смертность в районе К. Население в районе К. 150000 человек. Зарегистрировано в поликлинике 3320 случаев ревматизма, из них впервые выявлено в данном году – 1100. Умерло от ревматизма 45 человек.
12. Определите частоту дизентерии у детей в возрасте 0–4 лет и в возрасте 5–6 лет в городе Б. Численность детей в возрасте 0–4 лет 1850, из них болели в отчетном году дизентерией 40. Численность детей в возрасте 5–6 лет 2400, из них болели в отчетном году дизентерией 16. К какому виду относительных величин вы отнесете эти показатели, и какую диаграмму примените для изображения этих данных?
13. Какова структура МКБ-10? Основные отличительные черты между МКБ-9 и МКБ-10.
14. С какой целью используется МКБ в практическом здравоохранении?

Раздел 3. Охрана здоровья населения.

Цели:

Студент должен:

Знать:

- определение и основные принципы охраны здоровья;
- элементы системы охраны здоровья населения, основные задачи и особенности организации, деятельности, преемственности в работе основных учреждений системы охраны здоровья населения.

Уметь:

- рассчитывать основные показатели деятельности различных учреждений системы охраны здоровья;
- проводить анализ деятельности этих учреждений;
- подготавливать рекомендации по совершенствованию медицинской деятельности учреждений здравоохранения;
- использовать полученные знания для совершенствования своей профессиональной деятельности.

Глава 22. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП). Амбулаторно-поликлиническая служба.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ.

Цели

Студент должен:

Знать:

- определение лечебно-профилактической помощи;
- структуру и задачи основных учреждений лечебно-профилактической помощи;
- основные виды деятельности лечебно-профилактических учреждений;
- формы преемственности и взаимосвязи между учреждениями лечебно-профилактической помощи.

Уметь:

- использовать полученную информацию для анализа и планирования деятельности учреждений здравоохранения;
- применять полученные знания для обучения на профильных кафедрах и во время производственной практики.

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) разработана стратегия «Здоровье – 21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ», которая дает возможность каждому человеку, каждой семье вести здоровый, продуктивный в социальном и экономическом плане

образ жизни. Реализация этой стратегии направлена в основном через первичную медико-санитарную помощь в соответствующих ей учреждениях. Предпосылкой разработки этой программы являлась проведенная в Алма-Ате в 1978 году международная конференция, на которой была разработана концепция системы ПМСП и принята соответствующая декларация ВОЗ – Алма-атинская декларация. Согласно принятой декларации система ПМСП должна обеспечивать не только лечебную, но и профилактическую работу, а также организацию медицинской помощи прикрепленному населению на всех этапах. Таким образом, *первичная медико-санитарная помощь* является центральной функцией и основным звеном системы здравоохранения любой страны, главной службой оказания медико-санитарной помощи, построенной по принципу «от периферии к центру». Основными принципами деятельности ПМСП являются: справедливость и равенство в распределении и доступности служб здравоохранения, активное участие населения в развитии здравоохранения и др. К основным направлениям (элементам) ПМСП относятся: гигиеническое обучение и воспитание населения, содействие обеспечению рациональным питанием, доброкачественным водоснабжением, иммунизация населения и др., а критериями оценки деятельности по организации ПМСП должны стать: доля внутреннего валового продукта (ВВП), расходуемая на нужды здравоохранения, уровень младенческой смертности и средней продолжительности предстоящей жизни, доступность ПМСП и прочее. В нашей стране вопросы ПМСП отображены в «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993). Так, статья 38 «Основ» гласит: «Первичная медико-санитарная помощь является основным доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинского обслуживания и включает: лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование; проведение мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства, других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства».

В настоящее время на территории РФ медицинская помощь населению оказывается обширной сетью лечебно-профилактических, санитарно-профилактических, фармацевтических учреждений, а также учреждениями судебно-медицинской экспертизы и обязательного медицинского страхования.

Самые многочисленные учреждения, в которых оказывается первичная медико-санитарная помощь (*медико-санитарная помощь первого уровня*) – амбулаторно-поликлинические учреждения, женские консультации, скорая и неотложная помощь, роддома и санитарно-эпидемиологические службы.

Среди амбулаторно-поликлинических учреждений ведущими являются поликлиника и амбулатория, которые составляют более 75% учреждений внебольничного типа.

Поликлиникой называется высокоразвитое специализированное ЛПУ, в котором оказывается медицинская помощь проходящим больным, а также

больным на дому, осуществляется комплекс лечебно-профилактических мероприятий по лечению и предупреждению развития заболеваний и их осложнений.

Деятельность поликлиники в настоящее время в РФ все еще регламентируется приказом Министерства здравоохранения СССР № 1000 «О мерах по совершенствованию организации амбулаторно-поликлинических учреждений» (1981) с последующими незначительными изменениями. В этой связи мощность учреждения и численность персонала (штаты) определяются на основании численности обслуживаемого населения и ожидаемого числа посещений, а финансовые органы до сих пор пристально следят за выполнением так называемого планового объема работы.

К основным структурным подразделениям поликлиники относятся: руководство поликлиники, регистратура со столом справок, лечебно-профилактические, вспомогательно-диагностические подразделения, кабинет учета и медицинской статистики, административно-хозяйственная часть.

По решению руководства в поликлинике могут быть организованы и другие подразделения, в том числе на основе платных медицинских услуг и хозрасчетной деятельности: центры здоровья, отделения нетрадиционных методов лечения и др.

Принцип организации и особенности амбулаторно-поликлинической помощи заключается в: участковости, массовости, общедоступности, профилактической направленности, профессионализмом работы врачей и среднего медицинского персонала.

Размеры территориального терапевтического участка по численности взрослого населения в настоящее время составляет 1700, а цехового – 1600 человек; педиатрического – 800 детей; акушерско-гинекологического – 3300 женщин старше 15 лет.

Особенности амбулаторно-поликлинической помощи определяются следующими факторами работы врача:

- 1) неизвестность в начале каждого дня поликлинического приема состава обращающихся больных;
- 2) ограниченность времени у врача на поликлиническом приеме;
- 3) необходимость быстрой ориентировки врача, владения методами ранней диагностики заболеваний, систематической работы над повышением квалификации;
- 4) меняющийся состав поликлинических больных по сравнению со стационарным;
- 5) необходимость консультаций с другими специалистами и связь с лечебно-диагностическими службами поликлиники;
- 6) особенности лечения больного в амбулаторно-поликлинических условиях, когда диагноз поставлен, назначено лечение, а выполнение врачебных назначений зависит от самого больного.

Важной особенностью амбулаторно-поликлинической помощи является профилактическая работа, конкретным выражением которой является применение *диспансерного метода*. Это активный метод динамического на-

блюдения (диспансеризация) за состоянием здоровья определенных *контин-
гентов* (здоровых и больных) населения с целью раннего выявления заболе-
ваний, взятия на учет и комплексного лечения больных, проведения меро-
приятий по оздоровлению условий труда и быта, по предупреждению воз-
никновения распространения заболеваний, формированию здорового образа
жизни.

Таким образом, в содержании работы участкового врача-терапевта
можно выделить следующие разделы работы: лечебная, профилактическая,
противоэпидемическая, санитарно-просветительская, ведение оперативно-
учетной документации.

*Основные элементы работы участкового врача-терапевта включают
в себя:*

1) лечебную деятельность – терапевтическая помощь в поликлинике и
на дому, госпитализация терапевтических больных, экспертиза трудоспособ-
ности;

2) профилактическую деятельность – профилактические осмотры,
диспансеризация;

3) противоэпидемическую деятельность – выявление инфекционных
больных, профилактические прививки и дегельминтизация;

4) реабилитационную деятельность – способствование всеми мерами
(социальными, медицинскими, физиотерапией, природными факторами) вос-
становлению здоровья и трудоспособности.

При отсутствии показаний к госпитализации или при затруднении её
реализации участковый врач-терапевт организует уход за больным на дому –
стационар на дому, или в поликлинике – *дневной стационар*. В этих случаях
врач обеспечивает проведение больному необходимых клинико-диагности-
ческих исследований, выполнение медицинской сестрой лечебных процедур,
консультации с врачами других специальностей.

Центральным вопросом организации амбулаторно-поликлинической
помощи является *формирование численности медицинского персонала, рас-
становка и использование кадров*. В настоящее время (Методические реко-
мендации по нормированию труда медицинского персонала, 1996 г.) в учре-
ждениях здравоохранения рекомендуются к широкому использованию от-
раслевых показателей расчетных норм времени и объема работы. Нормы
времени служат базой для расчета норм нагрузки (обслуживания), норм вы-
работки, нормативов численности («штатных нормативов»). Таким образом,
основа решения кадровых и финансовых вопросов, - это объемы работы и
трудозатраты на их выполнение, которые характеризуются:

1) обеспеченностью населения амбулаторно-поликлинической по-
мощью, т.е. числом врачебных должностей, занятых этим видом помощи
(расчетный норматив составляет 11,8 врачебных должностей на 10000 взрос-
лого городского населения);

2) нагрузкой медицинского персонала, т.е. числом посещений по-
ликлиники на одного жителя в год (расчетный норматив этого показателя –
9,2 посещений в год на одного городского жителя).

Нагрузка медицинского персонала на приеме в поликлинике и при оказании помощи на дому характеризуется числом посещений на один час работы врача. Норма нагрузки при этом составляет для врача амбулаторного приема 3,4 человека в час, или 17,7 минут на одного пациента. Плановая функция врачебной должности выражается в числе посещений к врачу в течение года и округленно составляет 5600 посещений.

Численность среднего и младшего персонала в амбулаторно-поликлинических учреждениях определяется в зависимости от численности врачебного персонала. Рекомендуемое соотношение составляет в среднем для городских поликлиник 1:2,2:0,9.

Соблюдение принципа участковости определяется *показателем участковости*, который вычисляется следующим образом:

$$\frac{\text{число посещений участкового врача жителями обслуживаемого участка}}{\text{общее число посещений этого врача}} \times 100\%$$

Хорошим показателем участковости принято считать 80% и более посещений, сделанных к своему участковому врачу.

Активность посещений врачом на дому характеризует процент повторных посещений на дому, выполненных врачом активно, т.е. без последовавшего от пациента вызова:

$$\frac{\text{повторные посещения на дому врачом без вызова}}{\text{общее число посещений врачом больных на дому}} \times 100\%$$

Хорошим считается показатель 30% от общего числа посещений врачом больных на дому.

Показатель качества врачебной диагностики на поликлиническом приеме определяется частотой совпадения диагноза, установленного врачами поликлиники и стационара у больных, направленных поликлиникой в стационар:

$$\frac{\text{число совпавших диагнозов поликлиники}}{\text{общее число больных, направленных с данным диагнозом в стационар}} \times 100\%$$

Профилактическую деятельность поликлинических учреждений характеризуют: полнота охвата соответствующих контингентов диспансерным наблюдением, снижение заболеваемости, инвалидности и смертности среди диспансерных больных, охват иммунизацией населения против острых инфекционных и эпидемических заболеваний, выполнение плана санитарного просвещения среди населения.

В целях проведения оценки деятельности амбулаторно-поликлинических (стационарных) учреждений в их составе на правах структурного подразделения организуются *кабинеты медицинской статистики*, непосредственно подчиняющиеся главврачу или его заместителю по лечебной (оргметод) работе. Основными функциями кабинета медицинской статистики являются: организация статистического учета, контроль за правильным ведением документации и достоверности содержащейся в ней информации, составление сводных учетных документов, составление периодического и го-

дового статистического отчетов, разработка отчетных и учетных статистических документов, участие в анализе деятельности учреждения на основании этих разработок; рациональная организация хранения учетных документов текущего года, а также контроль за бесперебойным снабжением ею.

Важнейший документ – годовой статистический отчет (форма № 30), который в установленные сроки представляется вышестоящему органу управления здравоохранением в Госкомстат России. Данный отчет лечебно-профилактического учреждения включает в себя 8 разделов:

- раздел 1: штаты учреждения на конец отчетного года;
- раздел 2: деятельность поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации;
- раздел 3: деятельность стационара;
- раздел 4: работа лечебно-вспомогательных отделений (кабинетов);
- раздел 5: работа диагностических отделений;
- раздел 6: антирабическая деятельность;
- раздел 7: оснащенность электронно-вычислительной техникой;
- раздел 8: техническое состояние зданий.

Статистический отчет амбулаторно-поликлинической помощи составляется на основании данных, полученных из оперативно-учетной документации: медицинской карты амбулаторного больного (уч. ф. 025/у), статистического талона для регистрации заключительного (уточненного) диагноза (уч. ф. 025-2/у), экстренного извещения об инфекционном заболевании, пищевом, остром, профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (уч. ф. 058/у), дневника работы врача (образец 6) поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации (уч. ф. 039/у), контрольной карты диспансерного наблюдения (уч. ф. 030/у), списка лиц, подлежащих диспансерному наблюдению (уч. ф. 048/у), листков нетрудоспособности (справок о временной нетрудоспособности студента, учащегося – уч. ф. 095/у), талонов на законченный случай временной нетрудоспособности (уч. ф. 025-9/4-у), книге регистрации листков нетрудоспособности (уч. ф. 036/у), врачебного свидетельства о смерти (уч. ф. 106/у), извещений о важнейших неэпидемических заболеваниях (уч. ф. 089/у, 090/у), талона (образец 7) амбулаторного пациента (уч. ф. 025-11/у-вр), талона на прием к врачу (уч. ф. 025-4/у), листка учета движения больных (образец 8) и коечного фонда стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, на дому (уч. ф. 007/дс/у-вр).

Информация об оценке работы амбулаторно-поликлинической службы доводится до сведения руководителей учреждения, всех структурных подразделений, врачей и является предметом обслуживания среди сотрудников.

Организация амбулаторно – поликлинической помощи сельскому населению принципиального отличия не имеет, однако есть особенности, которые обусловлены особенностями труда и быта сельских жителей. Это

наименование учреждения _____

ВЕДОМОСТЬ

учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому

Ф.И.О. и должность врача _____ профиль специальности _____

за _____ 20...г.

Участок: территориальный № _____ цеховой № _____

Дата	Число посещений в поликлинике		В том числе в возрасте			Из общего числа посещений по поводу заболеваний			Число посещений на дому			Из общего числа посещений на дому				Виды оплаты посещений				
	всего	сельских жителей	0-14 лет	15-17 лет	60 лет и старше	всего	0-14 лет	15-17 лет	60 лет и старше	на дому	всего	по поводу заболеваний			профилактики и патронажа (0-14)	ОМС	ДМС	платные	бюджет	
												0-14 лет	15-17 лет	60 лет и старше						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				

Подпись врача _____

ТАЛОН АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА
№ медицинской карты _____

1. Дата:			
2. Код пациента:	Ф.И.О.:		
3. Пол: 1 – муж; 2 – жен;	4. Дата рождения:		
5. Документ, удостоверяющий личность (название, серия и номер):			
6. Адрес регистрации по месту жительства:	Код территории:		
7. Житель 1 – город; 2 – село;			
8. Социальный статус: 1 – работает; 2 – не работ.; 3 – учащийся; 4 – пенсионер; 5 – военнослужащий, код: 6 – член семьи военнослужащего.			
9. Категория льготы: 1 – инвалид ВОВ; 2 – участник ВОВ; 3 – воин-интернационалист; 4 – лицо, подвергнутое радиационному облучению;			
10. Инвалидность: впервые: 1 – I группа; 2 – II группа; 3 – III группа; 4 – ребенок-инвалид; 5 – инвалид с детства;			
11. Страховой полис (серия и номер):	Кем выдан:		
12. Вид оплаты: 1 – ОМС; 2 – ДМС; 3 – бюджет; 4 – платные услуги; 5 – другое			
13. Специалист: код: Ф.И.О.			
14. Специалист: код: Ф.И.О.			
15. Место обслуживания: 1 – поликлиника; 2 – на дому; в т.ч. 3 – актив			
16. Цель посещения: 1 – заболевание, в т.ч.: 2 – консультация, 3 – диспансерное наблюдение; 4 – профосмотр; 5 – патронаж; 6 – другое			
17. Результат обращения: случай: 1 – законченный; 2 – незакон.; направлен: 3 – на госпит.; 4 – в дн.стац.; 5 – на консульт.; 6 – на конс в др.ЛПУ			
18. Диагноз основной (код МКБ-10)			
19. Коды медицинской услуги (посещения, МС):			
20. Характер заболевания: 1 – впервые установленное (+); 2 – диагноз установлен в предыдущем году или ранее (-)			
21. Диспансерный учет: 1 – состоит, 2 – взят, 3 – снят, Причина снятия: 1 – выздоровление, 2 – переезд; 3 – перевод; 4 – смерть; 5 – прочее (отказ)			
22. Травма: – производственная: 1 – промышленная; 2 – транспортная; 3 – в т.ч. автотранспортная; 4 – сельскохозяйственная; 5 – прочее; – не производственная: 6 – бытовая; 7 – уличная; 8 – транспортная; 9 – в т.ч. автотранспортная; 10 – школьная; 11 – спорт; 12 – прочие			

23. Заполняется только при изменении диагноза

Ранее зарегистрированный диагноз:	Код МКБ-10:
Дата регистрации изменяемого диагноза:	
24. Диагноз сопутствующий (код МКБ-10):	
25. Коды медицинской услуги (посещения, МС):	
26. Характер заболевания: 1 – впервые установленное (+); 2 – диагноз установлен в предыдущем году или ранее (-)	
27. Диспансерный учет: 1 – состоит, 2 – взят, 3 – снят,	
Причина снятия: 1 – выздоровление, 2 – переезд; 3 – перевод; 4 – смерть; 5 – прочее (отказ)	
28. Диагноз заболевания, осложняющего основной:	
29. Коды медицинской услуги (посещения, МС):	
30. Характер заболевания: 1 – впервые установленное (+); 2 – диагноз установлен в предыдущем году или ранее (-)	
31. Диспансерный учет: 1 – состоит, 2 – взят, 3 – снят,	
Причина снятия: 1 – выздоровление, 2 – переезд; 3 – перевод; 4 – смерть; 5 – прочее (отказ)	
32. Документ временной нетрудоспособности: 1 – открыт; 2 – продлен; 3 – закрыт листок в/н; 4 – закрыта справка	
32.1. по уходу: 1 – муж; 2 – жен; полных лет - (возраст лица, получившего лист в/н)	
32.2. причина выдачи: 1 – заболевание; 2 – по уходу; 3 – карантин; 4 – аборт; 5 – отпуск по берем.и родам; 6 – санаторно-курортн. леч.	

Подпись специалиста _____

наименование учреждения _____

ЛИСТОК

учета движения больных и коечного фонда стационара, при амбулаторно-поликлиническом учреждении, на дому
 (подчеркнуть)

_____ наименование отделения, профиля коек

Фактически раз- вернуто мест	Движение больных за истекшие сутки		На начало текущего дня							
	состояло боль- ных на начало истекших су- ток	поступило больных (без переведенных внутри больницы)			выписано больных	состоит больных				
		всего	из них				переведенных в ста- ционары круглосуточ- ного пребывания	всего	в т.ч. сельских жителей	
		в т.ч. сельских	0-14 лет	15-17 лет	60 лет и старше					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Подпись медицинской сестры _____

Фамилия, И.О., поступивших	Фамилия, И.О. переведенных из круглосуточного стационара	Фамилия, И.О. выписанных	в т.ч. стационары круглосуточного пробеывания

прежде всего значительно меньшая, чем в городе, плотность населения, сезонный характер труда и пр. Оказание медицинской помощи по участковому принципу сельскому населению осуществляется лишь для населения райцентра и приписного участка. Для населения, проживающего на остальной территории, в штате ЦРБ выделяются 0,3 ставки терапевта на 10000 взрослого населения и 0,2 ставки педиатра на 10000 детей.

В связи с этим основной особенностью оказания медицинской помощи сельскому населению является этапность. Различают **три этапа** оказания медицинской помощи жителям села.

I этап – сельский врачебный участок, который включает врачебную амбулаторию, ФАП, детский ясли-сад, здравпункт, санаторий-профилакторий.

Сельский врачебный участок – первичное врачебное звено в системе учреждений, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь сельскому населению.

Амбулатория - это та же поликлиника, но отличающаяся от нее ограниченным уровнем специализации и объема деятельности. В амбулатории ведется прием по небольшому числу основных специальностей: терапии, хирургии, акушерству и гинекологии, педиатрии; численность населения на сельском врачебном участке составляет 2,5 тысячи человек. Однако следует отметить, что в действительности основным учреждением на первом этапе является ФАП, поскольку в каждом районе имеется всего лишь 2-3 амбулатории и, следовательно, 2-3 врачебных участка, а на остальной территории – ФАПы.

II этап – районные медицинские учреждения, к которым относятся ЦРБ, районный центр СЭН, межрайонные специализированные отделения. На этом этапе оказывается преимущественно специализированная медицинская помощь.

III этап – областные (краевые, республиканские) медицинские учреждения, в том числе специализированные поликлиники (например, стоматологическая поликлиника). На третьем этапе оказывается преимущественно узкоспециализированная медицинская помощь.

К основным проблемам сельского здравоохранения можно отнести:

- 1) низкую материально-техническую базу;
- 2) недоступность медицинской (врачебной) помощи для некоторой части населения, что связано с отсутствием должного числа врачебных амбулаторий;
- 3) недостаточный объем специализированной медицинской помощи;
- 4) практически полное отсутствие (за исключением райцентров) скорой медицинской помощи для населения района, что связано с радиусом обслуживания и состоянием дорог;
- 5) низкую квалификацию врачебного и сестринского персонала.

Альтернативой существующей организации медицинской помощи сельскому населению должна стать первичная медико-санитарная помощь по принципу семейного врача. Это даст возможность обеспечить доступность

медицинской и скорой помощи, повысит качество оказания помощи, т.е. в основном устранит обозначенные выше проблемы.

Реорганизация амбулаторно-поликлинической службы, ориентированная на ПМСП, с созданием института врачей общей практики и семейных врачей предопределена концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации. В перспективе в РФ участкового врача должен сменить врач общей практики и семейный врач (приказ МЗ РФ от 20.11.02 г. № 350 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации»). И здесь дело не в смене названия, а в сути его работы, повышении профессионального мастерства, заинтересованности и ответственности. Ключевой фигурой в реформе первичной медицинской помощи должен стать врач, хорошо подготовленный к лечебной работе, освоивший специфику первого и последующего ведения больного, умеющий оказать неотложную и многопрофильную медицинскую помощь, специалист в организации здравоохранения, управления и экономики, а также в области юридических и финансовых проблем, ответственный за обеспечение медицинской помощи на всех её этапах.

В соответствии с государственными квалификационными требованиями к профессии, врач общей практики и семейный врач обязан не только оказывать эффективную медицинскую помощь взрослым и детям, проводить основные лечебно-диагностические процедуры, но и владеть методами первичной и вторичной профилактики, разрабатывать и осуществлять мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья всех членов семьи.

Появление семейного врача, несомненно, может сделать нашу повседневную жизнь более устойчивой и комфортной. Тем более, если такой семейный врач или врач общей практики будет озабочен профилактической направленностью своей деятельности, социально-психологическим влиянием и воздействием на благополучие семейного коллектива, станет проявлять искреннее понимание насущных проблем и потребностей своих подопечных.

Специальность врача семейной и общей практики была признана в феврале 1969 года, когда Американский Совет медицинских специальностей и Совет по медицинскому образованию Американской медицинской ассоциации утвердили первичный Совет по сертификации этой специальности. Однако идея выделения одного врача, ответственного за здоровье семьи (крестьянского двора), была впервые реализована земской медициной в России еще в 1864 году, когда в ряде губерний было введено земско-хозяйственное самоуправление. В 1865 году земские учреждения были введены: в Воронежской, Казанской, Калужской, Костромской, Курской, Московской, Нижегородской, Новгородской, Пензенской, Полтавской, Псковской, Рязанской, Самарской, Санкт-Петербургской, Тамбовской, Тверской, Тульской, Харьковской, Херсонской, Черниговской и Ярославской губерниях. А к 1871 году земские учреждения действовали уже в 34 из 89 Российских губерниях.

Подлинными творцами земской медицины стали те передовые врачи и ученые, чье мировоззрение формировалось в обстановке высокого общест-

венного подъема 60-х годов XIX-го века, чьими идеалами были служение народу, гуманизм и бескорыстие. Среди них – предводитель дворянства Полтавской губернии, врач – князь Долгоруков Н.А. и председатель Казанского общества врачей – профессор Петров А.В., врачи Погожев А.В., Уваров М.С. и др. Многотрудной, поистине подвижнической деятельностью они, намного опередив свое время, внесли неоценимый вклад в теоретическую разработку и практическое осуществление создания в России новой, оригинальной формы организации медицинской помощи и охраны здоровья.

За годы существования земской медицины были разработаны и введены в действие новые принципы оказания медицинской помощи сельскому населению: общедоступность, участковость, бесплатность, санитарно-профилактическая направленность. Единицей учета в земстве был двор (крестьянская семья) и лечение каждого члена семьи проводилась с учетом состояния здоровья всех её членов (всей семьи в целом). Земский врач был образованным специалистом, осуществлявшим квалифицированную медицинскую помощь при заболеваниях терапевтического и хирургического профиля, инфекционных, детских, неврологических заболеваниях, при акушерской и разнообразной хирургической патологии. Это был врач-универсал.

Особенностью земской медицины являлось то, что она финансировалась за счет средств земств. Будучи бесплатной для сельского населения, она стоила огромных средств для земств. В 1868 году в России на медицину земства тратили 18% от всех средств, в 1890 году – 21%, в 1903 году – 28%, а некоторые из земств (Липецкое, Хвалынское, Ливенское и др.) тратили на медицину 45-47% своего бюджета.

За период своего существования с 1864 по 1917 год земская медицина прошла большой путь от возникновения до формирования принципов и организации медицинской помощи сельскому населению. Созданная впервые в нашей стране и не имевшая аналогов в мире, земская медицина стала национальной гордостью России, а её главные ценности, такие, как общедоступность, бесплатность медицинской помощи, профилактическая направленность и участковый принцип, в 1950-х годах были рекомендованы ВОЗ всем странам для систем сельского здравоохранения.

Впервые о возможности перехода к оказанию медицинской помощи по принципу семейного врача в советском здравоохранении заговорили в конце 80-х годов 20 столетия. Так, в газете «Правда» от 27 ноября 1987 года были опубликованы «Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в 12-й пятилетке и на период до 2000 года», в которых среди планируемых мер по повышению качества медицинской помощи предусматривалось «проводить линию на постепенный переход к оказанию медицинской помощи по принципу семейного врача». В 1989 году «Союзмединформ» впервые выпускает обзорную информацию «Где, когда и кому нужен семейный врач», в которой дается анализ зарубежного опыта по проблемам семейной медицины.

В 1992 году Министерством здравоохранения РФ был издан приказ № 237 от 26 августа «О поэтапном переходе к организации первичной меди-

цинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)». В приказе дано определение врача общей практики (ВОП) как специалиста: «**Врач общей практики** (семейный врач) – специалист, широкоориентированный в основных врачебных специальностях и способный оказать многопрофильную амбулаторную помощь при наиболее распространенных заболеваниях и неотложных состояниях».

«Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан», введенными в действие 22 июля 1993 года, предусмотрено, что семья по договоренности всех её совместно проживающих членов имеет право на выбор семейного врача, который обеспечивает ей медицинскую помощь по месту жительства (ст. 22, п. 3). В этих же «Основах» дано определение семейного врача как специалиста: «**Семейный врач** – это врач, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи, независимо от их пола и возраста.» (ст. 59, п. 1).

Исходя из определений «Врач общей практики» и «Семейный врач», приказом МЗ РФ №237 от 26.08.92 г. «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» определена численность обслуживаемого контингента в объеме – не более 1500 человек у *врача общей практики* и не более 1200, с учетом детского (от рождения до 15 лет) населения, у *семейного врача*.

Оказание медицинской помощи по принципу семейного врача наиболее оптимально использовать в сельской местности, в то время как использование специалиста общей врачебной практики наиболее оптимально в городских условиях, где имеется хорошо отлаженная педиатрическая служба.

Нормативно-правовая база, регламентирующая деятельность врача общей практики, семейного врача, включает в себя следующие разделы положения о ВОП (согласно приказу МЗ РФ № 237):

1. Общие положения.
2. Обязанности врача общей практики (семейного врача).
3. Права врача общей практики (семейного врача).
4. Ответственность врача общей практики (семейного врача).

Квалификационные требования к врачу общей практики, семейному врачу включают в себя:

1. Владение основами законодательства по охране здоровья населения, знание структуры и основных принципов здравоохранения, права, обязанностей, ответственности, владение планированием и анализом своей работы, принципами сотрудничества с другими специалистами и службами (социальной службой, страховой компанией, ассоциацией врачей и др.).
2. Знание и соблюдение принципов врачебной этики и деонтологии.
3. Освоение следующих видов деятельности и соответствующих им персональных задач:
4. Профилактику, диагностику, лечение наиболее распространенных заболеваний и реабилитацию пациентов;
5. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи;

6. Выполнение медицинских манипуляций;

7. Организационную работу.

Основные задачи первого вида деятельности: «Профилактика, диагностика, лечение заболеваний и реабилитация пациентов» включает объем деятельности врача общей практики, семейного врача:

1) проведение осмотра и оценка данных физического исследования пациента;

2) составление плана лабораторного и инструментального обследования;

3) умение интерпретировать результаты анализов крови, мочи, мокроты, желудочного сока, дуоденального исследования, капнограммы, ликвора; лучевых, электрофизиологических и других методов исследований;

4) владение принципами и методами профилактики и лечения наиболее распространенных заболеваний; реабилитации пациентов;

5) самостоятельное проведение обследования, диагностики, лечения, реабилитации пациентов, при необходимости, организацию дообследования, консультацию, госпитализацию пациентов, с последующим выполнением назначений и осуществлением дальнейшего наблюдения больного при следующих заболеваниях: внутренние болезни, хирургические болезни, болезни женских половых органов, инфекционные, туберкулез, заболевания нервной системы, психические болезни, кожно-венерические болезни, ЛОР-болезни, глазные болезни, аллергическая патология.

Основные задачи второго вида деятельности: «Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи»:

— Врач общей практики, семейный врач должен уметь самостоятельно диагностировать и оказывать неотложную (экстренную) помощь на догоспитальном этапе при следующих неотложных состояниях: шок, обморок, коллапс, кома, острая дыхательная и сердечная недостаточность, отек гортани, ложный круп, астматический статус, гипертонический криз, кровотечения, аппендицит, утопление, переломы, поражение электрическим током и т.д.

Основные задачи третьего вида деятельности: «Выполнение медицинских манипуляций» включает в себя самостоятельное выполнение:

1) всех видов инъекций;

2) проведения внутрикожных проб;

3) определения группы крови;

4) проведения и расшифровки ЭКГ;

5) спирометрии;

6) внутрисердечного введения лекарственных средств;

7) искусственного дыхания;

8) методов аспирации;

9) непрямого массажа сердца;

10) биопсии, пункции, зондирования;

11) анестезии, первичной обработки ран, ожоговой поверхности;

12) наложения повязок, иммобилизации, вскрытий абсцессов и пр. по всем специальностям.

Основные задачи четвертого вида деятельности врача общей практики, семейного врача: «Организационная работа» включает в себя:

- 1) знание демографической и медико-социальной характеристики прикрепленного контингента;
- 2) пропаганду ЗОЖ, гигиеническое обучение, антиалкогольную, антитабачную и пр. пропаганду;
- 3) дачу рекомендаций по вопросам вскармливания, закаливания, подготовки детей к дошкольным и школьным учреждениям, профориентации и пр.;
- 4) консультацию по вопросам планирования семьи, этики, медико-сексуальных аспектов семейной жизни и пр.;
- 5) проведение противоэпидемических и лечебно-оздоровительных мероприятий;
- 6) проведение работы по выявлению ранних и скрытых форм заболеваний и факторов риска;
- 7) организацию всего комплекса диагностических, лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий;
- 8) проведение диагностики беременности и наблюдение за течением беременности, лечение экстрагенитальных заболеваний, выявление противопоказаний к беременности и направление на её прерывание, ведение послеродового периода;
- 9) совместную с органами социального обеспечения и службами милосердия организацию помощи одиноким, престарелым, инвалидам и хроническим больным, в т.ч. по уходу и устройству в дома-интернаты;
- 10) проведение КЭК, выдачу направления на МСЭК, перевод на облегченную работу; проведение анализа для оценки состояния здоровья прикрепленного контингента; ведения учетно-отчетной документации.

В последующие годы в ходе внедрения общеврачебной практики выявились упущения и недоработки в вышеуказанном приказе и положении о враче общей практики, что послужило поводом для разработки и издания в 1999 году приказа МЗ РФ №463 «Об отраслевой программе «общая врачебная (семейная) практика», в котором предопределено дальнейшее развитие системы общей врачебной (семейной) практики на региональном уровне.

Таким образом, система ПМСП обеспечит не только лечебную, но и профилактическую работу, а также организацию медицинской помощи прикрепленному населению. Несомненно, что с развитием ПМСП и введением врача общей и семейной практики связано совершенствование медицинской помощи населению Российской Федерации.

Контрольные вопросы.

1. Место и роль ПМСП в системе здравоохранения.
2. Что относится к основным направлениям ПМСП? По каким критериям оценивается деятельность ПМСП?
3. Правовая база ПМСП в законодательстве РФ.
4. Что такое поликлиника, какова её структура? Каковы принципы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению?
5. Каковы особенности амбулаторно-поликлинической помощи?
6. В чем заключается диспансерный метод наблюдения за состоянием здоровья населения?
7. Основные элементы деятельности врача терапевта.
8. Чем характеризуются показатели объема работы и трудозатраты врачебной должности?
9. Показатели деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения.
10. Функции кабинета медицинской статистики амбулаторно-поликлинического учреждения.
11. На основании каких данных составляется годовой статистический отчет ф. № 30?
12. Организация амбулаторно-поликлинической помощи сельскому населению; три этапа оказания медицинской помощи жителями села.
13. В чем заключается реорганизация амбулаторно-поликлинической службы в РФ?
14. Что предусматривает появление в системе здравоохранения семейной медицины?
15. Предшественники семейных врачей в России. Значение опыта земской медицины России для международных систем здравоохранения.
16. «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» по вопросам семейной медицины.
17. Функции, объем, нормативно-правовая база деятельности врача общей практики и семейного врача.
18. Квалификационные требования к ВОП и СВ.
19. Основные задачи первого вида деятельности ВОП, СВ.
20. Основные задачи второго и третьего вида деятельности ВОП, СВ.
21. Основные задачи четвертого вида деятельности ВОП, СВ.

Глава 23. Стационарная медицинская помощь.

Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в РФ определены основные задачи, среди которых приоритеты отданы увеличению объема профилактических мероприятий, переносу части медицинской помощи из стационаров на амбулаторное обслуживание, внедрению стационарзамещающих технологий, сокращению длительности госпитального этапа лечения, развитию института врача общей практики, семейного врача, реформированию поликлиник в консультативно-диагностическую службу.

Вместе с тем роль и значение стационарной помощи в условиях нашей страны по-прежнему остаются весьма высокими, а задачи – чрезвычайно актуальными. Ухудшение состояния здоровья населения, увеличение частоты хронических заболеваний, нарастание инвалидизации требуют укрепления стационарного сектора в системе здравоохранения РФ.

В настоящее время стационарная помощь в России представлена разветвленной сетью больничных учреждений: отраслевые, ведомственные, специализированные. Для оказания данного вида помощи в РФ развернуто около 2 млн. коек, а обеспеченность населения составляет 128 коек на 10 тыс. человек. Это дает возможность из каждых 100 обратившихся за медицинской помощью госпитализировать 21 человека, т.е. иначе говоря, процент отбора на койку составляет 21%. Такого большого числа стационарных коек, высокой обеспеченности населения стационарной помощью (128‰) и высокого процента отбора на койку (21%) не существует ни в одной экономически развитой стране. Для сравнения, например, в США обеспеченность койками составляет 55, в Англии – 75, в Германии – 108 коек на 10000 населения. Иначе говоря, для России характерен так называемый экстенсивный путь развития здравоохранения, акцентированный на стационарную помощь. Причинами такого положения являются: низкая квалификация медицинского персонала амбулаторно-поликлинических учреждений, их низкая материальная и техническая оснащенность, а также отсутствие многоуровневой системы организации стационарной помощи.

Организационные формы оказания стационарной помощи населению до настоящего времени, а также структура больничных учреждений и их размещение продолжает зависеть от уровня и характера заболеваемости, что в свою очередь обуславливает характер специализации и мощность больничных учреждений. В связи с этим основными стационарными учреждениями в РФ остаются центральные районные, городские, областные, краевые и республиканские больницы, в которых развернуто более 2/3 всего коечного фонда страны. Ведущими больничными учреждениями в существующей системе здравоохранения являются городские больницы, составляющие около 20% всех больничных учреждений.

Городская больница является лечебно-профилактическим учреждением, оказывающим квалифицированную помощь населению на основе достижений современной медицинской науки и техники.

По виду, объему и характеру оказываемой медицинской помощи и системе организации работы городские больницы бывают:

- 1) по профилю – многопрофильные или специализированные;
- 2) по системе организации – объединенные или необъединенные с поликлиниками;
- 3) по объему деятельности – различной категории (мощности).

Структура городской больницы (без поликлиники):

1) управление больницы – канцелярия, кабинет медицинской статистики, медицинский архив, бухгалтерия, библиотека;

2) лечебная часть – приёмное отделение, медицинские отделения (терапевтическое, хирургическое, травматологическое, онкологическое, урологическое, глазное, ЛОР, детское, гинекологическое, родильное, инфекционное и другие в зависимости от мощности), вспомогательно-диагностические отделения (кабинеты), лаборатории (клиническая, биохимическая, бактериологическая, серологическая), патологоанатомическое отделение, кабинет переливания крови, аптека;

3) административно-хозяйственная часть – кухня, прачечная, гараж, склады и т.д.

Указанная структура больницы является примерной, она может меняться в зависимости от местных условий, мощности больницы (количество коек).

Возглавляет больницу главный врач, который несет ответственность за всю медицинскую и хозяйственную деятельность больницы.

Во главе каждого отделения находится заведующий отделением, назначаемый из числа наиболее квалифицированных врачей, имеющих опыт работы в стационаре и организаторские способности. Заведующий отделением руководит всей лечебной работой в отделении, проводит ежедневные обходы больных, консультирует врачей-ординаторов, выписывает больных из стационара, проверяет правильность лечебных назначений.

Врачи-ординаторы занимаются непосредственно лечением больных. В каждом отделении работают медицинские сестры и младший медицинский персонал.

Основными задачами городской больницы являются:

- 1) оказание специализированной стационарной лечебно-профилактической помощи;
- 2) развитие и совершенствование диспансеризации;
- 3) внедрение новых методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний;
- 4) развитие новых организационных форм оказания стационарной помощи;
- 5) изучение госпитализированной заболеваемости, общей заболеваемости и разработка оздоровительных мероприятий;
- 6) санитарно-гигиеническое воспитание населения;
- 7) повышение квалификации медицинских кадров.

Для анализа деятельности стационара используют разнообразные показатели, которые характеризуют:

- 1) обеспеченность населения стационарной помощью;
- 2) нагрузку медицинского персонала;
- 3) материально-техническую и медицинскую оснащенность;
- 4) использование коечного фонда;
- 5) качество стационарной медицинской помощи и её эффективность.

К показателям определяющим обеспеченность, доступность и структуру стационарной помощи, относятся:

- 1) число коек на 10000 человек населения:

$$\frac{\text{число среднегодовых коек}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 10000$$

- 2) уровень госпитализации населения:

$$\frac{\text{поступило всего больных}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

К этой же группе показателей относятся: обеспеченность койками отдельных профилей в расчете на 10000 человек населения; структура коечного фонда; структура госпитализированных по профилям; уровень госпитализации детского населения.

Нагрузку медицинского персонала характеризуют показатели:

- 1) укомплектованность стационара врачами:

$$\frac{\text{число занятых должностей врачей в стационаре}}{\text{число штатных должностей врачей в стационаре}} \times 100\%$$

- 2) число коек на одну должность врача:

$$\frac{\text{число среднегодовых коек в стационаре (отделении)}}{\text{число занятых должностей врачей в стационаре (отделении)}}$$

Показатели использования коечного фонда необходимы для характеристики объема деятельности стационара, эффективности использования коечного фонда, для расчета экономических показателей работы больницы. К этой группе показателей относятся:

- 1) среднее число дней работы койки в году (занятость койки):

$$\frac{\text{число койко-дней, фактически проведенных больными в стационаре}}{\text{число среднегодовых коек}}$$

Ориентировочный показатель для городских больниц – 330-340 дней (без инфекционных и родильных отделений); для сельских больниц – 300-310 дней; для инфекционных больниц – 310 дней; для городских родильных домов и отделений – 300-310 дней; а в сельской местности – 280-290 дней.

Перевыполнение плана использования коечного фонда, превышающего число календарных дней в году, считается отрицательным явлением. Такое положение создается в результате госпитализации больных на дополнитель-

ные койки, которые не включаются в общее число коек отделения больницы, тогда как дни пребывания больных в стационаре на этих койках входят в общее число койко-дней.

2) средняя длительность пребывания больного на койке:

$$\frac{\text{число проведенных больными койко – дней}}{\text{число выбывших больных}}$$

В настоящее время этот показатель составляет 13-15 дней. Однако уровень этого показателя может колебаться в зависимости от тяжести заболевания и организации медицинской помощи. Поэтому при оценке деятельности больницы по показателю длительности лечения следует сравнивать одноименные отделения и длительность лечения при одних и тех же нозологических формах.

3) оборот койки:

$$\frac{\text{число пролеченных больных}}{\text{(полусумма поступивших, выписанных и умерших)}} \times \text{среднегодовое число коек}$$

Этот показатель дает представление о том, какое число больных прошло лечение в течение года на одной койке. Оптимальным считается показатель в пределах 20. Оборот койки тесно связан с показателями занятости койки и длительности лечения больных.

Качество и эффективность стационарной помощи определяется рядом объективных показателей, к которым относятся:

1) общебольничный показатель летальности:

$$\frac{\text{число умерших в стационаре}}{\text{число выбывших больных (выписанных + умерших)}} \times 100\%$$

2) удельный вес умерших в первые сутки:

$$\frac{\text{число умерших в первые сутки}}{\text{число умерших в больнице}} \times 100\%$$

3) послеоперационная летальность:

$$\frac{\text{число умерших при оперативных вмешательствах в стационаре}}{\text{число всех прооперированных}} \times 100\%$$

4) показатель совпадения (расхождения) диагнозов:

$$\frac{\text{число диагнозов, подтвержденных при аутопсии}}{\text{общее число умерших по данной причине}} \times 100\%$$

Расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов основного заболевания в среднем не должно превышать 10%.

Анализ деятельности стационара на основе соответствующих показателей позволяет выявить недостатки в организации работы, определить резервы коечного фонда и способствует разработке конкретных мер по повышению качества медицинской помощи населению.

В целом же, анализируя показатели, следует иметь в виду, что на них влияют следующие факторы: тип и профиль больницы; состав больных; своевременность обследования; качество лечения; квалификация медицинского персонала; организация работы стационара; качество поликлинической помощи. Поэтому анализ показателей лучше всего проводить путем сравнения: с аналогичными данными по данной больнице за прошлый год; с аналогичными данными по другим больницам; с аналогичными областными, республиканскими данными.

Деятельность стационара отображается в годовом статистическом отчете ф. № 30, который составляется на основе систематического учета работы по формам, утвержденным МЗ РФ. К ним относятся:

- 1) медицинская карта стационарного больного ф. № 003/у;
- 2) журнал приема больных и отказов в госпитализации ф. № 001/у;
- 3) операционный журнал ф. № 008/у;
- 4) журнал регистрации переливания трансфузионных сред ф. № 009/у;
- 5) листок ежедневного учета больных и коечного фонда по стационару ф. № 007/у-вр (образец 9);
- 6) статистическая карта выбывшего из стационара ф. № 066/у (образец 10);
- 7) направление на патолого-гистологическое исследование ф. № 017/у;
- 8) врачебное свидетельство о смерти ф. № 106/у;
- 9) листок нетрудоспособности;
- 10) направление на МСЭК ф. № 088/у;
- 11) сводная ведомость движения больных и коечного фонда за год по стационару ф. № 016/вр-01 (образец 11).

Кроме перечисленных форм учета работы стационара, имеются и другие. Они дифференцируются в зависимости от специфики больницы.

Областные (краевые, республиканские) больницы – это организационно-методические центры высококвалифицированной, специализированной помощи, на которые возлагается решение сложных задач не только по оказанию лечебно-профилактической помощи, но и по реализации комплекса мероприятий, направленных на улучшение здоровья населения территорий России.

Структура областной больницы включает в себя: стационар, консультативную поликлинику, специальные кабинеты и лаборатории, организационно-методический отдел, отделение планово-консультативной и экстренной медицинской помощи.

Коечная мощность областной больницы зависит от численности населения области. В настоящее время существует пять категорий областных больниц от 300 до 1000 и более коек. Наиболее целесообразны областные больницы на 700-1000 коек со всеми специализированными отделениями.

Ф.И.О. поступивших	Ф.И.О. переведенных из других отделений	Ф.И.О. выписанных	Ф.И.О. переведенных		Ф.И.О. умерших	Ф.И.О. больных, находящихся во временном отпуске
			в другие отделения данной больницы	в другие стационары		

Листок учета больных и коечного фонда стационара заполняется в каждом отделении, выделенном в составе больницы, в соответствии со сметой и приказами вышестоящего органа здравоохранения.

По отделениям, имеющим в своем составе выделенные приказы по койке узкого профиля (например, онкологические койки в составе хирургического или гинекологического отделения, койки для детей в составе неврологического отделения и т.д.), в листке записываются первой строкой сведения о числе коек и движении больных в целом по отделению (включая сведения по койкам узких специальностей), в последующие строки-сведения о койках и движении больных по узким специальностям.

При заполнении строк, относящихся к койкам узких специальностей, выделенным в составе какого-либо отделения, показывается движение больных с заболеваниями, соответствующими профилю выделенных коек в данном отделении, независимо от того, на каких койках этого отделения они лежали.

Для получения суммарных данных по койкам узких специальностей и проверенных в кабинет статистики, полученных в дневник учета больных и коечного фонда, ведущийся по койкам узких специальностей, вносится в кабинет статистики, вносится в дневник учета больных и коечного фонда, ведущийся по койкам узких специальностей.

Примечание: если учет в койке и имеющихся в ней отделений ведется сестрой, то заполнение отдельных листков нецелесообразно. В таких больницах ведется дневник учета больных и коечного фонда по стационару в целом, имеющимся в нем отделениям и койкам узкого профиля последовательно за каждый день месяца с последующим суммированием месячных сведений.

Образец 10

Министерство здраво-
охранения РФ
Медицинская документация
Форма №

Наименование учреждения
066/у-вр

Утверждена Минздравом РФ

**СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ СТАЦИОНАРА,
ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПРИ СТАЦИОНАРЕ,
ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПРИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ УЧ-
РЕЖДЕНИИ, СТАЦИОНАРА НА ДОМУ (подчеркнуть)**

№ медицинской карты _____

1. Код пациента: _____ 2. Ф.И.О: _____
3. Пол: муж 1 жен 2 4. Дата рождения _____
5. Документ, удостов. личность: название, серия и номер _____
6. Адрес; регистрация по месту жительства _____
Код терр. проживания: _____ 7. Житель: город 1; село 2;
8. Социальный статус: Работает 1; Не работает 2; Учащийся 3; Пенсионер 4;
Военнослуж. 5 Код _____; Член семьи военнослужащего 6
9. Категория льготности (обозначить): инв ВОВ; участник ВОВ; воин-интернац.; лицо,
подвергшееся радиационному облучению; в т.ч. в Чернобыле; инв. 1 гр. инв. II гр.; инв.
III гр.; ребенок-инв.; инв. с детства; прочие
10. Страховой полис (серия, номер): _____
Выдан: кем _____ Код терр.: _____
11. Вид оплаты: ОМС 1 ДМС 2 Бюджет 3 Платные услуги 4 Другое 5
12. Кем направлен _____ № напр. _____ Дата: ____ . ____ . ____
13. Кем доставлен _____ Код _____ номер наряда _____
14. Диагноз направившего учреждения _____
Код МКБ _____
15. Диагноз приемного учреждения _____
Код МКБ _____
16. Доставлен в состоянии опьянения: Алкогольного 1; Наркотического 2
17. Госпитализирован по поводу данного заболевания в текущем году:
первично 1; повторно 2; по экстренным показаниям 3
18. Доставлен в стационар от начала заболевания (получения травмы):
в первые 6 часов 1; в теч. 7-24 часов. 2; поздн. 24-х часов 3
19. Травма: - производ. промышл.1; транспорт 2, в т.ч. автодор.3; с/хоз 4; прочие 5
- не производ. бытовая 6; уличная 7; транспорт. 8, в т.ч. автодор. 9
школьная 10; спортивная 11; прочие 12
20. Дата поступления: ____ . ____ . ____ Время: ____ . ____
Подпись врача приемного отделения _____ Код _____
21. Дата выписки (смерти): ____ . ____ . ____ Время: ____ . ____
22. Исход госпитализации: выписан с улучшением (выздоровление) I;
выписан на долечивание 2; перевод. в др. стационар 3; др. причина 4; умер 5 23. Про-
должительность госпитализации (койко-дней): _____
24. Листок нетрудоспособности: открыт: _____ закрыт: _____
- 24а. По уходу за больным Полных лет: ____ Пол: муж. 1 жен. 2

Образец 10

Оборотная сторона

25. Движение пациента по отделениям:

№ №	Код отделения	Профиль коек	Код врача	Дата поступления	Дата выписки перевода	Код диагноза по МКБ	Код медицинского стационара	Код прерванного случая
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

26. Хирургические операции (обозначить: основную операцию, использование специальной аппаратуры):

Дата, час	Код хирурга	Код отделения	Основная операция	Операция		Осложнение		Анестезия	Использ. спец. аппаратуры		
				наименование	код	наименование	код		эндо.	лазер	крио.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

27. Обследован: RW 1 AIDS 2

28. Диагноз стационара:

Клинический заключительный	Основное заболевание Код МКБ	Осложнение Код МКБ	Сопутствующие заболевания Код МКБ
	Патолого-анатомический		

29. Дефекты догоспитального этапа: несвоевременность госпитализации 1;
 недостаточный объем клиничко-диагностического обследования 2;
 неправильная тактика лечения 3; несовпадение диагноза 4.

Подпись заведующего отделением _____

Сводная ведомость движения больных и коечного фонда за 20...год
по стационару, отделению или профилю коек стационара круглосуточного пребывания -1, дневного стационара -2
(подчеркнуть)

_____ наименование отделения, профиль коек

Движение больных и коечного фонда	Число коек в пределах	Свернуты на ремонт		Среднемесячных коек	Состояло больных на начало отчетного периода	За отчетный период						кроме того:					
		Всего факт. раз-вернутых				Поступило больных	Переведено боль-ных внутри больни-цы		Выписано больных	умерло	Проведено больными кой-кодней в круглосуточном стационаре	Сельскими жителями	Проведено койко-дней по уходу	Число койкодней закрытия			
	в возрасте (из гр.б)	сельских жителей	в возрасте (из гр.б)	в другие отделения	в другие отделения		всего	Преведно в другие ста-ционары									
						0-14 лет			15-17 лет	60 лет и старше	из других отделений						
Январь																	
Февраль																	
Март																	
Апрель																	
Май																	
Июнь																	
за полугодие																	
Июль																	
Август																	
Сентябрь																	
Октябрь																	
Ноябрь																	
Декабрь																	
за год																	

К основным задачам областных больниц относятся:

- 1) оказание населению области высококвалифицированной специализированной медицинской помощи с применением новейших методов диагностики и лечения, которые не могут быть осуществлены в других ЛПУ городов и в сельских районах;
- 2) оказание методической и консультативной помощи всем ЛПУ области;
- 3) оказание консультативной помощи больным, направляемым из сельских лечебных учреждений;
- 4) оказание ЛПУ помощи по вопросам организации, постановки и повышения качества больничного и внебольничного медицинского обслуживания;
- 5) организация и проведение на базе этих больниц и других специализированных учреждений мероприятий по повышению квалификации врачей и средних медицинских работников;
- 6) оказание специализированной планово-консультативной и экстренной медицинской помощи населению области;
- 7) изучение общей заболеваемости и заболеваемости с временной утратой трудоспособности;
- 8) оказание помощи областному (краевому) управлению здравоохранения в разработке различных вопросов по совершенствованию организации медицинского обслуживания населения.
- 9) Как видим, областная больница является лечебным, научно-организационным, методическим и учебным центром здравоохранения области.

Структурной частью областной больницы является организационно-методический отдел, непосредственно подчиняющийся главному врачу и в состав которого входит отделение экстренной (медицина катастроф) и планово-консультативной помощи. Это отделение имеет в своем распоряжении санитарную авиацию и санитарный транспорт.

Кроме того, больница располагает передвижными кабинетами (стоматологическим, флюорографическим и др.), которые, согласно плану, выезжают в различные сельские районы области для оказания медицинской помощи населению на местах.

Центральная районная больница (ЦРБ) – это ведущее лечебно-профилактическое учреждение района.

На нее возлагается руководство всей сетью здравоохранения в районе. Главный врач такой больницы одновременно является главным врачом района. Ему подчинены все ЛПУ, расположенные на территории района (за исключением ведомственных и областного подчинения).

ЦРБ должна решать следующие основные задачи:

- 1) обеспечивать население района квалифицированной специализированной стационарной и поликлинической медицинской помощью;
- 2) обеспечивать организационно-методическое руководство и контроль над деятельностью всех ЛПУ района; планировать, финансировать и организовывать материально-техническое снабжение учреждений здравоохранения района;

3) постоянно разрабатывать и осуществлять мероприятия, направленные на повышение качества медицинского обслуживания населения района, снижение заболеваемости, инвалидности, больничной летальности, общей и младенческой смертности;

4) повышать квалификацию врачей и средних медицинских работников района.

В состав ЦРБ входят: стационар с приемным отделением, поликлиника с консультативными приемами врачей-специалистов для жителей района, лечебно-диагностические отделения, кабинеты и лаборатории, организационно-методический кабинет, отделение скорой и неотложной медицинской помощи, патологоанатомическое отделение с моргом, хозяйственная служба.

Существует шесть категорий ЦРБ от 100 до 400 коек, со средней коечной мощностью ЦРБ расположенных в городских поселках – 270 коек, в сельских поселках – 165 коек.

Наряду с ЦРБ в районах продолжают функционировать участковые больницы.

Участковая больница – первичное врачебное звено по оказанию медицинской помощи сельскому населению. Она возглавляет комплекс учреждений, входящих в так называемый сельский врачебный участок (участковую больницу, амбулаторию, фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты).

Характер и объем медицинской помощи в участковой больнице определяется её мощностью, оснащением, наличием врачей-специалистов.

По мощности участковые больницы бывают четырех категорий:

I – 75-100 коек; II – 50-75 коек; III – 35-50 коек; IV – 25-30 коек.

Средняя коечная мощность участковых больниц примерно 35 коек.

Однако независимо от мощности в любой участковой больнице должна быть оказана стационарная помощь терапевтическим и инфекционным больным, помощь в родах, лечебно-профилактическая помощь детям, неотложная хирургическая и травматологическая помощь, стоматологическая помощь.

Основными задачами участковой больницы в медико-санитарном обслуживании населения участка являются:

1) снижение заболеваемости, инвалидности и смертности населения, проживающего на территории участка;

2) профилактика и ликвидация инфекционных заболеваний на участке;

3) диспансерное наблюдение за основными группами населения участка;

4) проведение комплекса медико-санитарных мероприятий, направленных на охрану здоровья матерей и детей;

5) проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на борьбу с такими заболеваниями, как туберкулез, злокачественные новообразования, кожно-венерические заболевания, заболевания краевой патологии (бруцеллез, туляремия, зоб, клещевой энцефалит и т.п.).

При сельской участковой больнице на правах отделения должна быть передвижная амбулатория для приближения квалифицированной врачебной помощи населению обслуживаемого средними медицинскими работниками ФАПов.

Внедрение экономических методов управления отраслью, введение системы обязательного медицинского страхования и потребность в повышении конкурентоспособности ЛПУ диктует **проведение структурной реорганизации** не только амбулаторно-поликлинической, но и стационарной медицинской помощи по следующим основным направлениям:

1. Организация больниц (отделений) с высоким уровнем интенсивности лечебно-диагностического процесса, в которых оказывается экстренная медицинская помощь, например, больным с острой травмой, с инфарктом миокарда. Эти больничные учреждения должны быть оснащены соответствующим медицинским оборудованием, иметь значительно более высокую обеспеченность медицинскими кадрами, лекарственными средствами и пр.

Потребность в таких стационарах составляет 9-10% от общей коечной мощности. Средние сроки пребывания в них не длительные, необходимые только для купирования острых состояний. Для дальнейшего проведения лечебных мероприятий больные должны переводиться в другие стационарные медицинские учреждения.

2. Больницы (отделения), ориентированные на лечение плановых больных среднесрочного пребывания по нозологическим группам. Соответственно стандарты оснащения, кадрового и иного обеспечения у таких стационаров иные. Сроки пребывания больных на койке также иные – среднесрочные.

Примерная потребность в больничных учреждениях этого типа составляет 50-60% от общей коечной мощности.

3. Больницы (отделения) долечивания и медицинской реабилитации, сеть которых у нас в стране развита крайне недостаточно. В результате больные с последствиями травмы, инсульта и других заболеваний фактически не имеют возможности получать стационарную реабилитацию.

Потребность в этих видах медицинской помощи составляет около 20% от общей коечной мощности.

4. Медико-социальные больницы (отделения) – больницы сестринского ухода или хосписы. Отличительной чертой этого типа больничных учреждений является то, что пациентов могут направлять в такие больницы как органы и учреждения здравоохранения, так и органы социального обеспечения.

Потребность в таких учреждениях составляет 10-20% от общей коечной мощности. Особое внимание в них должно быть уделено созданию лечебно-охранительного режима, обеспечению поддерживающего лечения и ухода. Работают в этих учреждениях медицинские сестры и социальные работники, которые осуществляют выполнение назначений врачей и уход за больными, в том числе и обреченными на смерть.

Все перечисленные типы стационарных учреждений должны развиваться на основе специализации и внедрения новейших дорогостоящих технологий, обеспечивающих высокое качество медицинской помощи.

В настоящее время международный стандарт определяет оптимальный размер больницы общего типа в 600-800 коек, допустимый минимальный размер 300-400 коек, что дает возможность развернуть больничные койки по 5-7 основным специальностям, улучшает управление ими. При этом сохра-

няться, и будут развиваться федеральные, региональные центры специализированной медицинской помощи разных профилей (кардиологические, охраны материнства и детства, онкологические, профпатологии и пр.).

Процесс становления новой формы ПМСП предусматривает развитие и таких прогрессивных форм оказания стационарной помощи, как **стационары на дому и дневные стационары**.

I. *Стационары на дому* впервые в России были организованы в 30-е годы XX века. В настоящее время доказана их экономическая, социальная и медицинская эффективность.

Существует два пути организации стационаров на дому: организация при больницах на правах самостоятельных отделений и организация при поликлиниках.

Более целесообразна организация стационаров на дому при больницах, т.к. в этом случае легче использовать аппаратуру и медицинские кадры для лечения больных, а также имеется больше возможностей для последующей (в случае необходимости) госпитализации.

Стационары на дому показаны следующим контингентам:

- 1) немобильные больные из-за тяжести состояния;
- 2) пациенты, которые отказываются от госпитализации, но которым показано стационарное лечение.

К ним относятся больные имеющие следующие нозологические формы:

- а) сердечно-сосудистые заболевания;
- б) острые и хронические заболевания легких;
- в) язвенная болезнь;
- г) заболевания почек;
- д) онкозаболевания.

Руководство деятельностью стационаров на дому осуществляет заместитель главного врача по лечебной работе. Отбор пациентов в стационары на дому проводит участковый врач или заведующий отделением поликлиники. В большинстве случаев это будут больные с хронической патологией и лица пожилого и старческого возраста.

При лечении больных в стационаре на дому на них заводится карта больного дневного стационара на дому (стационара дневного пребывания в больнице) ф. № 003-2/у, где записываются результаты обследования, наблюдения, сведения об оказанной помощи. Хранятся эти карты в больнице. Посещение больного врачом осуществляется в первой половине дня вечером и в воскресные дни врачебная помощь осуществляется дежурным врачом, а ночью – скорой медицинской помощью. В осуществлении ухода за больными в домашних стационарах также участвуют социальные работники.

К достоинствам стационаров на дому можно отнести:

- 1) сохранение привычного социального окружения (связей);
- 2) уменьшение обращаемости населения за скорой медицинской помощью;
- 3) стоимость стационаров на дому в 2-4 раза ниже, чем обычных стационаров, т.к. расходы идут только на заработную плату медицинскому персону;

налу, хозяйственные расходы (транспорт), стоимость медикаментов и лабораторных исследований (лечение бесплатное) и не происходит расходов на приобретение мягкого и твердого инвентаря, ремонт зданий и т.д.

В то же время нахождение больного в стационаре на дому имеет и недостатки, выражающиеся в следующем:

- 1) ограничение возможностей лабораторных и инструментальных исследований;
- 2) некачественная диагностика и хронизация процесса;
- 3) ограничение возможностей проведения физиотерапии;
- 4) ограничение специализированной помощи (в общем объеме она составляет 4-9,6%).

II. *Дневные стационары* впервые были созданы в 70-е годы 20-го века при противотуберкулезных и психоневрологических диспансерах. В дальнейшем они получили распространение в педиатрии, хирургии и других узких специальностях.

Организируются дневные стационары, в основном, при поликлиниках и диспансерах. Решение о необходимости лечения в дневных стационарах принимается клинико-экспертной комиссией (КЭК). В дневных стационарах подлежат лечению:

- 1) больные трудоспособного возраста, страдающие хроническими заболеваниями органов пищеварения, дыхательной системы, лица с некоторыми формами сердечно-сосудистой патологии;
- 2) больные, у которых в момент обращения в поликлинику развились внезапные осложнения, требующие оказания неотложной помощи.

В дневных стационарах проводятся диагностические исследования (контрастная, экскреторная урография и пр.) и лечение больных с привлечением узких специалистов.

К достоинствам дневного стационара можно отнести следующие моменты:

- 1) высокую пропускаемую способность. Так, например, в одном дневном стационаре в течение года можно провести лечение до 546 человек;
- 2) сокращение сроков госпитализации в обычном стационаре за счет долечивания и оказания медицинской помощи в дневном стационаре перед госпитализацией в обычный стационар;
- 3) сокращение сроков временной нетрудоспособности;
- 4) полноценность стационарной помощи;
- 5) сохранение первичного социального окружения.

Таким образом, дневные стационары и стационары на дому являются прогрессивными формами стационарной помощи. Они получают все более широкое распространение как за рубежом, так и в нашей стране, что связано с простотой их организации, экономической выгодой на фоне увеличивающегося старения населения и экономических трудностей переходного периода к новой социальной формации общества. В Западной Европе медицинская помощь на дому в настоящее время составляет от 10 до 30% всех случа-

ев обращений к врачу, а в России – 27-30% в объеме терапевтической помощи.

Контрольные вопросы.

1. Объем оказания стационарной помощи в РФ и в экономически развитых странах в настоящее время.
2. Городская больница – ведущее больничное учреждение; структура городской больницы.
3. Основные задачи городской больницы; показатели деятельности.
4. Показатели качества и эффективности стационарной помощи; факторы, влияющие на показатели деятельности.
5. Основные статистические формы деятельности стационара.
6. Областная больница: структура, коечная мощность, основные задачи, организационно-методический отдел.
7. Центральная районная больница: основные задачи, структура, категории.
8. Участковая больница: основные задачи, мощность, объем деятельности.
9. Основные направления реорганизации стационарной помощи.
10. Прогрессивные формы оказания стационарной помощи.
11. Достоинства и недостатки стационаров на дому и дневных стационаров.

Глава 24. Система охраны здоровья матери и ребенка.

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

Показатели здоровья женщин и детей являются особенно чувствительными индикаторами социально-экономического развития общества. В системе охраны материнства и детства можно выделить семь этапов оказания лечебно-профилактической помощи, последовательное осуществление которых определяет организационное единство этой системы:

I этап – формирование здоровья девочки как будущей матери; подготовка ее к будущему материнству;

II этап – лечебно-профилактическая помощь женщине до наступления беременности;

III этап – антенатальная охрана плода;

IV этап – интранатальная охрана плода; сохранение здоровья женщины в период родов;

V этап – охрана здоровья новорожденного и матери в послеродовой период;

VI этап – охрана здоровья ребенка до поступления в школу;

VII этап – охрана здоровья школьника и передача его во взрослую сеть.

Реализация задач, стоящих на всех этапах системы охраны материнства и детства, осуществляется действующей в стране широкой сетью специализированных учреждений, к которым относятся: детские ясли, дома ребенка, родильные дома, молочные кухни, детские больницы и поликлиники, женские консультации.

Все учреждения системы охраны материнства и детства могут быть условно разделены на две группы:

1 – учреждения, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь женщинам;

2 – учреждения, оказывающие лечебно-профилактическую помощь детям.

I. Акушерско-гинекологическая помощь.

Акушерско-гинекологическая помощь населению осуществляется следующими типовыми учреждениями: родильными домами (общего профиля и специализированными); женскими консультациями (самостоятельными, в составе объединенного родильного дома, поликлиники или амбулатории); акушерско-гинекологическими отделениями многопрофильных городских и прочих больниц; НИИ акушерства и гинекологии; НИИ охраны материнства и детства; перинатальными центрами; женскими консультациями и гинекологическими кабинетами медико-санитарных частей; смотровыми кабинетами поликлиник; консультациями "Брак и семья"; медико-генетическими консультациями (кабинетами); санаториями для беременных и другими учреждениями, не предусмотренными номенклатурой.

Основными учреждениями, оказывающими амбулаторно-поликлиническую помощь женщинам, являются женские консультации.

Женская консультация (ЖК) - ЛПУ диспансерного типа, осуществляющее амбулаторное акушерско-гинекологическое наблюдение за женщинами во все периоды их жизни.

К задачам ЖК относятся:

- проведение мероприятий первичной профилактики, в которую входит наблюдение за женщинами не только в период беременности, но и в течение всей жизни с целью предупреждения возникновения заболеваний, а следовательно сохранения их здоровья;

- оказание лечебной и профилактической помощи женщинам во время беременности, родов и после родов;

- снижение материнской и перинатальной смертности;
- снижение невынашиваемости беременности;
- проведение физиопсихопрофилактической подготовки беременных к родам;
- оказание лечебной помощи при гинекологических заболеваниях;
- проведение работы по контрацепции и профилактике абортот;
- изучение условий труда работающих женщин;
- проведение гигиенического воспитания и обучения женщин, формирование здорового образа жизни;
- обеспечение преемственности в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных с акушерско-гинекологическими стационарами и другими ЛПУ (поликлиникой, детской поликлиникой, кожно-венерологическим диспансером и др.);
- оказание социально-правовой помощи женщинам.

Основными структурными подразделениями современной ЖК являются: регистратура, кабинеты участковых акушеров-гинекологов, кабинеты по профилактике беременности, кабинеты психопрофилактической подготовки к родам, физиотерапевтический кабинет, манипуляционная, кабинеты для приема терапевта, онкогинеколога, венеролога, стоматолога, социально-правовой кабинет, комната «молодой матери», операционная для проведения амбулаторных операций, эндоскопический кабинет и цитологическая лаборатория, клиничко-диагностическая лаборатория, кабинет функциональной диагностики, рентгеновский кабинет, кабинеты администрации и АХЧ.

Свою работу ЖК осуществляет по территориально-участковому принципу: один акушерско-гинекологический участок включает территорию приблизительно двух терапевтических участков (4000-4500 женщин всех возрастов, в том числе 3000-3500 - старше 15 лет). На промышленных предприятиях акушер-гинеколог работает по установленному для всех врачей цеховому принципу, обслуживая 1500-2000 женщин.

В ЖК на 8 и более участков имеются кабинеты для приема терапевтом, венерологом, стоматологом и социально-правовой кабинет. Должность врача-лаборанта вводится в ЖК при наличии 20 должностей врачей, ведущих амбулаторный прием. Число должностей участковых акушерок соответствует числу должностей врачей акушеров-гинекологов.

Режим работы ЖК необходимо строить с учетом обеспечения амбулаторной акушерско-гинекологической помощью женщин в их нерабочее время, т.е. с 8.00 до 20.00, а по субботам, воскресеньям, праздничным и предпраздничным дням – с 9.00 до 18.00. Профилактическая работа на участке проводится в специально выделенные для этой цели 3-4 дня в месяц.

Участковый врач акушер-гинеколог имеет следующие расчетные нормативы нагрузки: 5 женщин за 1 час приема, 8 – при профилактических осмотрах и при работе на дому – 1,25 вызова в час.

Участковый принцип позволяет акушеру-гинекологу осуществлять постоянную связь с участковым терапевтом, педиатром и другими специалистами. Это способствует своевременному выявлению соматических заболе-

ваний у женщин вне беременности, решению вопросов о возможности сохранения беременности у женщин, страдающих теми или иными заболеваниями, всестороннему их обследованию и установлению соответствующего режима и лечения, а в ряде случаев совместного диспансерного наблюдения, для чего акушер-гинеколог должен иметь точный список проживающих (работающих) на его участке женщин старше 15 лет.

С целью лучшего выявления гинекологической заболеваемости каждая женщина территориального участка должна быть осмотрена врачом один раз в год, а каждая работница промышленного предприятия – 2 раза в год. Данные осмотра заносятся в амбулаторную карту больного (уч. Ф. 025/у).

Профилактическим осмотрам подлежат все женщины с 15 лет (пальцевое исследование через прямую кишку), а с 18 лет гинекологический осмотр проводится с взятием мазка для цитологического исследования. При выявлении серьезных нарушений со стороны женской половой сферы врач берет женщину на диспансерное наблюдение (уч. Ф. 030/у – контрольная карта диспансерного наблюдения) или направляет на госпитализацию.

Диспансеризации в женской консультации подлежат следующие группы женщин:

I группа – здоровые и беременные;

II группа – акушерская: женщины с неблагоприятным акушерским анамнезом (осложнения в предыдущих родах, невынашивание и недонашивание, мертворождение, рождение детей с аномалиями, перенесшие кесарево сечение);

III группа – гинекологическая: женщины с определенными гинекологическими заболеваниями (эрозия шейки матки, полипы цервикального канала, фибромиома матки, опухоли яичников, пузырьный занос, хорионэпителиома, лейкоплакия, воспалительные процессы придатков матки с частыми рецидивами, маточные дисфункциональные кровотечения, злокачественные новообразования, бесплодие и т.д.).

Из числа гинекологических больных примерно 30% подлежат диспансеризации. У женщин до 35 лет преобладают воспалительные заболевания, после 35 лет – опухоли, опущения и выпадения половых органов, что требует проведения маммографии 1 раз в 2 года.

Диспансерное наблюдение за беременными в ЖК (приказ МЗ РФ от 0.02.2003 г. № 50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях») осуществляется следующим образом: при первом обращении беременной в женскую консультацию на нее заводится индивидуальная карта беременной и родильницы (уч. ф. 111/у), куда заносят паспортные данные, сведения подробно собранного анамнеза. Особое внимание уделяется при этом исходу предыдущих беременностей и родов, особенностям менструальной функции, состоянию здоровья женщины. В карте фиксируют также данные общего осмотра женщины (рост, масса тела, размеры таза), артериального давления на обеих руках, данные специального гинекологического осмотра.

Каждая беременная направляется на консультацию к терапевту (в первую и вторую половины беременности), стоматологу, ЛОР-врачу, и при необходимости к другим специалистам.

При первом обращении беременной к терапевту женской консультации определяется состояние жизненно важных органов беременной и решается вопрос о сохранении беременности.

Задача второго осмотра терапевта (в 30 недель беременности) состоит в выявлении заболеваний внутренних органов, обусловленных беременностью или возникших самостоятельно, определении необходимости госпитализации беременной по поводу заболеваний внутренних органов, а также в решении вопроса совместно с акушером-гинекологом в случае наличия у беременных экстрагенитальных заболеваний в выборе учреждения (обычного или специализированного) для родоразрешения.

У беременных женщин проводится клинический анализ крови 3 раза (при первом посещении, при сроке 18 и 30 нед.); анализ мочи при каждом посещении; микроскопическое исследование отделяемого влагалища 2 раза (при первом посещении и сроке 30 нед.); группа крови и Rh-фактор; при резус-отрицательной принадлежности - обследование мужа на групповую и Rh-принадлежность; анализ крови на RW - 3 раза (при первом посещении, сроке 30 нед., за 2-3 нед. до родов); анализ крови на ВИЧ - 2 раза (при первом посещении и сроке 30 нед.); УЗИ - 3 раза (при сроке 10-14 нед. - для установления сроков беременности, 20-24 нед. - выявление пороков развития плода, 32-34 нед.); при необходимости - рентгенологическое и другие виды исследования. Исследование крови на АФП, ХГЧ в 16-20 нед.

При физиологическом течении беременности может быть установлена частота наблюдения врачом акушером-гинекологом 6-8 раз (до 12 нед., 16 нед., 20 нед., 28 нед., 32-33 нед., 36-37 нед.) при условии регулярного (каждые 2 нед.) наблюдения специально подготовленной акушеркой после 28 недель беременности. Изменение числа посещений беременными врача акушера-гинеколога может быть введено регламентирующим документом местного органа управления здравоохранением при наличии условий и подготовленных специалистов. Во время каждого посещения консультации врач дает беременной необходимые рекомендации по личной гигиене, по режиму труда, отдыха, питания, подбирает соответствующий комплекс физических упражнений, постепенно готовит женщину к родам.

Особое внимание в женской консультации уделяется женщинам с экстрагенитальной патологией и патологией беременности.

Для осуществления преемственности в наблюдении за беременной в женской консультации и в родильном доме на руки каждой беременной выдается «обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы» (ф.113/у).

В нее заносятся основные сведения о состоянии здоровья женщины и течении беременности. Эту карту беременная передает врачу при поступлении в родильный дом.

Наблюдение за женщиной после родов в женской консультации необходимо начинать не позже чем через 10-12 дней после выписки из акушерского стационара. При нормальном течении послеродового периода женщина осматривается акушером-гинекологом дважды. Вторично осмотр проводится через 5-6 недель после родов. Активному патронажу подлежат родильницы: не явившиеся в ЖК через 10-12 дней после выписки из родильного дома; по указанию акушерского стационара (телефонное или письменное извещение); при осложненном течении послеродового периода; не явившиеся повторно в установленный срок.

Сведения о родах, данные опроса, осмотра и специальных обследований родильниц заносятся в «Индивидуальную карту беременной и родильницы» (ф. 111/у).

Показатели деятельности женской консультации.

1. Полнота охвата беременных диспансерным наблюдением.

$$\frac{\text{Число беременных, состоявших под наблюдением в данном году}}{\text{Число всех беременных, имевших роды в данном году}} \times 100\%$$

2. Своевременность постановки беременных на учет в женской консультации:

а) раннее поступление – отношение числа беременных, поступивших под наблюдение консультации с беременностью до 12 недель, к числу беременных, состоявших под наблюдением в отчетном году, умноженное на 100%;

б) позднее поступление (после 7 месяцев беременности); - отношение беременных, поступивших под наблюдение после 7 месяцев, к числу состоявших под наблюдением консультации в данном году, умноженное на 100%.

3. Регулярность наблюдения беременной определяется как частное между числом беременных, регулярно наблюдавшихся в консультации, к количеству беременных, состоявших под наблюдением консультации в данном году, умноженное на 100%.

4. Исходы беременности определяет отношение между родами и абортами. В настоящее время в России на одни роды приходится два аборта.

5. Полнота обследования беременных на резус-фактор, к количеству беременных, поступивших под наблюдение консультации, выраженная в процентах. Аналогично рассчитывается полнота других обследований.

6. Частота гинекологических заболеваний - отношение выявленных гинекологических заболеваний к численности женского населения в расчете на 1000, 10000 и т.д.

7. Среднее число посещений женской консультации беременной рассчитывается как отношение между общим числом посещений беременных и числом беременных, состоявших под наблюдением консультации в данном году.

Организация стационарной помощи.

Основным учреждением, в котором оказывается специализированная (акушерско-гинекологическая) стационарная помощь, является родильный дом. К его задачам относятся:

- 1) оказание специализированной стационарной помощи женщинам в период беременности, в родах и послеродовом периоде, а также при гинекологических заболеваниях,
- 2) квалифицированная помощь и уход за новорожденными в период пребывания их в родильном доме,
- 3) внедрение в практику современных методов профилактики, диагностики и лечения,
- 4) развитие и совершенствование организационных форм и методов акушерско-гинекологической помощи,
- 5) анализ акушерских и экстрагенитальных осложнений,
- 6) разработка и проведение оздоровительных мероприятий среди женщин,
- 7) повышение квалификации медицинского персонала,
- 8) проведение санитарно-просветительной работы.

Родильный дом оказывает специализированную помощь в основном по территориальному принципу, но вместе с тем беременная имеет право выбрать по желанию родовспомогательное учреждение. Сведения о беременных и роженицах заносят в «Журнал приема беременных и рожениц» (уч. ф. 002/у) и заполняют паспортную часть «Истории родов» (уч. ф. 096/у). Дежурный врач знакомится с «Обменной картой...» (уч. ф. 113/у).

Родильный дом состоит из следующих отделений:

- 1) приемно-пропускной блок;
- 2) физиологическое (первое) акушерское отделение, в котором размещено 50-55% от общего числа акушерских коек;
- 3) отделение (или палаты) для беременных с патологией беременности – 25-30% общего числа акушерских коек;
- 4) наблюдательное (второе) акушерское отделение – 20-25% от общего числа акушерских коек;
- 5) отделения гинекологии – 25-30% от общего числа коек родильного дома. По существующим нормативам на акушерские койки приходится 60% и гинекологические – 40% всего коечного фонда роддома;
- 6) лаборатория;
- 7) палаты интенсивной терапии;
- 8) административно-хозяйственная часть;
- 9) пищеблок;
- 10) аптека.

Планировка помещений родильного дома должна обеспечивать полную изоляцию здоровых женщин от больных. Первое, второе акушерское и гинекологическое отделения должны быть разобщены. Роженицы с нормальной температурой тела, без признаков инфекционного заболевания направляются в смотровую первого акушерского отделения, женщины с повышенной температурой, с признаками инфекционного или кожного заболевания, с мертвым плодом направляются в смотровую второго акушерского отделения.

Прием рожениц ведет врач в соответствующей смотровой. Здесь женщину осматривают, измеряют её рост и массу тела, размеры таза, производят

влагалищное исследование, исследование мочи на белок, проводят необходимую санитарную обработку. Затем женщина направляется в предродовую. В каждом акушерском отделении выделяется родовой блок и послеродовые палаты.

Родовой блок имеет в своем составе предродовую (10-12% коек отделения), родовую (6-8% коек отделения), изолятор для тяжелобольных женщин, большую и малую операционные. В послеродовых палатах находятся родильницы с новорожденными детьми. Ежедневно данные наблюдения за ребенком заносятся врачом в историю развития ребенка. Домой выписывают только здоровых детей. Недоношенные и больные дети переводятся в специализированные детские отделения.

Показатели деятельности родильного дома..

Наряду с общебольничными (среднегодовая занятость койки, оборот койки и др.) показателями к ним относятся специфические показатели деятельности:

1. *Материнская смертность* – это обусловленная беременностью (независимо от её продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней (6 недель) после её окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или её ведением, но не от несчастного случая или случайной причины. Таким образом, материнская смертность включает женщин, умерших от внематочной беременности, искусственных и криминальных аборт независимо от срока беременности:

$$\frac{\text{число женщин, умерших во время беременности} \\ \text{(вне зависимости от сроков)} + \text{умершие в послеродовом} \\ \text{периоде до 42-го дня включительно}}{\text{число живорожденных}} \times 100000$$

В 2000 году материнская смертность в Российской Федерации составила 39,7 случаев на 100000 живорожденных. Для сравнения: в США показатель материнской смертности равен 8 случаям на 100000 живорожденных. Структура причин материнской смертности в России уникальна, так как ни в одной стране мира не умирает такое число женщин от внематочных абортов, токсикозов и кровотечений: криминальные аборты – 21%, токсикозы – 14%, маточные кровотечения – 18%, внематочная беременность – 6,6%, искусственный аборт (легальный) – 7,4%, сепсис – 4%, другие осложнения беременности и родов – 29%.

При этом по данным экспертов, смерть матери в 77% случаев можно было предотвратить.

Как показывает анализ многолетнего наблюдения динамики, самый низкий уровень материнской смертности отмечается у женщин в возрасте до 24 лет; в возрасте 30-34 лет показатели материнской смертности в 2 раза выше по сравнению с первой возрастной группой; в возрасте 35-39 лет – выше в 4 раза, а в 45-49 лет – в 6 раз.

Показатель материнской смертности наименьший у первородящих, тогда как с увеличением порядкового номера родов он возрастает.

2. *Перинатальная смертность* включает в себя смерть плода (с 22 недели беременности до родов), во время родов и в первые 168 часов жизни ребенка после родов:

$$\frac{\text{число родившихся мертвыми} + \text{число умерших в первые 168 часов жизни}}{\text{число родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000$$

Показатель перинатальной смертности до 10-15‰ считается низким, 15-25‰ — средним, более 25‰ — высоким. Перинатальная смертность в 2000 году в России составляла 13,2 на 1000 родившихся живыми и мертвыми.

Основные причины перинатальной смертности: асфиксия (56%), родовая травма (12%), пороки развития (10%). Далее идут гемолитическая болезнь новорожденных, врожденные инфекции, прочие причины.

Причины перинатальной смертности делятся на антенатальные (до родов), интранатальные (при родах) и постнатальные (в раннем неонатальном периоде), то есть отражают состояние здоровья матери, течение беременности, родов, раннего неонатального периода. Поэтому для анализа причин перинатальной смертности определяются соответствующие структурные показатели (антенатальная, интранатальная и постнатальная смертность).

$$\text{Антенатальная смертность} = \frac{\text{число мертворожденных, погибших до начала родовой деятельности с 28 недель беременности}}{\text{число родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000$$

Профилактика антенатальной смертности состоит, прежде всего, в улучшении работы женских консультаций, организации антенатальных центров охраны плода. Большое значение в решении этой проблемы имеют отделения патологии беременных.

Показатель интранатальной смертности характеризует работу родильного блока (1-го и 2-го акушерских отделений родильного дома) и качество оказания медицинской помощи роженицам.

Интранатальная смертность:

$$= \frac{\text{число мертворожденных, умерших во время родов}}{\text{число родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000$$

Показатель ante- и интранатальной смертности составляют коэффициент мертворождаемости. Этот показатель обычно составляет 50-60% перинатальной смертности.

$$\text{Постнатальная смертность} = \frac{\text{число умерших в течение первых 7 суток (168 часов) жизни}}{\text{число родившихся живыми}} \times 1000$$

Этот показатель составляет 40-50% перинатальной смертности и характеризует деятельность всех родовспомогательных учреждений (женской консультации и стационара роддома). Чем выше уровень ранней неонатальной (70% и более) смертности в показателе младенческой (до года) смертности, тем лучше организация и качество обслуживания детского населения, то есть работа педиатрической службы.

3. Заболеваемость новорожденных определяется как отношение числа детей, заболевших в период новорожденности, к количеству детей, родившихся живыми в данном году в расчете на 1000:

$$\frac{\text{число случаев заболеваний новорожденных}}{\text{число родившихся живыми}} \times 1000$$

4. Частота послеродовых осложнений:

$$\frac{\text{число случаев осложнений (всех или по каждой нозологии)}}{\text{число принятых родов}} \times 1000$$

5. Частота заболеваний у родильниц:

$$\frac{\text{число послеродовых заболеваний}}{\text{число родов}} \times 1000$$

6. Частота применения обезболивания в родах:

$$\frac{\text{число родов с обезболиванием}}{\text{общее число принятых родов}} \times 100\%$$

7. Частота акушерских пособий:

$$\frac{\text{число рожавших женщин, которым применялись акушерские пособия}}{\text{число женщин, родивших в отчетном году}} \times 100\%$$

В последние годы в крупных городах организованы специализированные родильные дома для женщин, страдающих невынашиванием беременности, имеющих иммунодефицитную беременность, а также различные соматические заболевания, что позволяет улучшить оказание медицинской помощи этим группам и тем самым способствует сохранению здоровья матери и ребенка. Кроме того, введение обязательного наблюдения за женщинами после родов в течение полутора лет также будет способствовать уменьшению возникновения различных гинекологических заболеваний, занимающих существенный удельный вес в структуре заболеваемости женщин, способствовать улучшению здоровья детей.

II. Лечебно-профилактическая помощь детям.

Основным учреждением, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь детскому населению, является **детская поликлиника**, которая может быть самостоятельной или входить как структурное подразделение в объединенную детскую больницу.

Детская поликлиника, согласно приказа МЗ РФ от 05.05.99 г. №154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста», оказывает внебольничную лечебно-профилактическую помощь детям от рождения до 17 лет включительно (17 лет 11 месяцев 29 дней).

Ведущим принципом организации деятельности детской поликлиники является участковость. Один педиатрический участок включает не более 800 детей. На один педиатрический участок выделяется одна должность участкового врача педиатра и полторы должности медицинской сестры. На каждые 8 педиатрических участков выделяется должность заведующего отделением.

Особенностями оказания амбулаторной помощи детям в отличие от взрослых является то, что в поликлинике ведется прием здоровых детей, детей, страдающих хроническими заболеваниями и повторных больных с неинфекционными заболеваниями.

Больные дети с острыми инфекционными заболеваниями обслуживаются на дому. Достижению этих целей способствуют и *особенности структуры* детской поликлиники.

В структуре детской поликлиники обязательно предусматривается ряд помещений, способствующих разобщению больных и здоровых детей. Для этой цели имеется два входа: один для здоровых детей, другой – для больных. Второй ведет к фильтру. Медицинская сестра фильтра осматривает кожу, зев ребенка, опрашивает мать о состоянии здоровья ребенка. При подозрении на инфекционное заболевание ребенка переводят в специальный закрытый бокс. Если ребенок здоров, его из фильтра направляют в отделение здоровых детей.

В структуре детской поликлиники также выделяют специализированные кабинеты, педиатрические кабинеты, молочную кухню, кабинет вызова врачей на дом, лабораторную службу, физиотерапевтический кабинет, административно-хозяйственную службу, кабинет для проведения прививок.

В основе профилактической работы с детьми лежит диспансерный метод, представляющий собой синтез лечебной и профилактической деятельности в лечебной практике.

Диспансеризация здоровых детей осуществляется согласно приказу Минздрава России № 60 от 19.01.93 г. «Об утверждении инструкции по проведению профосмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов» по возрастному принципу. Особенностью обслуживания детей в возрасте до 3-х лет является активный патронаж, который осуществляется, начиная с антенатального периода. *Первый дородовый патронаж проводится после поступления сведений о беременной из ЖК, второй – на 31 – 32 неделях беременности.*

Патронажное наблюдение за новорожденным устанавливают после выписки его из родильного дома. По принятому положению на дому первый раз участковый педиатр и сестра посещают новорожденного в первые три дня после выписки из родильного дома. Врач во время посещения тщательно осматривает ребенка, дает советы по режиму дня, вскармливанию и уходу за ребенком.

На первом месяце жизни врач повторно посещает ребенка на дому на 14-й, а затем на 21-й день жизни. Патронаж детей старше 1 месяца осуществляется путем ежемесячных профилактических осмотров участковым педиатром в поликлинике и патронажными посещениями участковой сестры на дому.

При необходимости участковый педиатр направляет ребенка на консультацию к специалистам.

К 1-му году жизни ребенка врач-педиатр проводит полное диспансерное его обследование: измерение массы и длины тела, окружности головки и

грудной клетки, анализирует данные обязательных консультаций специалистов (психоневролога, хирурга-ортопеда, отоларинголога, окулиста, стоматолога), проверяет выполнение прививок и составляет краткий эпикриз состояния его здоровья.

Профилактические осмотры детей в возрасте от 1 года до 2-х лет проводятся педиатром 1 раз в квартал. Детей в возрасте от 2-х до 3-х лет жизни педиатр осматривает с профилактической целью 1 раз в полгода.

Для осуществления профилактической работы со здоровыми детьми раннего возраста в составе детской поликлиники организуется кабинет профилактической работы с детьми (кабинет здорового ребенка), где работает фельдшер или медицинская сестра, прошедшие подготовку по профилактической работе с детьми и санитарно-просветительной работы с населением.

Основными задачами кабинета здорового ребенка являются:

- 1) пропаганда ЗОЖ в семье;
- 2) обучение родителей основным правилам воспитания здорового ребенка (режим, питание, физическое воспитание, закаливание, уход и пр.);
- 3) санитарное просвещение родителей по вопросам гигиенического воспитания детей, профилактики заболеваний и отклонений в развитии ребенка.

Руководство работой кабинета здорового ребенка осуществляет заведующий одним из педиатрических отделений поликлиники.

С 3 до 7 лет организованные дети наблюдаются врачом детских учреждений; неорганизованные дети осматриваются педиатром 1 раз в год с заключительным диспансерным обследованием в возрасте 7 лет перед поступлением в школу. В школе диспансерное наблюдение за детьми осуществляют школьный врач и медсестра. Ежегодно в школе после летних каникул проводятся углубленные профилактические осмотры.

Целью диспансерного метода является:

1. Предупреждение заболеваний (первичная, или социально-гигиеническая профилактика).
2. Предупреждение осложнений, обострений заболеваний (вторичная, или медицинская профилактика).

В нашей стране диспансеризация детей проводится, во-первых, по возрастному признаку вне зависимости от состояния ребенка, во-вторых, в зависимости от имеющегося заболевания.

Важнейшим звеном диспансеризации детского населения является *организация профилактических осмотров*. Выделяют следующие виды профилактических осмотров: профилактический осмотр, который проводит врач, обслуживающий ребенка по месту жительства или в детском учреждении; углубленный профилактический осмотр, при котором осмотру предшествует проведение определенных функционально-диагностических исследований; комплексные профилактические осмотры, при которых здоровье ребенка оценивается бригадой врачей-специалистов.

В настоящее время при проведении осмотров широко внедряются в практику автоматизированные системы профилактических осмотров детского населения, в частности такие, как «Санус», АСПОН-Д и другие.

В поликлиниках выделяют 3 группы детей, подлежащих профилактическим осмотрам:

- дети до 7-летнего возраста, не посещающие детские дошкольные учреждения;
- дети, посещающие детские дошкольные учреждения;
- школьники.

Для первой группы детей наиболее целесообразным является выделение в поликлиниках профилактических дней, когда все специалисты принимают только здоровых детей. Число таких дней работы во многом зависит от мощности поликлиники.

Так, в крупных городских поликлиниках выделяют 2 дня в неделю, причем поликлиника открыта для здоровых и для находящихся под диспансерным наблюдением детей всех возрастов. Для упорядочения работы матерям вручают памятку о том, какими специалистами должен быть осмотрен ребенок в различные возрастные периоды его жизни. В вестибюле вывешивается хорошо оформленная справка аналогичного содержания.

Частота профилактических осмотров врачами-специалистами предусмотрена так, чтобы своевременно выявить отклонения в состоянии здоровья детей и организовать необходимые лечебные и оздоровительные мероприятия (таблица 39).

В настоящее время профилактические осмотры детей, посещающих образовательные учреждения, проводятся в виде обязательных углубленных обследований в соответствии с «декретированными возрастными группами».

Таких групп насчитывается 8:

- 1) перед поступлением в дошкольное учреждение;
- 2) за год до поступления в школу;
- 3) перед поступлением в школу;
- 4) конец первого года обучения;
- 5) переход к предметному обучению;
- 6) пубертатный период (14-15 лет);
- 7) перед окончанием общеобразовательного учреждения – 10-11 класс;
- 8) перед передачей подростков под наблюдение во взрослую лечебно-профилактическую сеть (в 18 лет).

В указанных углубленных осмотрах обязательно должны быть предусмотрены 3 этапа: доврачебный, педиатрический, специализированный.

На *доврачебном* этапе организуется скрининг и лабораторное исследование.

На *педиатрическом* этапе педиатр проводит осмотр с анализом данных скрининг-теста и лабораторного исследования, распределяет детей по группам здоровья.

Примерная схема диспансерного наблюдения здоровых детей в различные возрастные периоды						Таблица 39
Возраст	Частота осмотра специалистами	Особое внимание обращается на:	Дополнительные обследования	Основные пути оздоровления	Критери эффективности диспансеризации, снятия с учета при заболеваниях	
1	2	3	4	5	6	
Новорожденный	Педиатр в первые 3 дня после выписки из роддома, в 14 и 20 дней – на до-му, в 1 мес. – в поликлинике.	Состояние различных органов и систем (особенно нервной), состояние кожи, пулочного кольца. Выявление аномалий развития. Динамику массы тела.	По показаниям	Организация внешней среды, режима дня, ухода, вскармливания	Показатели нервно-психического и физического развития, данные клинического обследования.	
1-й год жизни	Педиатр 1 раз в месяц. Хирург-ортопед 1 раз в первые 3 мес. жини. Офтальмолог и невропатолог в течение года, другие специалисты по показаниям.	Динамику массы и длины тела, оценку нервно-психического и физического развития ребенка. Состояние костно-мышечной системы, внутренних органов, наличие врожденных заболеваний, аномалий развития. Характер вскармливания, организацию режима и ухода.	Антропометрия 1 раз в месяц, клинический анализ крови 1 раз во 2-м полугодии, при показаниях в 1-м полугодии жизни.	Организация рационального вскармливания и режима дня ребенка, пребывание на свежем воздухе, массаж, гимнастика, закаливающие процедуры, специфическая профилактика рахита, начиная с 3-недельного возраста, профилактика анемии по показаниям. Лечение выявленной анемии.	То же	
2-й год жизни	Педиатр 1 раз в квартал. Стоматолог. Другие специалисты по показаниям.	То же	Антропометрия. Клинический анализ крови, мочи по показаниям. Анализ кала на яйца глистов.	То же, что у детей 1-го года жизни. Проведение специфической профилактики рахита в осенне-зимний период по показаниям.	То же	
3-й год жизни	Педиатр 1 раз в полугодие. Офтальмолог, стоматолог, хирург (ортопед), отоларинголог	Организацию режима, нервно-психическое и физическое развитие ребенка, состояние костной, зубочелюстной, мышечной систем, состояние внутренних органов.	Антропометрия. Клинический анализ крови, мочи 1 раз в год. Анализ кала на яйца глистов 1 раз в год.	Организация режима и питания соответственно возрасту, гимнастика и закаливающие процедуры. Санация хронических очагов инфекции, профилактика эндемического зоба в отдельных районах	То же	
4-й и 5-й годы жизни	Педиатр 1 раз в год. Другие специалисты по показаниям.	То же	—	То же	То же	

1	2	3	4	5	6
6 лет	Педиатр, отоларинголог, невропатолог, стоматолог, хирург, ортопед, другие специалисты по показаниям.	Нервно-психическое и физическое развитие. Выявление кариозных зубов, дефектов речи, осанки, слуха.	Антропометрия. Клинический анализ крови, мочи, кала на яйца глистов. Другие обследования по показаниям.	Лечение выявленной патологии. Организация рационального режима дня и питания, закалывающие мероприятия, гимнастика.	Показатели нервно-психического и физического развития, работоспособность, частота заболеваний.
1-й класс	Педиатр в конце учебного года и стоматолог 1 раз в год, другие специалисты по показаниям.	Организацию школьного и домашнего режима. Внешкольные нагрузки, питание, быт. Состояние внутренних органов. Нервно-психическое и физическое развитие, наличие нарушений осанки, понижения остроты зрения и слуха, кариеса зубов, дефектов речи, прикуса.	Антропометрия и проверка остроты зрения.	Соблюдение гигиенического режима в школе и дома, организация питания, физического воспитания, закалывающих мероприятий, под-визжных игр, туризма др. Лечение выявленной патологии.	Показатели нервно-психического и физического развития, работоспособность, степень усвоения учебной программы, частота заболеваний.
2-й класс	Педиатр, стоматолог 1 раз в год, другие специалисты по показани	То же	То же, анализ кала на яйца глистов. Другие обследования по показаниям.	То же	То же
3-й класс	Педиатр, окулист, невропатолог, отоларинголог, хирург, ортопед и другие специалисты по показаниям в конце учебного года.	То же + степень усвоения школьной программы начальной школы.	Анализ крови на Нв, СОЭ, лейкоциты, кала на яйца глистов. Другие обследования по показаниям. Антропометрия и проверка остроты зрения.	То же	То же
4 и 5 класс (10 лет)	Педиатр, стоматолог, эндокринолог, андролог 1 раз в год. Другие специалисты по показаниям.	То же + степень усвоения школьной программы начального этапа предметного обучения.	Анализ кала на яйца глистов, кровь на сахар. Другие обследования по показаниям. Антропометрия и проверка остроты зрения, контроль АД.	То же	То же

1	2	3	4	5	6
6 и 7 класс (11-12 лет)	Педиатр, стоматолог, невролог, отоларинголог, хирург, ортопед, окулист, эндокринолог, гинеколог, андролог. Другие специалисты по показаниям.	Нервно-психическое, физическое развитие, соматическое и репродуктивное здоровье, определение пригодности к той или иной профессии.	Антропометрия. Анализ крови на Нб, СОЭ, лейкоциты, кака на яйца глистов, измерение АД. Проверка остроты зрения. Оценка психологического статуса адаптации к обучению. Другие обследования по показаниям.	Соблюдение санитарно-гигиенических условий среды, рациональная организация учебной и трудовой деятельности, режима дня, физического воспитания. Санация полости рта, носоглотки. Лечение выявленной патологии. Психолого-педагогическая коррекция.	То же + удвоительная адаптация к той или иной профессии.
8 класс	Педиатр, стоматолог 1 раз в год. Другие специалисты по показаниям.	Организацию школьного и домашнего режима. Внешкольные нагрузки, питание, быт. Состояние внутренних органов. Нервно-психическое развитие.	Антропометрия и проверка остроты зрения. Анализ кака на яйца глистов.	То же	То же
9 класс	Педиатр, окулист, отоларинголог, хирург, ортопед, стоматолог, эндокринолог, невропатолог. Осмотр девочек гинекологом, мальчиков андрологом. Другие специалисты по показаниям.	Физическое развитие. Состояние органов зрения, слуха. Возрастное половое развитие. Соматическое и репродуктивное здоровье. АД и профориентацию.	Анализ крови на Нб, лейкоциты, СОЭ. Определение группы крови. Реакция на свертываемость. Резус-динамичность. Наблюдение за динамикой АД. Антропометрия. Проверка остроты зрения. Кровь на сахар. Ректальное, гинекологическое и андрологическое исследование.	То же	То же
Перед окончанием школы (16-17 лет)	Педиатр, окулист, эндокринолог 1 раз в год. Осмотр девочек гинекологом, мальчиков андрологом. Другие специалисты по показаниям.	Физическое и возрастное половое развитие. Соматическое и репродуктивное здоровье. Состояние внутренних органов. Нервно-психическое развитие.	Антропометрия. Анализ крови на Нб, сахар. Ректальное, гинекологическое и андрологическое исследование.	То же	То же

На *специализированном* этапе диспансеризация осуществляется бригадой специалистов в составе: невропатолог, окулист, отоларинголог, хирург-ортопед, стоматолог, логопед в 3 года (далее по показаниям), а также по показаниям другие специалисты. При переходе к предметному образованию, в пубертатный период, перед окончанием общеобразовательного учреждения и перед передачей подростков под наблюдение врачей взрослой сети, к бригаде специалистов присоединяются гинеколог, андролог, эндокринолог.

По завершении профилактических осмотров проводится комплексная оценка здоровья детей. На каждого ребенка с выявленными заболеваниями, подлежащими диспансерному наблюдению, заводится «Контрольная карта диспансерного больного» (ф. 030/у). «Контрольная карта» наряду с выполнением сигнальных функций (контроль за диспансерными посещениями) отражает такие данные о больном, которые помогают врачу в проведении диспансерного наблюдения.

Диспансерный метод работы позволяет наиболее полно реализовать одно из важнейших положений профилактической работы – *не только сохранять, но и улучшать здоровье здоровых.*

К основным документам детской поликлиники относятся: история развития ребенка (уч. ф. 112/у), тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (уч. ф. 116/у), статистический талон для регистрации уточненных (заключительных) диагнозов (уч. ф. 025-1/у), медицинская карта ребенка, посещающего детские дошкольные и школьные учреждения (уч. ф. 026/у), контрольная карта диспансерного наблюдения (уч. ф. 030/у), журнал профилактических прививок (уч. ф. 064/у), карта профилактических прививок (уч. ф. 063/у), журнал регистрации посещения изолятора детской поликлиники (уч. ф. 059/у), журнал учета инфекционных заболеваний (уч. ф. 060/у), санаторно-курортная карта для детей (уч. ф. 076/у), сводная ведомость учета заболеваний, зарегистрированных в данном учреждении (уч. ф. 071/у), карта учета диспансеризации (уч. ф. 131/у), сведения за год о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам (уч. ф. 31).

Для *оценки деятельности* детской поликлиники используют следующие показатели:

1. Охват беременных дородовым патронажем рассчитывается как отношение числа беременных, охваченных дородовым патронажем, к числу беременных, имевших роды в данном году, и выраженное в процентах:

$$\frac{\text{число беременных, находившихся на дородовом патронаже}}{\text{число беременных, состоявших под наблюдением поликлиники}} \times 100 \%$$

2. Ранний охват диспансерным наблюдением – это отношение числа детей, посещенных участковым педиатром в первые 3 дня после выписки из родильного дома, к числу детей, поступивших под наблюдение на первом месяце жизни, и умноженное на 100%:

$$\frac{\text{число новорожденных, посещенных на дому в первые три дня после выписки из роддома}}{\text{число новорожденных, поступивших под наблюдение поликлиники}} \times 100 \%$$

3. Регулярность наблюдения детей в течение 1 года жизни определяется через частное между количеством детей, регулярно наблюдававшихся в течение 1 года жизни, к числу детей, достигших в данном году 1 года жизни, выраженное в процентах:

$$\frac{\text{число детей, находящихся под регулярным наблюдением педиатра}}{\text{число детей, достигших 1 года}} \times 100 \%$$

4. Охват диспансерным наблюдением детей в возрасте 3 и 7 лет: отношение числа детей, прошедших диспансерное обследование в 3 года, к количеству детей, достигших 3 лет, умноженное на 100%. Аналогично рассчитывается показатель для 7-летних детей.

5. Охват диспансерным наблюдением детей, страдающих хроническими заболеваниями, взятыми на диспансерный учет, к числу детей, имеющих хронические заболевания в расчете на 100%.

6. Показатель доли рахита 2 и 3-й степени – отношение числа детей с рахитом 2 и 3-й степени к числу детей 1 года жизни, выраженное в 100%:

$$\frac{\text{число детей, оставшихся к одному году в состоянии активного рахита 2 (3-й) степени}}{\text{число детей, достигших одного года жизни}} \times 100 \%$$

7. Процент детей 1 года жизни с гипотрофией 2 и 3-й степени, рассчитывается аналогично показателю доли рахита.

8. Полнота охвата профилактическими прививками – это отношение между числом детей, охваченных прививками, к количеству детей 1-го года жизни (в процентах):

$$\frac{\text{число детей, вакцинированных}}{\text{число детей, достигших 1 года}} \times 100 \%$$

9. Заболеваемость детей – число зарегистрированных заболеваний среди детей к численности детей, обслуживаемых поликлиникой, умноженное на 1000:

$$\frac{\text{число заболеваний, выявленных и отмеченных в "статистическом талоне"}}{\text{число детей в поликлинике}} \times 1000$$

10. Смертность детей рассчитывается аналогично.

11. Индекс здоровья – число детей, ни разу не болевших на первом году жизни, к числу детей, достигших одного года жизни, умноженное на 100%:

$$\frac{\text{число детей, ни разу не болевших на первом году жизни}}{\text{число детей, достигших 1 года жизни}} \times 100 \%$$

12. Систематичность наблюдения врачом детей достигших в отчетном году 1 года (2 лет) жизни:

$$\frac{\text{число детей до 1 года (2 лет) жизни, находящихся под наблюдением врача без длительных перерывов}}{\text{число детей, достигших в отчетном году 1 года}} \times 100 \%$$

На первом году жизни длительным считается перерыв в наблюдении сроком 2 месяца подряд и более; на втором – свыше 3 месяцев.

13. Частота грудного вскармливания:

$$\frac{\text{число детей, находящихся до 3 мес. (6мес.)} \\ \text{только на грудном вскармливании}}{\text{число детей, достигших года жизни в отчетном году}} \times 100 \%$$

14. Среднее число посещений на одного ребенка в год. Данный показатель вычисляется отдельно для детей до года и других возрастных групп как по визитам в поликлинику, так и на дом:

$$\frac{\text{число посещений детьми педиатров}}{\text{среднегодовая численность детского населения}}$$

15. Показатель выполнения плана санпросветработы:

$$\frac{\text{число часов, отработанных врачами по санпросвещению}}{\text{число занятых врачебных должностей} \times 11 \text{ (число} \\ \text{месяцев работы в году)} \times 4 \text{ (число часов работы} \\ \text{врачей в месяц по санитарному просвещению)}}$$

Наряду с участковой службой в детских поликлиниках организована широкая специализированная помощь, являющаяся составной частью единой цепочки поликлиника – стационар – санаторий.

Качество деятельности детской поликлиники в немалой степени зависит от взаимосвязи детской поликлиники с ЖК и родильным домом, детскими дошкольными учреждениями, школой, стоматологической поликлиникой, санитарно-эпидемиологической станцией, диспансерами, стационарами детской больницы.

Организация стационарной помощи детям оказывается в детских больницах, которые состоят из:

- 1) приемного отделения,
- 2) специализированных отделений,
- 3) диагностических подразделений,
- 4) административно-хозяйственной службы.

В лечебных отделениях выделяют палаты для новорожденных, для детей младшего и для детей старшего возраста.

Кроме того, выделяются самостоятельные отделения для недоношенных детей. При госпитализации ребенка в стационар передается его история развития или выписка, а при выписке ребенка педиатр вносит в историю развития подробный эпикриз с рекомендациями по дальнейшему лечению ребенка, что обеспечивает преемственность в работе поликлиники и стационара.

Основными задачами стационара детской больницы являются:

- 1) оказание детям квалифицированной и специализированной лечебной помощи;
- 2) развитие и совершенствование организационных форм и методов работы учреждений, повышение качества лечебно-профилактической помощи детям.

Детские больницы, как и другие лечебные учреждения, оказывают помощь по территориальному принципу. На 1000 человек населения планируется 1,2 детских соматических и 1,4 инфекционных коек. В областных и городских общих больницах число детских инфекционных коек составляет

15% общего числа коек, число коек для детей до 3 лет – 40-50% общего числа детских коек, а из этого количества – 50% коек для детей до 1 года.

Стационар детской больницы отличается устройством приемного отделения (наличие «мельцеровских» боксов), оформлением документации при поступлении (обязательна справка эпидемиолога). Палаты формируются с учетом нозологических форм, тяжести заболевания, возраста детей. Все это имеет важное лечебное и противоэпидемическое значение. Кроме того, особенностью детской больницы является наличие педагогического персонала – устанавливается одна должность воспитателя на 50 детей дошкольного и школьного возраста в хирургических, ревматологических, ортопедических и туберкулезных отделениях для больных костно-суставным туберкулезом. Должности учителей устанавливаются в штате больниц, имеющих туберкулезные отделения.

К основной медицинской документации стационара детской больницы относится: журнал учета больных и отказов в госпитализации (уч. ф. 001/у), медицинская карта стационарного больного (уч. ф. 003/у), температурный лист (уч. ф. 004/у), лист регистрации переливания трансфузионных средств (уч. ф. 005/у), журнал регистрации переливания трансфузионных средств (уч. ф. 009/у), лист основных показателей состояния больного, находящегося в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии (уч. ф. 011/у), выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного (уч. ф. 027/у), журнал учета инфекционных заболеваний (уч. ф. 060/у), статистическая карта выбывшего из стационара (уч. ф. 066/у-вр.), сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек (уч. ф. 016/вр.-01).

При оценке работы стационара детской больницы показатели рассчитываются на основании «Отчета лечебно-профилактического учреждения за год» (уч. ф. 30).

Первоначально вычисляются показатели по разделу I «Штаты учреждения на конец года», а затем по разделу III «Деятельность стационара»:

- 1) среднегодовая деятельность койки:

$$\frac{\text{число койко – дней, фактически проведенных больными детьми в стационаре за год}}{\text{число среднегодовых педиатрических коек}}$$

Согласно существующим нормативам, занятость педиатрической койки в году в городе составляет 340 дней, в сельской местности – 310 дней.

- 2) средняя длительность пребывания больного в стационаре:

$$\frac{\text{число койко – дней проведенных больными детьми в стационаре}}{\text{число выбывших (выписанные + умершие) больных детей}}$$

Этот показатель для педиатрического отделения в городе равен 15,6 дня, на селе – 11,1 дня.

- 3) средняя продолжительность лечения больного в стационаре:

$$\frac{\text{число койко – дней, проведенных выписанными больными детьми с определенным диагнозом}}{\text{число выписанных больных детей с данным диагнозом}}$$

Среднюю продолжительность лечения больного в стационаре рассчитывают по нозологическим формам заболеваний отдельно для выписанных и умерших больных детей.

4) оборот койки:

$$\frac{\text{число прошедших через стационар больных детей (полусумма поступивших, выписанных и умерших больных)}}{\text{среднегодовое число педиатрических коек}}$$

Оптимальным считается показатель в пределах 20-22.

5) младенческая смертность:

- методика вычисления показателя младенческой смертности учитывает, что среди детей, умерших в возрасте до 1 года в данном календарном году, приблизительно 1/3 родилась в предыдущем году. Поэтому для расчета показателя используется формула Ратца, рекомендованная ВОЗ:

$$\text{младенческая смертность} = \frac{\text{число детей, умерших в течение года на первом году жизни}}{2/3 \text{ родившихся живыми в данном календарном году} + 1/3 \text{ родившихся в предыдущем году}} \times 1000$$

Основным критерием жизнеспособности в России считается плод с массой 1000 г., с наличием дыхания, сердцебиения и пульсации пуповины. Остальные признаки (срок беременности, рост плода и др.) рассматриваются как дополнительные (ВОЗ, 1975).

б) летальность:

$$\frac{\text{число умерших больных детей}}{\text{число выбывших (выписанных и умерших) больных детей}} \times 100$$

7) частота досуточной (до 24 ч) летальности:

$$\frac{\text{число детей умерших в первые сутки}}{\text{число детей, поступивших в стационар для лечения}}$$

8) совпадение (расхождение) диагнозов:

$$\frac{\text{число диагнозов, подтвердившихся при аутопсии детей}}{\text{число детей, умерших по данной причине}} \times 100$$

Совпадение клинических и патологоанатомических диагнозов основного заболевания в среднем по больницам составляет более 90%.

Показатели, характеризующие деятельность стационара и качества медицинской помощи в нем, взаимосвязаны между собой. Объективным критерием своевременности и уровня оказания медицинской помощи детям является показатель летальности, который определяется по отделениям, для сельских и городских жителей, по конкретным заболеваниям, различным возрастным группам.

Вычисление основных показателей деятельности стационара служит отправной точкой для дальнейшего анализа работы с целью выявления ре-

зервов наиболее полного использования коечного фонда и качества медицинского обслуживания детского населения.

Контрольные вопросы.

1. Дайте определение понятию «охрана материнства и детства». Перечислите семь этапов оказания лечебно-профилактической помощи этой системы.
2. Какими учреждениями в нашей стране оказывается акушерско-гинекологическая помощь населению? Дайте определение женской консультации и перечислите задачи, стоящие перед ней.
3. Какие основные структурные подразделения имеются в ЖК? Что такое территориально-участковый принцип работы ЖК?
4. Как должен строиться режим работы ЖК? С какого возраста и как должны осуществляться осмотры женщин?
5. Какие заболевания и в каком возрасте преобладают у женщин? Диспансерное наблюдение за женщинами в ЖК.
6. Диспансерное наблюдение за беременными с нормально протекающей беременностью.
7. Показатели деятельности ЖК.
8. Организация стационарной помощи женщинам: роддом, его задачи и структура.
9. Показатели деятельности роддома.
10. Лечебно-профилактическая помощь детям: детская поликлиника, принцип организации деятельности, особенности оказания амбулаторной помощи детям.
11. Диспансеризация здоровых детей; основные задачи кабинета здорового ребенка.
12. Объем и периодичность профилактических осмотров детей. Значение диспансерного метода в работе детской поликлиники.
13. Основные документы детской поликлиники, показатели оценки деятельности детской поликлиники.
14. Организация стационарной помощи детям: основные задачи стационара детской больницы, планирование детских коек в стационарах, отличительные черты оформления документов, устройства и формирования палат детского стационара.
15. Основная медицинская документация стационара детской больницы.
16. Показатели деятельности стационара детской больницы, их значение для практического здравоохранения.

Глава 25. Организация медико-санитарной помощи подросткам.

Здоровье подростков является одним из важнейших показателей, определяющих потенциал страны (экономический, интеллектуальный, культурный), а также одной из характеристик национальной безопасности. Намечавшаяся в последние годы в России тенденция ухудшения состояния здоровья подростков является в настоящее время одной из актуальных проблем. Поэтому охрана здоровья подростков требует постоянного внимания со стороны государства.

Согласно рекомендациям ВОЗ, нижняя граница подросткового возраста определена в 10 лет, верхняя – в 17 лет (возраст окончания общеобразовательной школы, канун совершеннолетия).

Для понимания важности проблем необходимо учитывать, что среди множества факторов, влияющих на состояние здоровья подростков, наряду с наследственностью, необходимо отметить роль так называемых «управляемых факторов»: окружающей среды, санитарно-гигиенических условий, в которых живут, получают образование и трудятся подростки. Именно о подростковом периоде можно сказать, что в этот период формируется потенциал здоровья на всю жизнь. И чрезвычайно важно то обстоятельство, что на этот потенциал здоровья можно оказывать воздействие.

Организация службы охраны здоровья подростков берет свое начало с конца XIX века. Так, в дореволюционной России в гимназиях была введена должность школьного врача, в обязанности которого входило лечение учащихся и персонала учебных заведений, а также контроль за соблюдением гигиенических условий обучения и физическим воспитанием учащихся. В ряде крупных городов России возникли организации врачей городских училищ, главной обязанностью которых являлось осуществление надзора за санитарным состоянием учебных заведений и принятие мер, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных болезней.

В конце 1917 года, после свершения в России Октябрьской революции, при Комиссариате по народному просвещению для наблюдения за врачебно-санитарным состоянием школ, за физическим и умственным развитием детей создается Главный школьно-санитарный совет с исполнительным органом – отделом школьной санитарии и гигиены. Этот отдел в 1918 году был передан в Наркомздрав РСФСР и переименован в отдел охраны здоровья детей и подростков. В 1921 году введено в действие положение Совнаркома об охране здоровья детей и подростков. В 1924 году были учреждены должности врачей по охране здоровья подростков и развернута сеть самостоятельной подростковой службы, с искусственным разъединением подросткового возраста до 14 лет (обслуживаемого детскими поликлиниками) и с 15 до 17 лет включительно, который обслуживался системой помощи взрослому населению. Однако опыт прошедших лет засвидетельствовал, что выделение самостоятельной поликлинической службы в общелечебной сети не обеспечивает достаточный уровень профилактики, диагностики и лечения заболеваний,

реабилитации подростков, особенно в связи с подготовкой к трудовой деятельности и службе в Вооруженных Силах.

В зарубежной практике, рекомендациях ВОЗ подростковый возраст ни в государственной, ни в страховой системе не выделяется для специального медицинского обслуживания. Более того, конвенцией ООН о правах ребенка, ратифицированной Россией и вступившей в силу в 1990 году, *ребенком считается каждое человеческое существо до достижения 18-летнего возраста* (ст. 1 «Конвенции»).

Существовавшая же в России система медицинского обеспечения подростков привела к полному отсутствию преемственной ответственности и связи между педиатрической и общелечебной сетью, а также между медицинскими подразделениями общеобразовательных учреждений системы Министерства образования, за исключением школьного врача, являющегося специалистом детской поликлиники. В то же время, как показал анализ заболеваемости населения последних лет XX века, наиболее неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья среди всех групп отмечаются в возрасте 15-17 лет. Именно в этой возрастной группе наблюдается самый значительный рост заболеваемости (в 1993-1996 годах в 1,3 раза) практически по всем классам заболеваний преимущественно за счет хронических болезней, которыми страдало более 60% подростковой популяции. Среди девушек показатели заболеваемости на 10-15% превышают таковые у юношей. По данным Госкомстата России, только за 1996 год заболеваемость подростков туберкулезом возросла на 16%. На диспансерном наблюдении у психиатров состояло 143,8 тысячи подростков, причем 64% из них – с диагнозом «олигофрения». По данным Международной ассоциации по борьбе с наркоманией и наркобизнесом, в 6-9 классах 45% мальчиков и 25% девочек хотя бы раз употребляли наркотики. Наблюдался рост заболеваемости подростков болезнями, передаваемыми половым путем. Так, если в 1990 году было выявлено 350 случаев заболевания сифилисом среди подростков, то в 1996 году – 25500, то есть произошел рост в 72,8 раза; рост гонореи за этот же период составил 21%. Уровень подростковой смертности в рассматриваемый период в России (1,6 на 1000 населения) был вдвое выше, чем в странах Западной Европы. Почти 72% среди причин смертности составляли несчастные случаи, отравления и травмы. От убийств в 1996 году погибли 1711 подростков, от самоубийств – почти 3 тысячи несовершеннолетних.

Быстрое половое созревание и раннее начало половой жизни привели к появлению феномена «подросткового материнства», что негативно отразилось как на здоровье новорожденных, так и на здоровье матерей. До 20% семей в подросткового возраста того периода страдали бесплодием, среди них от 40 до 60% вследствие мужского бесплодия, а каждый 10-й аборт в стране проводился у девочек подросткового возраста, что во многом определяет нарушения репродуктивной функции во взрослом состоянии.

Состояние здоровья подростков 15-17 лет и его специфические особенности, выражающиеся в проблемах формирования психического и репродуктивного здоровья, обусловили резкое снижение возможностей выполнять социальные и биологические функции, которыми определяется социальная

зрелость данной возрастной группы – профессиональное обучение, труд, служба в армии, реализация репродуктивной функции и связанное с этим воспроизводство будущих поколений. Так, данные о заболеваемости подростков конца 90-х годов XX столетия, получавших профессиональное образование, сопоставленные с перечнем медицинских противопоказаний к обучению и работе по соответствующим профессиям, свидетельствовали, что от 20 до 50% подростков по состоянию здоровья не могут обучаться и в дальнейшем работать по выбранным профессиям.

Приведенные данные свидетельствуют о влиянии на здоровье подростков большого спектра различных факторов, среди которых одно из ведущих мест занимает система организации и оказания им медицинской помощи. Исходя из этого, в целях упорядочения и совершенствования организации медицинской помощи подросткам, Минздравом РФ был издан приказ № 154 от 5 мая 1999 года «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».

Данным приказом предусматривалось, в срок до 1 января 2002 года, осуществление поэтапного перевода медицинского обеспечения детей в возрасте с 15 до 17 лет включительно в детские амбулаторно-поликлинические учреждения путем прекращения передачи их в амбулаторно-поликлинические учреждения общей сети, с обеспечением единого организационно-методического руководства системой медицинской помощи в условиях детских амбулаторно-поликлинических учреждений. Исходя из этого, амбулаторно-поликлиническая помощь детям подросткового возраста в настоящее время осуществляется детскими поликлиниками (отделениями) по территориальному принципу в системе единого медицинского обслуживания детей от 0 до 17 лет включительно. Другие амбулаторно-поликлинические учреждения (консультативно-диагностические центры, центры планирования семьи и репродукции, реабилитационные учреждения) должны решать специальные вопросы охраны здоровья, оказывать консультативную помощь, осуществлять углубленное диагностическое обследование, а при наличии соответствующей материальной базы – лечение и реабилитацию.

Детская городская поликлиника (отделение) является ведущим ЛПУ первичного звена медико-санитарной помощи, отвечает за качество медицинского обеспечения подростков. По вопросам охраны здоровья детей и подростков 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, формирует задачи по охране здоровья подростков на соответствующей территории.

В системе непрерывного медицинского наблюдения участковому педиатру придается ведущая, координирующая роль. Он в полной мере отвечает за своевременность, комплексность и необходимый объем профилактической, лечебной и реабилитационной работы. Штатными нормативами в городах с населением свыше 25 тыс. человек предусмотрено на 10 тыс. детей до

17 лет включительно (17 лет 12 месяцев 29 дней) 12,5 ставок участковых врачей-педиатров.

Для выполнения поставленных задач в детской поликлинике (отделении) следует организовать педиатрическое отделение (кабинет), отделение организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях, отделение (кабинет) медико-социальной помощи, а также отделение (кабинет) восстановительного лечения, КЭК и другие параклинические и вспомогательные службы.

Структура детской поликлиники (отделения) может формироваться с учетом местных особенностей и возможностей, но в ней должны обязательно присутствовать перечисленные подразделения.

В связи с передачей детей подросткового возраста под наблюдение педиатрической службы, подразделения детской поликлиники (отделения) должны выполнять дополнительно следующие задачи:

I. Педиатрическое отделение – амбулаторный прием и оказание помощи на дому всем детям от 0 до 17 лет включительно по поводу острых и обострения хронических заболеваний. Диспансерное наблюдение детей в возрасте 0-17 лет включительно, профилактическая работа среди работающих подростков. Оценка состояния здоровья подростка, его социальных возможностей на основе медицинской, социальной, педагогической информации о нем. Разработка программ профилактики расстройств соматического, репродуктивного, психического здоровья, программ медицинского наблюдения, лечения, коррекции, оздоровления, реабилитации. Контроль своевременности, объема, качества и эффективности медицинской помощи подросткам.

Специализированная помощь усиливается приемами специалистов по вопросам репродуктивного здоровья (детская гинекология, андрология, консультирование по профилактике ЗПП, нежелательной беременности и др.).

Учитывая формирование психосоциальной зрелости, предстоящую службу в Вооруженных Силах, выбор профессии, педиатрическое отделение тесно взаимодействует с психиатрической службой и отделением медико-социальной помощи.

II. Отделение организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях – обеспечивает организацию медицинской помощи и профилактической работы среди детей и подростков в образовательных учреждениях общего и коррекционного типа, интернатах и учреждениях начального и среднего профессионального образования; взаимодействие с военкоматами по постановке подростков на первичный воинский учет и подготовке к призыву в армию; обеспечивает работу по учебно-профессиональному консультированию и профориентации. В отделение могут вводиться должности подростковых врачей-терапевтов.

III. КЭК ЛПУ работает в соответствии с приказом Минздрава России от 13.01.95 г. № 5 «О мерах по совершенствованию экспертизы временной нетрудоспособности».

IV. Отделение медико-социальной помощи – вводится впервые в структуру детского амбулаторно-поликлинического учреждения. Объем ока-

зываемой медико-социальной помощи определяется администрацией поликлиники по согласованию с вышестоящим органом здравоохранения.

Отделение (кабинет) медико-социальной помощи имеет своей целью реализацию медико-социальных мероприятий, учитывающих специфические особенности детей, в том числе подросткового возраста и направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков, их социальную и правовую защиту и поддержку, профилактику и снижение заболеваемости, формирование потребности в здоровом образе жизни.

Задачи и функции отделения:

1) медико-социальный патронаж в семье, выявление в них лиц, имеющих факторы социального риска и нуждающихся в медико-социальной защите и поддержке;

2) оказание медико-психологической помощи на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности, в том числе и путем анонимного приема;

3) осуществление мероприятий по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья девочек/девушек и мальчиков/юношей;

4) гигиеническое (включая половое) воспитание, обеспечение мероприятий по подготовке молодежи к предстоящей семейной жизни, ориентации на здоровую семью;

5) индивидуальная, групповая и коллективная санитарно-просветительная работа, пропаганда мер профилактики, направленных на формирование потребности в ЗОЖ и ориентирующих молодых людей и их родителей на осознание вреда «рисковых» или так называемых «саморазрушающих» форм поведения для здоровья и развития (табакокурение, злоупотребление алкоголем, наркомания, токсикомания, ранняя сексуальная активность, правонарушения несовершеннолетних, бродяжничество и т.п.);

6) оказание индивидуальной или опосредованной социально-правовой помощи детям, подросткам, семье по защите их прав и законных интересов в соответствии с действующим законодательством;

7) анализ – с применением анкетного опроса и других методов – потребности обслуживаемого детско-подросткового контингента и их семей в конкретных видах медико-социальной помощи.

В состав отделения могут быть введены должности: психолог/медицинский психолог, врач-педиатр, врач-терапевт подростковый, социальный работник.

Отделение возглавляет заведующий (врач), назначаемый на должность в установленном порядке главным врачом детского ЛПУ, который непосредственно подчиняется заместителю главного врача по медицинской части.

Передача детей, достигших 18-летнего возраста и медицинской документации на них, из детских амбулаторно-поликлинических учреждений в амбулаторно-поликлинические учреждения общей сети осуществляется ежеквартально по графику и в сроки, утвержденные совместным приказом главных врачей двух амбулаторно-поликлинических учреждений или приказом главного врача городской больницы (ЦРБ, ТМО, и др.). Район деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения общей сети, принимающего

подростков из детского амбулаторно-поликлинического учреждения, определяется вышестоящим органом управления здравоохранением.

Для передачи детей, достигших 18-летнего возраста, создается медицинская комиссия, которая ежегодно утверждается совместным приказом главных врачей амбулаторно-поликлинических учреждений для взрослых и детей или приказом главных врачей городских больниц (ЦРБ, ТМО и др.), в составе: председателя-заместителя главного врача амбулаторно-поликлинического учреждения для взрослых (заместителя главного врача по поликлинике городской больницы, ЦРБ, ТМО и др.); членов комиссии: заведующего терапевтическим отделением, врачей-специалистов (хирурга, окулиста, невропатолога, ЛОР, психиатра и др.) поликлиники (поликлинического отделения) для взрослых, заместителя главного врача (заведующего детским отделением) детского амбулаторно-поликлинического учреждения.

Ежегодно до 15 декабря председателю медицинской комиссии по приему детей подросткового возраста передаются поименные списки детей, подлежащих передаче в наступающем году. Списки составляются в алфавитном порядке отдельно на мальчиков и девочек.

Передача детей подросткового возраста, состоящих на диспансерном учете, осуществляется очно, комиссионно. Здоровые подростки передаются заочно.

Образец 12

**Акт передачи детей, достигших 18-летнего возраста,
из детского амбулаторно-поликлинического учреждения
в общую амбулаторно-поликлиническую сеть**

От _____ 20__ г. № _____

Комиссия в составе:

Председателя _____

Членов (Ф.И.О.) _____

рассмотрела медицинские документы (ф.ф.112/у, 025-1/у, 063/у; переводные эпикризы и листы уточненных диагнозов)

на _____ подростков, в т.ч. _____

количество

юношей

девушек

наименование детского амбулаторно-поликлинического учреждения, адрес

представлена медицинская документация на подростков:

с I группой здоровья _____, в т.ч. юношей _____

число

со II группой здоровья _____, в т.ч. юношей _____

число

с III группой здоровья _____, в т.ч. юношей _____

число

Не принято _____ подростков, из них юношей _____

число

Списки подростков, принятых и не принятых данным актом, прилагаются.

Комиссия предлагает _____

наименование детского амбулаторно-поликлинического учреждения

устранить отмеченные дефекты и повторно представить документацию в

к _____

наименование амбулаторно-поликлинического учреждения для взрослых

указывается срок

Подписи:

Председатель комиссии

Члены комиссии

* **Примечание.** В списках должны быть предусмотрены следующие графы: номер по порядку; фамилия, имя, отчество; число, месяц, и год рождения; домашний адрес; место работы/учебы; диагноз детского амбулаторно-поликлинического учреждения; диагноз амбулаторно-поликлинического учреждения для взрослых; замечания комиссии.

На здоровых детей, достигших 18-летнего возраста, оформляются и передаются в амбулаторно-поликлинические учреждения общей сети переводные эпикризы. Передача, достигших 18-летнего возраста, состоящих на диспансерном учете и медицинских документов на них (переводный эпикриз, уч.ф.112/у, 025-1/у, 063/у, лист уточненного диагноза) осуществляется заведующим педиатрическим отделением детского амбулаторно-поликлинического учреждения соответствующим специалистам, входящим в состав комиссии по приему подростков. Врачи комиссии осматривают больных своего профиля, оценивают состояние здоровья, оформление представленной документации. Специалист, принявший больного подростка, обеспечивает его дальнейшую диспансеризацию.

Передача детей, достигших 18-летнего возраста, оформляется актом передачи (образец 12).

Медицинская комиссия решает все вопросы оценки состояния здоровья передаваемых детей, анализирует случаи возврата из Вооруженных Сил юношей по состоянию здоровья.

Кроме того, дополнительно к схеме, утвержденной приказами Минздрава России от 19.01.93 г. № 60 «Об утверждении инструкции по проведению профосмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов» и от 07.05.98 г. № 151 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям», вводится профилактический осмотр детей в возрасте 11-12 лет по следующей схеме (табл. 40).

Таблица 40

Схема профилактического осмотра детей в возрасте 11-12 лет

Возрастные периоды	Доврачебный этап (скрининг и лабораторно-инструментальные обследования)	Врачебно-педагогический этап		Специализированный этап
		Педиатр	Педагог, психолог	
11-12 лет	Средний медработник школы или ЛПУ	Осмотр с анализом данных доврачебного обследования, оценка состояния здоровья (включая состояние нервно-психического, физического развития, соматического и репродуктивного здоровья, рекомендации по оздоровлению, коррекции, лечению и реабилитации, врачебно-профессиональное консультирование).	Оценка психологического статуса, адаптации к обучению (особенно в школах нового вида), по показателям – психолого-педагогическая коррекция.	Невролог, окулист, стоматолог, ЛОР, хирург (хирург-ортопед), эндокринолог, гинеколог, андрологический осмотр (возможно включение других специалистов в зависимости от регионов и проблем здоровья детей).

Содержание андрологического осмотра

№/ №	Вид деятельности	Дополнительные обследования (по показаниям)
1.	Сбор анамнеза	
2.	Общий осмотр и анализ развития вторичных половых признаков	Направление на анализ содержания гипофизарных и половых гормонов крови
3.	Осмотр наружных половых органов	
4.	Пальпаторное исследование наружных половых органов с оценкой соответствия их развития возрасту	УЗИ яичек, придатков и др.
5.	Оценка состояния слизистой оболочки выходного отверстия мочеиспускательного канала и возможно наличие отделяемого	Взятие мазков на микрофлору
6.	Ректальное исследование предстательной железы	Взятие на анализ сока из предстательной железы. УЗИ предстательной железы
7.	Оформление документации	

В возрастные периоды 10 лет (5 класс), 14-15 лет (9 класс), 16 и 17 лет вводятся обязательный эндокринологический и андрологический осмотры. При отсутствии эндокринолога, осмотр проводит педиатр. Андрологический осмотр проводит хирург, уролог или другой специалист в объеме, предусмотренном схемой содержания данного вида обследования (табл. 41).

Врачебно-педагогический этап этих возрастных периодов оформляется совместным медико-педагогическим заключением.

В возрастные периоды 10 лет (5 класс), 14-15 лет (9 класс), 16 и 17 лет вводятся обязательный эндокринологический и андрологический осмотры. При отсутствии эндокринолога, осмотр проводит педиатр.

Андрологический осмотр проводит хирург, уролог или другой специалист, в объеме, предусмотренном схемой содержания данного вида обследования. Врачебно-педагогический этап этих возрастных периодов оформляется совместным медико-педагогическим заключением.

Для организации контроля за течением адаптации при переходе к предметному обучению (5 класс), при переходе на III ступень обучения в школе (10 класс), на обучение в ПТУ, техникуме проводить средним медработником учебного заведения или ЛПУ измерение массы тела и артериального давления в конце первого и второго полугодия.

Осмотры врача-педиатра проводятся в возрастные периоды, утвержденные приказом Минздрава России от 19.01.93 г. № 60 «Об утверждении инструкции по проведению профосмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов».

Оказание стационарной помощи детям в возрасте до 17 лет включительно должно обеспечиваться стационарами общей сети по направлениям детских и подростковых ЛПУ. Госпитализация подростков в детские стационары разрешается в индивидуальном порядке по решению главных врачей.

Контрольные вопросы.

1. Определение подросткового возраста согласно рекомендациям ВОЗ. Какими факторами обусловлен данный возраст?
2. Краткая история организации службы охраны здоровья подростков в России.
3. Что вызвало необходимость коренного пересмотра системы наблюдения за подростками, существовавшей во времена СССР?
4. Каково состояние подростков было в России к концу XX века?
5. Какими лечебно-профилактическими учреждениями в настоящее время оказывается лечебно-консультативная помощь подросткам?
6. Задачи детской поликлиники по охране здоровья подростков.
7. Структура детской поликлиники, относящаяся к охране здоровья подростков.
8. Какой дополнительный объем работы возложен на педиатрическое отделение в связи с возложением на него функции охраны здоровья подростков?
9. Объем деятельности отделения организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях.
10. Каковы функции и основные задачи отделения медико-социальной помощи в сохранении и укреплении здоровья детей и подростков?
11. Как происходит передача детей, достигших 18-летнего возраста, и их медицинской документации из детских поликлиник во взрослую амбулаторно-поликлиническую сеть?
12. Организация медицинской комиссии по передаче подростков во взрослую сеть ЛПУ, их состав; документы, подтверждающие осуществление процесса приема-передачи.
13. Особенности дополнений к традиционной схеме профилактических осмотров детей в возрасте от 10 лет до 17 лет включительно.
14. Как оказывается стационарная помощь детям в возрасте от 15 до 17 лет включительно?

Глава 26. Контроль качества медицинской помощи.

Медицинские кадры.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Цели

Студент должен:

Знать:

- элементы лечебно-диагностического процесса;
- основные показатели работы амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений;
- основные понятия и термины качества медицинской помощи;
- методические подходы к оценке качества медицинской помощи;
- факторы, влияющие на качество медицинской помощи.

Уметь:

- вычислять и анализировать основные показатели деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений;
- вычислять и анализировать показатели, характеризующие деятельность врача в стационаре и поликлинике;
- проводить оценку качества и эффективности медицинской помощи отдельных врачей и лечебно-профилактических учреждений в целом;
- применять полученные результаты анализа деятельности и оценки качества ЛПП для планирования работы врача и лечебно-профилактического учреждения.

ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

Цели

Студент должен:

Знать:

- этапы подготовки и усовершенствования врачей и среднего медицинского персонала.

Уметь:

- применять полученные знания при прохождении производственной практики и последующем обучении на профильных кафедрах.

Проблема контроля качества в здравоохранении относится к сравнительно новой и весьма актуальной для многих стран мира, находящихся в переходном периоде от экстенсивного к интенсивному развитию системы здравоохранения.

Обеспечение качества при оказании медико-санитарных услуг рассматривается рядом стран в качестве основы национальной политики по вопросам качества медико-санитарной помощи. Такая политика была разработана с помощью ВОЗ в Дании (1993 г.), Бельгии (1995 г.), а также в Словении и Польше. Европейский форум национальных медицинских ассоциаций (НМА) и ВОЗ разработали и обеспечили утверждение модели политики в отношении качества медико-санитарной помощи для НМА, которые соответствуют национальной политике, и в настоящее время этот вопрос включен в 16-ю задачу программы ВОЗ «Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе в XXI столетии».

В России для оценки качества медицинской помощи разработаны медико-экономические стандарты (МЭС), основанные на нозологических формах. МЭС состоит из трех основных частей: медицинской технологии, результатов её выполнения и стоимости реализации. Контролю качества меди-

цинской помощи в РФ посвящен приказ МЗ и ФФОМС № 363/77 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи в РФ» от 24.10.96 г. Этим приказом утверждено:

- 1) положение о системе ведомственного контроля качества медицинской помощи;
- 2) положение о системе вневедомственного контроля качества медицинской помощи;
- 3) положение о внештатном медицинском эксперте;
- 4) положение об эксперте страховых медицинских организаций.

В настоящее время основными средствами контроля качества медицинской помощи в РФ являются:

- 1) медицинские стандарты;
- 2) показатели деятельности ЛПУ;
- 3) экспертная оценка.

Стандарты – это нормативно-технические документы, регламентирующие нормы, правила, обязательные требования к объекту стандартизации и утвержденные компетентным органом. В здравоохранении таким документом является приказ МЗ № 181 «О введении в действие отраслевого стандарта: «Система стандартизации в здравоохранении. Основные положения» от 04.06.2001 года, в котором определены основные цели и задачи стандартизации в здравоохранении РФ:

1. **Цель** – создание и развитие системы стандартизации в данной отрасли как основы повышения качества профилактических и лечебно-диагностических мероприятий при решении задач сохранения и улучшения здоровья населения.

Система стандартизации в здравоохранении направлена на совершенствование управления отраслью, обеспечение её целостности за счет единых подходов к планированию, нормированию, лицензированию и сертификации, на повышение качества медицинской помощи, рациональное использование кадровых и материальных ресурсов, оптимизацию лечебно-диагностического процесса, интеграцию отечественного здравоохранения в мировую медицинскую практику.

2. Нормативные документы системы стандартизации в здравоохранении должны способствовать обеспечению решения следующих **задач**:

1) создания единой системы оценки показателей качества и экономических характеристик медицинских услуг, установление научно-обоснованных требований к их номенклатуре и объему;

2) обеспечение взаимодействия между объектами, участвующими в оказании медицинской помощи;

3) установления требований к условиям оказания медицинской помощи, эффективности, безопасности, технической, технологической и информационной совместимости и взаимозаменяемости процессов, оборудования, инструментов, материалов, лекарственных средств и других компонентов, применяемых при оказании медицинской помощи;

- 4) нормативного обеспечения метрологического и точностного контроля в здравоохранении;
- 5) установления единых требований к аккредитации медицинских учреждений, подготовке и сертификации специалистов;
- 6) нормативного обеспечения сертификации и оценки качества медицинских услуг;
- 7) создания и обеспечения функционирования систем классификации, кодирования и каталогизации в здравоохранении;
- 8) нормативного обеспечения надзора и контроля над соблюдением требований нормативных документов;
- 9) экономии всех видов ресурсов;
- 10) содействия обороноспособности и мобилизационной готовности страны.

Стандартизация в здравоохранении базируется на соблюдении следующих **основных принципов**:

- 1) принцип согласия (консенсуальности) – взаимное стремление всех субъектов к достижению согласия при разработке и введении в действие нормативных документов системы стандартизации;
- 2) принцип единообразия – единый порядок разработки, согласования, принятия и введения в действие нормативных документов, надзора и контроля за соблюдением требований нормативных документов по стандартизации;
- 3) принцип значимости – социальная, научная и экономическая целесообразность разработки и применения нормативных документов в практике здравоохранения;
- 4) принцип актуальности – соответствие требованиям законодательства и нормативно-правовым актам РФ, международным нормативным документам и современным достижениям науки;
- 5) принцип комплексности – согласование предъявляемых к объектам стандартизации требований между собой;
- 6) принцип проверяемости – обеспечение возможности контроля заданных в нормативных документах требований объективными методами.

Объекты стандартизации и структура системы нормативных документов по стандартизации в здравоохранении включают в себя:

I. Основные объекты стандартизации, к которым относятся:

- 1) организационные технологии;
- 2) медицинские услуги;
- 3) технологии выполнения медицинских услуг;
- 4) техническое обеспечение выполнения медицинских услуг;
- 5) качество медицинских услуг;
- 6) квалификация медицинского, фармацевтического, вспомогательного персонала;
- 7) производство, условия реализации, качество лекарственных средств и изделий медицинской техники;
- 8) учетно-отчетная документация, используемая в системе здравоохранения и медицинского страхования;

- 9) информационные технологии;
- 10) экономические аспекты здравоохранения;
- 11) получение, переработка и введение в организм органов и тканей, полученных от донора;
- 12) обеспечение этических правил в здравоохранении.

II. Структура системы нормативных документов по стандартизации включает в себя следующие группы документов:

- группа 01 – общие положения;
- группа 02 – требования к организационным технологиям в здравоохранении;
- группа 03 – требования к техническому оснащению учреждений здравоохранения;
- группа 04 – требования к персоналу;
- группа 05 – требования к лекарственному обеспечению;
- группа 06 – санитарно-гигиенические методы контроля;
- группа 07 – требования к медицинской технике и изделиям медицинского назначения;
- группа 08 – требования к диетическому питанию;
- группа 09 – классификация и систематизация медицинских услуг;
- группа 10 – требования к оценке лечебно-диагностических и профилактических возможностей медицинских учреждений;
- группа 11 – требования к оказанию медицинских услуг;
- группа 12 – требования к профилактике заболеваний, защите здоровья населения от повреждающих факторов, охране репродуктивного здоровья и оказанию медико-социальной помощи;
- группа 13 – требования к качеству медицинских услуг;
- группа 14 – требования к экономическим показателям в здравоохранении;
- группа 15 – требования в документации в здравоохранении;
- группа 16 – требования к средствам информации в здравоохранении;
- группа 17 – требования к системам жизнеобеспечения в экстремальных ситуациях и специальным системам;
- группа 18 – требования к продуктам крови и трансплантатам;
- группа 19 – требования к обеспечению этических правил в здравоохранении;
- группа 20 – требования к производству лекарственных средств;
- группа 21 – нормы и правила научных исследований в здравоохранении.

Основными направлениями стандартизации, обеспечивающими реализацию положений «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ» и создающими систему управления качеством в здравоохранении, являются:

- 1) стандартизация в области ресурсов здравоохранения;
- 2) стандартизация в области технологий, используемых в здравоохранении;
- 3) стандартизация в области результатов применения технологий, используемых в здравоохранении.

Основные направления работ по развитию системы стандартизации в здравоохранении охватывают все объекты стандартизации системы. Наибо-

лее важным и сложным объектом стандартизации в здравоохранении являются медицинские услуги. Необходимость стандартизации медицинских услуг определяется потребностями здравоохранения, медицинского страхования, быстрым развитием этой сферы деятельности, появлением принципиально новых технологий, лекарственных средств. Данное направление работ по стандартизации создает основу для оценки качества и формирования экономических показателей конкретных медицинских услуг.

Отечественный и зарубежный опыт позволяет выделить **три подхода к контролю качества** в здравоохранении: структурный, процессуальный и по конечному результату.

Структурный подход реализуется в лицензировании и аккредитации медицинских учреждений; аттестации и сертификации специалистов. Сущность этого подхода в том, что качественное учреждение, качественные медикаменты, материалы и оборудование, качественные специалисты – обеспечивают качественные медицинские услуги. Особое значение для реализации структурного подхода к контролю качества в учреждениях здравоохранения имеет управление кадрами, их отбор, подготовка, организация труда и его стимулирование.

Процессуальный подход должен дополнять структурный подход к контролю качества. Реализация этого подхода требует участия экспертов, а значит не полностью свободна от субъективизма, т.к. не всегда можно поставить знак равенства между хорошим специалистом и экспертом. Кроме того, процессуальный подход, как правило, реализуется при выборочном исследовании объекта, что требует учета непостоянства качества услуг и не всегда гарантирует полную объективность выводов.

Контроль качества по конечному результату, точнее было бы назвать контролем эффективности как элемента качества. Оценивая возможности контроля качества в здравоохранении по конечному результату, необходимо ответить на вопрос: «Каким должен быть результат?» Планирование конечного результата деятельности требует реальной оценки факторов, на него влияющих. Так для оценки качества медицинской помощи в **поликлинике** можно использовать следующие показатели:

I. Прямые показатели:

- 1) доля совпадения поликлинического и заключительного диагноза стационара;
- 2) доля совпадения диагноза лечащего врача и диагноза, выставленного при любой экспертизе случая;
- 3) доля выздоровевших из числа больных острыми заболеваниями;
- 4) показатель функции стабилизации (ремиссии) из числа хронических больных;
- 5) удовлетворенность пациентов медицинской помощью;
- 6) доля общих госпитализаций по вине врача к общему числу пролеченных;
- 7) доля необоснованных направлений на госпитализацию от всех направлений на госпитализацию;

8) досрочная летальность в стационаре.

II. Косвенные показатели:

1) доля пациентов, направленных на госпитализацию из числа обратившихся за медицинской помощью;

2) среднее число дней до операции госпитализированных планово для проведения операции;

3) летальность на дому от острых заболеваний по вине врача;

4) доля первичной инвалидизации от числа заболевших;

5) показатель обращения на станцию скорой медицинской помощи лиц, страдающих хроническими заболеваниями;

6) доля лиц, не обследованных на туберкулез 2 года и более;

7) доля лиц, не обследованных на онкозаболевания в течение года.

Для оценки качества медицинской помощи **в стационаре** можно предложить следующие показатели:

I. Прямые показатели:

1) расхождение диагнозов (при поступлении – клинический – заключительный – патологоанатомический);

2) удовлетворенность пациентов;

3) доля пациентов, получивших информацию о самосохранном поведении с учетом перенесенного заболевания;

4) доля выписанных пациентов с достижением ожидаемого по стандарту результата;

5) доля пациентов, обоснованно госпитализированных в стационар;

6) доля повторных госпитализаций в связи с преждевременной выпиской от всех выписанных;

7) доля постинъекционных осложнений от числа проведенных инъекций;

8) случаи внутрибольничной инфекции;

9) частота пролежней у определенных групп больных.

II. Косвенные:

1) больничная летальность (при отдельных заболеваниях), в том числе у детей;

2) послеоперационная летальность (при всех видах операций);

3) сроки поступления в стационар от начала заболеваний по экстренным медицинским показаниям.

Таким образом, **оценка качества медицинской помощи** – это определение соответствия оказанной медицинской помощи установленным на данный период стандартам при удовлетворении пациента этой помощью.

Критерии качества медицинского обслуживания должны обладать репрезентативностью, характеризующей соотношение реально полученных величин, принимаемых к анализу показателей с некой идеальной точной величиной, наиболее полно отражающей свойства изучаемого объекта.

В Курской области создана система контроля качества, основанная на балльной оценке (по четырем баллам для больных, получающих консервативное лечение и по пяти баллам – для оперированных больных) по соответствию стандартам, допускающим минимум диагностических и лечебных

процедур, и требованиям к получению желаемого результата по данному диагнозу.

В связи с тем, что собственная оценка качества оказания медицинской помощи предлагает обеспечение обязательного объема лечебно-диагностических мероприятий в рамках стационарного лечения, а достижение конечных результатов в основном связано с четким соблюдением технологичности лечебно-диагностического процесса, предлагается в качестве интегрального оценочного показателя так называемый уровень качества диагностики и лечения (УКДЛ), который определяет уровень технологичности ведения больных в стационаре, ориентированный на конечный результат.

Экспертная оценка выполнения отдельных оценочных параметров, составляющих УКДЛ, проводится на основании медицинских стандартов и оценивается по специальным шкалам (схема 2).

Схема 2.

Шкалы медицинских стандартов для экспертной оценки УКДЛ

№	оценочный набор диагностических мероприятий	оценка
1.	диагностическое обследование не проводилось	0
2.	выполнены отдельные малоинформативные обследования	0,25
3.	обследование проведено на половину	0,5
4.	обследование проведено почти полностью, имеются некоторые упущения	0,75
5.	обследование проведено полностью	1,0
№	оценка диагноза	оценка
1.	несоответствие диагноза клинико-диагностическим данным	0
2.	отсутствие развернутого клинического диагноза с определением стадии, фазы, локализации, нарушения функции, наличие осложнений и сопутствующих заболеваний	0,5
3.	диагноз соответствует клинико-диагностическим данным, но отсутствуют некоторые требования принятой классификации, диагноз развернут не полностью	0,75
4.	поставлен развернутый клинический диагноз по основному и сопутствующему заболеваниям, в соответствии с классификационными требованиями	1,0
№	адекватность использования медикаментозных средств	оценка
1.	медикаментозные средства применялись неадекватно, необоснованно длительно, в сочетании с полипрогмазией	0
2.	медикаментозные средства применялись адекватно, но не в полном объеме, что повлияло на качество лечения; имела место полипрогмазия	0,5
3.	медикаментозные средства применялись адекватно, но не в полном объеме, что не повлияло на результаты лечения	0,75
4.	медикаментозные средства использованы адекватно	1,0
№	адекватность оперативных методов лечения (для стационарных хирургических больных)	оценка
1.	неадекватно	0
2.	адекватно	1,0
№	адекватность применения восстановительного лечения и методов реабилитации	оценка
1.	проведены неадекватно или вообще не назначались, хотя были показания	0
2.	проведены адекватно, но не в полном объеме, что повлияло на исход заболевания	0,5
3.	проведены адекватно, но не в полном объеме, что не повлияло на исход заболевания	0,75
4.	восстановительное лечение и реабилитация проведены адекватно и в полном объеме или не показано	1,0

Фактический УКДЛ рассчитывается как среднеарифметическое отдельных параметров по формулам:

- 1) для больных, получающих консервативное лечение:

$$УКДЛ = \frac{ОДМ + ОД + ОМЛ + ОВР}{4}$$

- 2) для оперированных больных:

$$УКДЛ = \frac{ОДМ + ОД + ОМЛ + ООЛ + ОВР}{5}$$

где, ОДМ – оценка набора диагностических мероприятий;

ОД – оценка диагноза;

ОМЛ – оценка адекватности использования медикаментозных методов лечения;

ООЛ – оценка адекватности применения оперативных методов лечения;

ОВР – оценка адекватности применения восстановительного лечения и методов реабилитации.

При лечении инкурабельных больных (IV стадия и др.) под критериями качества следует понимать создание для больного зоны медицинской комфортности (регулярный патронаж, обеспечение медикаментами, в том числе анальгетиками, профилактика пролежней, создание соответствующих санитарно-гигиенических условий).

УКДЛ, соответствующий максимально необходимому уровню медицинской технологии, обеспечивающей эффективное лечение и реабилитацию, принимается равным от 0,75 до 1,0. Шкала оценки набора диагностических мероприятий учитывает исследования, проведенные на догоспитальном этапе. За нижнюю границу необходимого уровня медицинской технологии, обеспечивающей безопасность больного, принимается показатель, равный 0,65.

Пример расчета УКДЛ:

– при определении УКДЛ у больного А (образец 13) эксперты установили, что оценка ОДМ = 0,5; ООЛ = 1,0; ОД = 1,0; ОВР = 0,5; ОМЛ = 0,75. Следовательно, уровень качества лечения составляет:

$$УКДЛ = \frac{0,5+1,0+0,75+1,0+0,5}{5} = \frac{3,75}{5} = 0,75$$

что соответствует максимально необходимому уровню медицинской технологии, обеспечивающей эффективное лечение и реабилитацию у больного А.

Система обеспечения качества медицинской помощи состоит из

3-х элементов: *участники контроля* (т.е. кто должен осуществлять контроль), *средства* (с помощью чего осуществляется контроль) и *механизмы контроля* (каким образом осуществляется контроль, последовательность действий). В свою очередь участники контроля подразделяются на *три звена*: внутриведомственный, вневедомственный и независимый контроль.

Во внутриведомственном звене контроль качества медицинской помощи является функцией: заведующего отделением, зам. главного врача по клинико-экспертной работе, комиссии ЛПУ, комиссии территориального органа здравоохранения, клинико-экспертные комиссии органов здравоохранения субъекта Федерации.

АКТ

экспертной оценки уровня качества диагностики лечения (УКДЛ)

1. Ф.И.О. б-го, № и б 265 _____ 2. к-дней 16 _____ 3. средний день 16 _____
 4. Дата экспертизы 20.05.2002 _____ 5. ЛПУ ОКБ _____ 6. Эксперт Сергеев А.В _____
 7. Клинический диагноз: желчекаменная болезнь _____

8. УКДЛ (результат оценки экспертом ЛПУ): 0,75 – обеспечивает необходимое лечение и реабилитацию _____

Этапы и результаты лечебно-диагностического процесса:

ОЦЕНКА

	1,0	обследование проведено полностью
	0,75	имеются отдельные упущения в обследовании
– Оценка выполнения стандарта диагностических мероприятий	0,5	обследование проведено наполовину
Замечания:	0,25	выполнены малоинформативные исследования
	0	обследование не выполнено
– Оценка диагноза	1,0	поставлен развернутый клинический диагноз
Замечания:	0,75	диагноз соответствует клинико-диагностическим данным, но отсутствуют некоторые фрагменты, влияющие на выбор лечения
	0,5	отсутствие развернутого клинического диагноза с указанием стадии, фазы, формы заболевания, нарушения функции, осложнений, сопутствующих заболеваний
	0	несоответствие диагноза клинико-диагностическим данным
– Оценка использования медикаментозных средств	1,0	медикаментозные средства использованы адекватно
Замечания:	0,75	медикаментозные средства применялись адекватно, но не экономично, имела место полипрагмазия
	0,5	не применялись основные средства, использованы несовместимые средства, что повлияло на качество лечения
	0	лечение не соответствовало диагнозу или не проводилось
– Оценка восстановительного лечения	1,0	восстановительное лечение и реабилитация проведены адекватно
Замечания:	0,5	проведено не в полном объеме, что повлияло на исход заболевания
	0	не назначалось, хотя было необходимым
– Оценка оперативного лечения	1,0	адекватно
Замечания:	0	неадекватно

ПРИМЕЧАНИЕ: в замечаниях указать причину снижения коэффициента, при отсутствии необходимости восстановительного лечения расчет УКДЛ проводится без данного этапа.

 Диагноз эксперта _____.

 УКДЛ _____ 0,75 _____

 Заключение эксперта: _____ оплата по стандарту за 16 дней _____
 по факту: _____ за 16 дней _____

(заполняется в соответствии с принятым решением)

Категория сложности экспертизы: _____

Подпись:

Сергеев

Ведомственную экспертизу осуществляют по единой методике органы и учреждения здравоохранения. Внутриведомственной экспертизе подвергаются все компоненты качества медицинской помощи, включающие в себя:

- 1) оценку состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов ЛПУ (т.е. контроль структурного качества помощи, оказываемой медицинскими учреждениями в целом);
- 2) оценку профессиональных качеств медицинских работников, путем осуществления аттестации персонала;
- 3) экспертизу процесса оказания медицинской помощи конкретным пациентам (т.е. контроль технологического компонента качества медицинской помощи);
- 4) выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное действие и повлекших за собой снижение эффективности медицинской помощи);
- 5) подготовку рекомендаций для руководителей ЛПУ и органов управления здравоохранением, направленных на предупреждение врачебных ошибок и дефектов в работе, и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи;
- 6) изучение удовлетворенности пациентов от их взаимодействия с системой здравоохранения;
- 7) расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи;
- 8) выбор наиболее рациональных и управленческих решений, проведение оперативных корректирующих воздействий и контроль за реализацией управленческих решений.

В ведомственном звене на уровне ЛПУ контроль качества медицинской помощи является функцией:

- 1) заведующих подразделениями (первая ступень экспертизы);
- 2) заместителей руководителей учреждений по клинико-экспертной работе, лечебной помощи и др. (вторая ступень экспертизы);
- 3) клинико-экспертной комиссии (КЭК) лечебного учреждения (третья ступень экспертизы).

На уровне органов управления здравоохранением контроль качества осуществляется:

- 1) КЭК органов управления всех уровней;
- 2) главными штатными и внештатными специалистами органов управления всех уровней.

В необходимых случаях для проведения экспертизы могут привлекаться сотрудники вузов, НИИ и других учреждений на договорной основе.

Внутриведомственной экспертизой оцениваются все законченные случаи лечения за данный месяц.

Ведомственный контроль качества медицинской помощи регламентируется «Положением о системе ведомственного контроля качества медицинской помощи в учреждениях РФ», утвержденным приказом МЗ РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24 октября 1996

г. № 363/77, а вневедомственный контроль качества медицинской помощи регламентируется «Положением о системе вневедомственного контроля качества медицинской помощи в РФ», вышеуказанного приказа МЗ РФ.

К вневедомственному звену эксперты качества медицинской помощи относят:

- 1) лицензионно-аккредитационные комиссии;
- 2) страховые медицинские организации;
- 3) территориальные фонды ОМС (в случае выполнения функций страховщика);
- 4) страхователи;
- 5) исполнительные органы фонда социального страхования РФ;
- 6) профессиональные медицинские ассоциации;
- 7) общества (ассоциации) защиты прав потребителей.

Объем деятельности учреждений вневедомственного звена контроля качества медицинской помощи включает в себя:

- 1) анализ результатов оказания медицинской помощи населению;
- 2) подготовку рекомендаций по совершенствованию организации и повышению качества медицинской помощи и контролю за их выполнением;
- 3) изучение удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью;
- 4) проверку выполнения договорных обязательств между страхователем и страховщиком;
- 5) проверку выполнения договорных обязательств между учреждениями здравоохранения и страховыми медицинскими организациями;
- 6) контроль соблюдения инструкции о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан;
- 7) оценку возможностей учреждений здравоохранения гарантировать требуемый уровень качества медицинской помощи;
- 8) контроль правильности применения тарифов и соответствия предъявляемых к оплате счетов выполненному объему медицинской помощи;
- 9) другие виды контроля, осуществляемые субъектами в пределах своей компетенции.

Вневедомственный контроль – это экспертный контроль, который проводят штатные и нештатные эксперты медицинских организаций, имеющих лицензию на ОМС федерального, областного (краевого) фонда ОМС. Деятельность экспертов регламентирована «Положением о внештатном медицинском эксперте» и «Положением об эксперте страховой медицинской организации», отраженными в приказе МЗ РФ и Федерального фонда ОМС № 363/77 от 24.10.1996 г.

Вневедомственная экспертиза проводится экспертами-медиками (*экспертиза УКДЛ*) и экспертами-экономистами (*экономическая экспертиза*). Годовой объем вневедомственных экспертиз планируется на уровне 5% общего объема оказанных медицинских услуг. Выборка для вневедомственной экспертизы должна составлять не менее 30% реестра. Экспертиза может быть очной (освидетельствование больного) и заочной (экспертиза медицин-

ской документации). Выборка для вневедомственной экспертизы проводится методом случайной выборки для оценки УКДЛ и направленного отбора (не менее 5% случаев), в том числе летальные исходы, осложнения, несвоевременная госпитализация, случаи с резким отличием длительности пребывания от нормативного, жалобы, конфликтные случаи и другие случаи по выбору эксперта.

Право получения медицинской документации для проведения вневедомственной экспертизы определено ст. 61 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан».

Звено независимого контроля качества медицинской помощи включает независимые экспертные (аудиторские, арбитражные) службы.

Аудит – это система независимого финансового контроля деятельности того или иного субъекта рыночных отношений (в том числе и здравоохранения). Аудиторские заключения имеют практическое значение для любых организационно-правовых форм ЛПУ, функционирующих в здравоохранении, страховых медицинских компаний и являются обязательным элементом их отчетности.

Виды контроля (в зависимости от форм собственности, источника финансирования учреждений, организаций) подразделяются на государственный, общественный аудиторский (независимый платный), ведомственный (фирменный) и внутренний (внутрихозяйственный). Внутренний и внешний аудиторский контроль зависит от того, производится он самим учреждением или финансовую отчетность фирмы (компания) проверяет государственный контрольный орган.

В процессе аудита хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения анализируются:

- 1) программы и уставная деятельность, правильность формирования уставного фонда и его использования;
- 2) условия хозяйственных договоров и корректность оперативного учета договорных обязательств;
- 3) выполнение обязательств по улучшению качества услуг (изделий, товаров);
- 4) система ценообразования и реализация цен на оказываемые виды услуг.

Особое место в системе аудиторского контроля занимает учет затрат на производство лечебно-профилактических услуг, ревизий кассы и кассовых операций, а также сохранности материальных ценностей в процессе финансово-хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения.

Проверка и учет затрат на производство медицинских услуг (изделий) основываются на изучении первичной документации, в которой отражены все операции по выполняемым работам и услугам (выпускаемой продукции). В первую очередь это относится к ситуациям, когда ЛПУ имеет достаточно высокий уровень диверсификации, т.е. одновременно осуществляется несколько видов деятельности: лечебно-диагностическая, оздоровительно-спортивная, торговая, строительная и пр.

Таким образом, усовершенствованная аудиторская система учета и отчетности позволяет оперативнее получать качественную информацию о ходе реальных экономических процессов в учреждениях отрасли, сохранности товарно-материальных ценностей, что дает возможность эффективнее, с меньшими затратами и соблюдением законодательства повышать уровень лечебно-профилактической деятельности объектов здравоохранения.

Медицинские кадры.

К медицинским кадрам относятся врачи, провизоры, стоматологи, медицинские сестры с высшим образованием, зубные врачи, сестринский и младший медицинский персонал. В категорию сестринского медицинского персонала входят фельдшера, акушерки и медицинские сестры, помощники санитарных врачей и эпидемиологов, медицинские лаборанты, зубные техники, рентгенолаборанты, рентгентехники и др. Фармацевты и лаборанты представляют особую группу лиц со средним фармацевтическим образованием. Кроме того, в здравоохранении работают специалисты немедицинского профиля – социальные работники, биологи, физики, химики, инженеры и техники, юристы, экономисты – составляющие кадровый потенциал здравоохранения.

В настоящее время система высшего медицинского и фармацевтического образования России включает 58 государственных вузов, в числе которых 16 университетов, 29 академий (включая Санкт-Петербургскую военную медицинскую академию) и 13 медицинских факультетов университетов Министерства образования РФ. Кроме того, с 1992 года в России организовано 8 негосударственных медицинских вузов и медицинских факультетов, имеющих лицензию на право ведения образовательной деятельности. Качество обучения в медицинских вузах и на медицинских факультетах обеспечивается реализацией единых эталонов учебных планов, унифицированных учебных программ и тематического содержания дисциплин, утвержденных Государственным образовательным стандартом (ГОС), разработанным по каждой специальности на до- и последипломном уровнях.

Государственные образовательные стандарты по всем специальностям высшего медицинского образования разработаны Учебно-методическим объединением медицинских и фармацевтических вузов в соответствии с Законом РФ «Об образовании». Они содержат государственные требования к обязательному минимуму содержания и уровню подготовки выпускника по всем медицинским специальностям.

Додипломный этап обучения студентов медицинских и фармацевтических вузов завершается проведением итоговой государственной междисциплинарной аттестации выпускников, которое проводится в три этапа:

1. Аттестационное тестирование, проводимое по типовым заданиям, утвержденным МЗ РФ, из единого банка междисциплинарных аттестационных заданий, охватывающих содержание гуманитарных, социально-экономических, естественно-научных, медико-биологических, медико-профилактических и клинических дисциплин.

2. Практический этап – оценка профессиональной подготовки выпускника по его умениям и навыкам – проводится в соответствующих базовых ЛПУ и на выпускающих кафедрах.

3. Итоговое собеседование является завершающим этапом аттестации выпускника.

Итоговая междисциплинарная аттестация с 1997 года осуществляется государственными аттестационными комиссиями, организованными в каждом вузе.

Ежегодный выпуск из медицинских и фармацевтических вузов страны составляет: по специальности «Лечебное дело» – 54%, «Педиатрия» – 21%, «Стоматология» – 12%, «Медико-профилактическое дело» – 5%, «Фармация» – 7% и медико-биологическим специальностям – около 1%. Выпуск молодых врачей составляет ежегодно около 4% от общего числа врачей, занятых в отрасли.

Первый этап последипломного профессионального образования начинается сразу после получения выпускником медицинского вуза диплома и предусматривает следующие формы обучения:

1. Интернатура – 1 год.
2. Ординатура для углубленного изучения специальности – 2-3 года.
3. Подготовка по одной из образовательно-профессиональных программ по специальности (например, врач общей или семейной практики) – 1-4 года.

После чего дипломированный специалист здравоохранения сдает экзамен квалификационной комиссии и получает **сертификат** – документ единого образца, подтверждающий соответствие подготовки специалиста государственным образовательным стандартам.

Сертификат свидетельствует о достижении его обладателем уровня теоретических знаний, практических умений и навыков, достаточных для самостоятельной профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности. Сертификат специалиста действует на всей территории России, но должен подтверждаться каждые 5 лет после соответствующей подготовки в системе последипломного профессионального образования (второй этап последипломного образования), т.е. прохождения **аттестации**.

Аттестация является одним из звеньев в системе непрерывного образования специалистов, способствующее повышению персональной ответственности каждого специалиста за выполнение им профессиональных и должностных обязанностей. По результатам аттестации специалисту присваивается квалификационная категория. К аттестации на квалификационную категорию допускаются лица, имеющие высшее медицинское (фармацевтическое) образование и получившие право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в учреждениях здравоохранения независимо от форм их собственности, т.е. имеющих сертификат специалиста.

Переаттестация на подтверждение имеющейся квалификационной категории проводится каждые 5 лет, чем достигается реализация концепции о непрерывном медицинском образовании в РФ.

Квалификация специалистов определяется аттестационной комиссией по трем категориям: второй, первой и высшей. Вторая категория может присваиваться врачам, имеющим стаж работы по аттестуемой специальности не менее 5 лет; первая – семи и высшая – десяти лет. В стаж работы по специальности для аттестации на категорию засчитывается время работы по данной специальности, обучение в интернатуре, ординатуре и аспирантуре по той специальности, по которой специалист проходит аттестацию, время работы в органах управления здравоохранением, в общественных профессиональных и профсоюзных органах.

Квалификационная категория, присвоенная специалисту, действительна в течение 5 лет со дня издания приказа органа (учреждения) здравоохранения субъекта РФ о присвоении квалификационной категории. В случае отказа специалиста от очередной переаттестации присвоенная ранее квалификационная категория утрачивается с момента истечения пятилетнего срока её присвоения.

Таким образом, в настоящее время *существует два основных вида* последипломной подготовки:

1) специализация – приобретение врачом одной из выбранных специальностей путем обучения в интернатуре по базовым (терапия, хирургия, педиатрия, акушерство и гинекология) и другим специальностям (первичная специализация), затем в институтах, на факультетах последипломного профессионального образования по перечню врачебных специальностей, утвержденных приказом Минздрава РФ № 33 от 18.02.95;

2) усовершенствование:

а) *общее* – предусматривающее повышение квалификации по всем разделам избранной специальности;

б) *тематическое* – предусматривающее повышение квалификации по отдельным разделам или актуальным вопросам профессиональной деятельности специалиста;

в) *сертификационные (аттестационные) циклы* для получения (или подтверждения) сертификата специалиста.

Вне зависимости от специальности врача учебно-методическим объединением медицинских и фармацевтических вузов России рекомендована модель комплексной последипломной подготовки, включающая **три блока предметов:**

I. Базисный блок.

1. Дисциплины по основной и смежным специальностям.
2. Неотложная помощь и реанимация.
3. Лабораторно-инструментальная диагностика.
4. Медицинская профилактика и реабилитация.

II. Организационный блок.

1. Экономика и управление здравоохранением.

2. Медицинская статистика.
3. Медицинское законодательство.
4. Врачебно-трудовая (медико-социальная) экспертиза.
5. Организация работы врача.

III. Блок фундаментальных дисциплин.

1. Общая патология.
2. Клиническая фармакология.
3. Медицинская психология.
4. Клиническая биохимия.

Из сказанного следует, что основными критериями качества медицинской помощи населения является компетентность и профессионализм врача, его широкий кругозор. Однако качественное оказание медицинской помощи только одними практическими врачами невозможно без грамотных, компетентных руководителей здравоохранения всех уровней. Поэтому второй стратегической задачей кадровой политики, от решения которой в значительной мере зависит успех реформы здравоохранения, является подготовка и переподготовка управленческих кадров для всех уровней практического здравоохранения и, прежде всего, в области организации, управления, экономики, маркетинга, сертификации и др. Переподготовка и подготовка руководителей здравоохранения должна проводиться дифференцировано по четырем уровням управления:

- 1) главные и старшие медицинские сестры – специалисты с высшим медицинским образованием;
- 2) заведующие структурными подразделениями (отделениями) – специалисты с высшим медицинским образованием;
- 3) руководители и заместители руководителей учреждений здравоохранения, имеющие сертификат по организации здравоохранения;
- 4) руководители органов управления здравоохранением городского, районного, областного, краевого и республиканского уровней.

Контрольные вопросы.

1. Что относится к основным средствам контроля качества медицинской помощи РФ? Определение понятия «стандарты». Основная цель стандартизации.
2. Задачи системы стандартизации в здравоохранении.
3. Основные принципы стандартизации в здравоохранении.
4. Объекты стандартизации и структура системы нормативных документов по стандартизации в здравоохранении.
5. Основные направления стандартизации. Три подхода к контролю качества в здравоохранении.
6. Показатели оценки качества медицинской помощи поликлиники: прямые и косвенные показатели.

7. Прямые и косвенные показатели оценки качества медицинской помощи стационара.
8. Система контроля качества в Курской области.
9. Шкалы медицинских стандартов для экспертной оценки УКДЛ.
10. Три звена участников контроля качества в здравоохранении. Внутриведомственный контроль.
11. Вневедомственное звено контроля качества медицинской помощи.
12. Звено независимого контроля качества медицинской помощи.
13. Кого относят к категории «медицинские кадры»? Чем обеспечивается качество обучения в медицинских вузах и на медицинских факультетах России?
14. Додипломный этап обучения студентов: этапы, итоговая аттестация.
15. Этап последипломного профессионального образования. Сертификация и аттестация.
16. Основные виды последипломной подготовки для врачей; три блока предметов последипломной подготовки.
17. Подготовка и переподготовка руководителей здравоохранения.

Глава 27. Врачебно-трудовая экспертиза. Экспертиза временной нетрудоспособности.

МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Цели

Студент должен:

Знать:

- основные задачи врачебно-трудовой экспертизы;
- основные понятия экспертизы временной нетрудоспособности;
- особенности организации экспертизы временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях;
- виды временной нетрудоспособности, правила выдачи и оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность;
- формы преемственности и взаимосвязи между медицинскими учреждениями и органами социальной защиты населения;

Уметь:

- решать ситуационные задачи по выдаче и оформлению документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность.

Под **врачебно-трудовой экспертизой** понимается область медицинских и научных знаний, изучающая трудоспособность человека при наличии у него заболевания, травмы, увечья, анатомического дефекта, беременности, а также некоторых других причин, регламентированных законодательством

по государственному социальному страхованию и преследующих социально-профилактические цели (уход за больным членом семьи, санаторно-курортное лечение, карантин, стационарное протезирование и др.).

К основным задачам врачебно-трудоустройственной экспертизы относятся:

- 1) научно обоснованная оценка трудоспособности работающего населения при различных заболеваниях, травмах, увечьях, анатомических дефектах;
- 2) установление факта временной нетрудоспособности и освобождение от работы в связи с наличием социальных и медицинских показаний, предусмотренных законодательством;
- 3) определение характера нетрудоспособности (временная, стойкая, полная или частичная);
- 4) установление причины временной или стойкой нетрудоспособности для определения размеров пособий, пенсий и других видов социального обеспечения;
- 5) рациональное трудоустройство работающих, не имеющих признаков инвалидности, но нуждающихся по состоянию здоровья в облегчении труда в своей профессии;
- 6) определение трудовых рекомендаций инвалидам, позволяющих использовать их остаточную трудоспособность;
- 7) изучение причин заболеваемости и инвалидности для разработки медицинских, социальных и профилактических мероприятий;
- 8) определение различных видов социальной помощи работающим при временной нетрудоспособности и инвалидам;
- 9) проведение социально-трудоустройственной реабилитации.

При определении трудоспособности необходимо учитывать как медицинские, так и социальные критерии.

Медицинские критерии включают своевременно поставленный полный клинический диагноз с учетом выраженности морфологических изменений, тяжести и характера заболевания, наличия декомпенсации и её стадии, осложнений, определение клинического ближайшего и отдаленного прогноза.

Социальные критерии отражают всё, что связано с профессиональной деятельностью больного: характеристику преобладающего напряжения (физического или нервно-психического), организацию, периодичность и ритм работы, нагрузку на отдельные органы и системы, наличие неблагоприятных условий труда и профессиональных вредностей.

Составной частью деятельности врача любого ЛПУ, наряду с лечебно-диагностической работой, является проведение экспертизы трудоспособности (временной, а порой и стойкой). В этой связи возникает вопрос, что же такое трудоспособность и её экспертиза?

Под трудоспособностью понимается такое состояние организма, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяет человеку выполнять работу определенного объема и качества.

Экспертиза трудоспособности – это вид экспертизы, заключающийся в определении длительности и степени нетрудоспособности человека в

связи с заболеванием либо увечьем, в выявлении причин утраты трудоспособности, установлении группы инвалидности.

Важнейшей задачей экспертизы трудоспособности является установление нетрудоспособности, которая предопределяет лечение и режим, необходимые для её восстановления и улучшения здоровья человека.

Организация экспертизы трудоспособности построена на трех основных принципах:

1) государственный характер – существование единых государственных органов, которым дано право решения всех вопросов, связанных с нетрудоспособностью;

2) профилактическое направление – предотвращение инвалидности и максимально быстрое восстановление трудоспособности;

3) коллегиальность, которая достигается одновременным участием нескольких специалистов и администрации.

Российским законодательством определены следующие единые органы экспертизы трудоспособности:

1) ЛПУ, независимо от их уровня, профиля, ведомственной принадлежности, формы собственности, при наличии у них лицензии на данный вид медицинской деятельности;

2) органы социальной защиты населения различных территориальных уровней;

3) профсоюзные органы.

При определении трудоспособности необходимо учитывать две группы факторов, влияющих на степень её утраты: медицинские и социальные. Так, например, с одинаковым заболеванием, но разной профессией человек в одном случае может быть признан трудоспособным, а в другом – нетрудоспособным: пианист с переломом ногтевой фаланги кисти будет признан нетрудоспособным, а учитель с аналогичным диагнозом может выполнять профессиональную деятельность.

Временная нетрудоспособность (ВН) – состояние организма человека, обусловленное заболеванием или травмой, при котором нарушение функций сопровождается невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение относительно небольшого промежутка времени и носит обратимый, проходящий под влиянием лечения характер.

Временная нетрудоспособность подразделяется на *полную и частичную*.

Полная ВН – это утрата работающим способности к труду на определенный срок и необходимость в специальном режиме и лечении.

Частичная ВН – это такое состояние заболевшего (получившего травму), когда он временно не может выполнять свою обычную профессиональную работу, но без ущерба для здоровья может выполнять другую, с иным режимом и объемом работы.

Экспертиза ВН – вид медицинской экспертизы, основной целью которой является оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности

проводимого обследования и лечения, возможности осуществлять профессиональную деятельность, а также определение сроков и степени временной утраты трудоспособности.

Установление факта ВН является сугубо медицинским действием, поскольку направлено на устранение неблагоприятных факторов и означает начало лечения, от которого зависит длительность ВН.

ВН устанавливается на весь период болезни при благоприятном прогнозе, а при неблагоприятном прогнозе она продолжается до выявления стойкой нетрудоспособности.

ВН может быть связана только с медицинскими причинами, когда она устанавливается лицами, утратившими трудоспособность в связи с болезнью или травмой; может быть установлена с профилактической целью в случае карантина или санаторно-курортным лечением и её установление направлено на предотвращение дальнейшего развития заболевания; могут иметь место показания социального порядка, когда освобождение от работы трудоспособного человека преследует социальные цели (уход за заболевшим членом семьи, носительство возбудителя или дегельминтизация и т.д.).

Согласно Положению об экспертизе ВН в ЛПУ выделяют пять уровней экспертизы ВН:

- 1) лечащий врач;
- 2) клинично-экспертная комиссия (КЭК) ЛПУ;
- 3) КЭК органа управления здравоохранением территории, входящей в субъект Федерации;
- 4) КЭК органа управления здравоохранением субъекта Федерации;
- 5) главный специалист по экспертизе ВН Минздрава РФ.

Проведение экспертизы ВН включает два этапа: исполнение и управление.

Исполнителями являются лечащие врачи, управление экспертизой ВН – функция руководителей медицинских подразделений ЛПУ и органов здравоохранения.

Этап управления экспертизой ВН в ЛПУ включает в себя четыре звена, последовательно подчиняющихся друг другу: лечащий врач – заведующий отделением – заместитель главного врача по экспертизе ВН – главный врач.

Организация и порядок проведения экспертизы ВН определяется Положением об экспертизе ВН в ЛПУ, утвержденным приказом МЗ РФ № 5 от 13.01.95 г. «О мерах по совершенствованию экспертизы временной нетрудоспособности» и согласованным с фондом социального страхования РФ.

В функции **лечащего врача**, осуществляющего экспертизу ВН, входят:

1) определение признаков временной утраты трудоспособности на основе оценки состояния здоровья, характера и условий труда, социальных факторов;

2) в первичных медицинских документах фиксирует жалобы пациента, анамнестические и объективные данные, назначает необходимые обследования и консультации, формулирует диагноз заболевания и степень

функциональных нарушений органов и систем, наличие осложнений, обуславливающих нетрудоспособность, и степень их тяжести;

3) рекомендация лечебно-оздоровительных мероприятий, вид лечебно-охранительного режима, назначение дополнительных обследований, консультаций;

4) определение сроков нетрудоспособности с учетом индивидуальных особенностей основного и сопутствующих заболеваний, наличия осложнений и ориентировочных сроков нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах;

5) выдача листка нетрудоспособности (справки) в соответствии с Инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан (в том числе, при посещении на дому); назначение даты очередного посещения врача, о чем делает соответствующую запись в первичной медицинской документации;

6) при последующих осмотрах отражает динамику заболевания, эффективность проводимого лечения, обосновывает продление сроков освобождения пациента от работы;

7) своевременно направлять пациента для консультации на клиничко-экспертную комиссию для продления листка нетрудоспособности свыше сроков, установленных Инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, решения вопросов о дальнейшем лечении и других экспертных вопросов.

Частнопрактикующий врач при необходимости продления листка нетрудоспособности свыше 30 дней направляет пациента для консультации и решения вопроса о дальнейшем лечении на клиничко-экспертную комиссию учреждения здравоохранения, обеспечивающего его медицинской помощью в соответствии с программой обязательного медицинского страхования;

8) при нарушении назначенного лечебно-охранительного режима (в том числе, при алкогольном опьянении) делает соответствующую запись в листке нетрудоспособности и, в установленном порядке, в карте стационарного больного (амбулаторной карте) с указанием даты и вида нарушения (при несогласии пациента с отметкой о нарушении режима «алкогольное опьянение», врач направляет его на комиссию по экспертизе алкогольного опьянения);

9) при выявлении признаков стойкого ограничения жизнедеятельности и стойкой утраты трудоспособности своевременно организует направление пациента на клиничко-экспертную комиссию и медико-социальную экспертизу;

10) осуществляет диспансеризацию длительно и часто болеющих пациентов (граждан, имеющих в год четыре и более случаев и 40 дней временной нетрудоспособности по одному заболеванию или шесть случаев и 60 дней с учетом всех заболеваний);

11) при восстановлении трудоспособности и выписке на работу отражает в первичных медицинских документах объективный статус и аргументированное обоснование для закрытия листка нетрудоспособности;

12) анализирует причины заболеваемости с временной утратой трудоспособности и первичного выхода на инвалидность, принимает участие в разработке и реализации мероприятий по их снижению;

13) постоянно совершенствует знания вопросов экспертизы временной нетрудоспособности.

Заведующий отделением стационара, поликлиники (при наличии в штатном расписании):

1) осуществляет постоянный контроль за исполнением лечащими врачами функций по организации и проведению лечебно-диагностического процесса и экспертизы временной нетрудоспособности, выдачей документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, своевременным и правильным направлением пациентов на клиничко-экспертную комиссию и на медико-социальную экспертизу;

2) проводит экспертную оценку качества оказания медицинской помощи пациентам на разных сроках лечения с обязательным личным осмотром и записью в первичных медицинских документах, а также осуществляет экспертную оценку медицинской документации по окончании периода временной нетрудоспособности или при переводе пациента на другой этап лечения;

3) совместно с лечащим врачом направляет больного на клиничко-экспертную комиссию и медико-социальную экспертизу;

4) осуществляет контроль за своевременным повышением квалификации лечащих врачей по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности;

5) анализирует ежемесячно причины и сроки временной нетрудоспособности, первичного выхода на инвалидность пациентов лечащих врачей отделения и клиничко-экспертные ошибки.

При отсутствии в штатном расписании должностей заведующих отделениями их функции выполняет заместитель руководителя учреждения по клиничко-экспертной работе.

Заместитель руководителя учреждения по клиничко-экспертной работе:

1) осуществляет выборочный текущий и по законченным случаям контроль (по медицинской документации или после личного осмотра пациентов) за исполнением врачами функций по диагностике, лечению, реабилитации и экспертизе временной нетрудоспособности, принимает участие в решении сложных клиничко-экспертных вопросов;

2) анализирует клиничко-экспертные ошибки, докладывает на врачебных конференциях результаты анализа и проводимых мероприятий по снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности;

3) осуществляет взаимодействие с соответствующими медико-социальными экспертными комиссиями, учитывает и анализирует расхождения экспертных решений, ошибок и нарушений порядка направления пациентов на медико-социальную экспертизу и регулярно докладывает на врачебных конференциях;

4) рассматривает иски и претензии медицинских страховых организаций, территориальных исполнительных органов Фонда социального страхования, жалобы пациентов по вопросам качества медицинской помощи и экспертизы временной нетрудоспособности;

5) организует учебу лечащих врачей по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности.

Клинико-экспертная комиссия лечебно-профилактического учреждения принимает решения по представлению лечащего врача и заведующего отделением, дает заключения:

1) при продлении листка нетрудоспособности в случаях, предусмотренных Инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан;

2) в сложных и конфликтных ситуациях экспертизы временной нетрудоспособности;

3) при направлении на лечение за пределы административной территории;

4) при направлении пациента на медико-социальную экспертизу;

5) при необходимости перевода трудоспособных лиц по состоянию здоровья на другую работу или рациональному трудоустройству лиц с ограниченной трудоспособностью;

6) в случаях претензий и исков медицинских страховых организаций и исполнительных органов Фонда социального страхования по качеству медицинской помощи и качеству экспертизы временной нетрудоспособности;

7) при освобождении от экзаменов в школах, средних и высших учебных заведениях, предоставлении академического отпуска по состоянию здоровья.

Заключения комиссии записываются в карте стационарного больного (амбулаторной карте), журнале учета клинико-экспертной комиссии, уч. ф. № 035/у (образец 14), подписываются председателем и членами комиссии.

Журнал учета клинико-экспертной деятельности ведется (заполняется) с начала календарного года. Ответственным за ведение журнала является председатель КЭК. Журнал хранится в течение 5 лет.

Руководитель учреждения здравоохранения:

1) является ответственным за экспертизу временной нетрудоспособности в лечебно-профилактическом учреждении, издает приказы по вопросам её организации и проведения;

2) организует учет и отчетность по временной нетрудоспособности;

3) утверждает состав клинико-экспертной комиссии, положение о регламенте её работы;

4) назначает лиц, ответственных за учет, получение, хранение и расходование бланков документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, создает условия для их оформления и выдачи.

Образец 14

Медицинская документация
 Форма № 035/у-02
 Утверждена приказом Минздрава
 Российской Федерации от 27.05.02 № 154

Наименование учреждения _____

Журнал учета клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения

№ п/п	Дата экспертизы	Наименование ЛПУ, фамилия врача, направившего пациента на экспертизу	Фамилия, имя, отчество пациента	Адрес (либо № страхового полиса или медицинского документа) пациента	Дата рождения	Пол	Социальный статус		Причина обращения. Диагноз (основной, сопутствующий) в соответствии с МКБ-10	Характеристика случая экспертизы	Вид и предмет экспертизы (Проставляется № Л/Н, количество дней нетрудоспособности, длительность пребывания в ЛПУ и др. в зависимости от вида экспертизы)
							Профессия				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	

Разворот образца 15

Отклонение от стандартов	Выявлено при экспертизе		Обоснование заключения, заключение экспертов, рекомендации	Дата направления в бюро МСЭ или другие учреждения	Заключение МСЭ или других специализированных учреждений	Дата получения заключения МСЭ или других учреждений, срок их действия	Дополнительная информация по заключению других специализированных учреждений. Примечания	Основной состав экспертов	Подписи экспертов
	Дефекты, нарушения, ошибки и др.	Достижение результатов этапа или исхода лечебно-профилактического мероприятия							
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Клинико-экспертная комиссия органа управления здравоохранением субъекта Федерации и территории, входящей в состав субъекта Федерации:

1) осуществляет выборочную оценку качества медицинской помощи населению и экспертизы временной нетрудоспособности в подведомственных лечебно-профилактических учреждениях;

2) организует контроль выполнения нормативных и инструктивно-методических документов по экспертизе временной нетрудоспособности;

3) принимает решение и дает заключение в сложных и конфликтных ситуациях, возникающих при проведении экспертной оценки лечебно-диагностического процесса и экспертизы временной нетрудоспособности (по представлению клинико-экспертной комиссии лечебно-профилактического учреждения), в случаях исков и претензий территориальных исполнительных органов Фонда социального страхования, медицинских страховых организаций, жалоб граждан.

Главный внештатный специалист по клинико-экспертной работе Минздрава России, органа управления здравоохранением субъекта Федерации и территории, входящей в состав субъекта Федерации:

1) анализирует состояние и качество оказания медицинской помощи, экспертизы временной нетрудоспособности в административной территории, готовит предложения и аналитические записки по данному вопросу для рассмотрения на клинико-экспертной комиссии и коллегии органа управления здравоохранением;

2) изучает принципы заболеваемости, в том числе с временной утратой трудоспособности и первичного выхода на инвалидность, принимает участие в разработке программы по их снижению;

3) контролирует организацию и эффективность работы, проводимой учреждениями здравоохранения по комплексной реабилитации больных и инвалидов;

4) организует работу по контролю качества медицинской помощи и совершенствованию экспертизы временной нетрудоспособности;

5) инструктивных документов по экспертизе временной нетрудоспособности;

6) взаимодействует с соответствующими органами социальной защиты, территориальными исполнительными органами Фонда социального страхования, фондами медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, профсоюзными организациями;

7) организует мероприятия по систематическому повышению квалификации врачей по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности;

8) рассматривает самостоятельно или готовит для рассмотрения клинико-экспертных комиссий наиболее сложные экспертные вопросы, встречающиеся в практике лечебно-профилактических учреждений;

9) рассматривает, при необходимости, совместно с другими главными специалистами, жалобы населения по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности и качества оказания медицинской помощи;

10) определяет потребность лечебно-профилактических учреждений административной территории в бланках листков нетрудоспособности и в установленные сроки представляет в Федеральный фонд социального страхования заявки на бланки листков нетрудоспособности, согласованные с территориальным исполнительным органом Фонда социального страхования.

Установление факта нетрудоспособности имеет важное юридическое значение, т.к. оно гарантирует гражданину соответствующие права: при временной утрате трудоспособности на освобождение от работы и получение пособия за счет средств обязательного государственного социального страхования, а при инвалидности – на пенсию за счет средств пенсионного фонда России.

Контрольные вопросы.

1. Что понимается под врачебно-трудовой экспертизой?
2. Каковы основные задачи врачебно-трудовой экспертизы?
3. Что понимается под медицинскими и социальными критериями при определении трудоспособности?
4. Дать определение понятиям «трудоспособность» и «экспертиза трудоспособности». Какие две группы факторов, влияющих на степень утраты нетрудоспособности, необходимо учитывать при её определении?
5. Дать определение понятию «временная нетрудоспособность». Что такое полная ВН и частичная ВН?
6. Что такое экспертиза ВН? Кем устанавливается факт ВН, и на какой срок она устанавливается?
7. Перечислить пять уровней экспертизы ВН. Какие этапы включает в себя проведение экспертизы ВН?
8. Что входит в функции лечащего врача, осуществляющего экспертизу ВН?
9. Определите объем деятельности заведующего отделением стационара (поликлиники) по экспертизе ВН.
10. Дайте характеристику объему деятельности по проведению клинικο-экспертной работе заместителя руководителя ЛПУ.
11. Функции КЭК и обязанности руководителя лечебного учреждения в проведении экспертизы ВН.
12. Функции главного внештатного специалиста по КЭК МЗ РФ.
13. Юридическое значение установления факта нетрудоспособности.

Глава 28. Основные положения о порядке выдачи, учете и хранении документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность.

Документами, удостоверяющими временную нетрудоспособность и подтверждающими временное освобождение от работы (учебы), являются *листок нетрудоспособности* (образец 15) и, в отдельных случаях, *справки установленной формы* (образец 16), выдаваемые гражданам при заболеваниях и травмах на период медицинской реабилитации, при необходимости ухода за больным членом семьи, здоровым ребенком и ребенком-инвалидом, на период карантина, при отпуске по беременности и родам, при протезировании в условиях протезно-ортопедического стационара.

Листки нетрудоспособности выдаются лечащим врачом при предъявлении документа, удостоверяющего личность пациента.

Выдача и продление документа, удостоверяющего временную нетрудоспособность, осуществляется врачом после личного осмотра и подтверждается записью в медицинской документации, обосновывающей временное освобождение от работы.

Порядок оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность.

Листок нетрудоспособности является многофункциональным документом, служащим основанием для:

- освобождения от работы в случае временной нетрудоспособности (юридическая функция);
- начисления пособия по временной нетрудоспособности (финансовая функция);
- предписания определенного вида лечебно-охранительного режима (медицинская функция);
- анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности (статистическая функция).

Для того чтобы листок нетрудоспособности выполнял эти функции, необходимо точно соблюдать правила его оформления.

1. Лицевая сторона бланка листка нетрудоспособности заполняется лечащим врачом (в отдельных случаях – средним медицинским работником). Обратная сторона – администрацией предприятия (учреждения, организации), на котором работает пациент.

2. Записи в листке нетрудоспособности (справке) производятся аккуратно синими, фиолетовыми или черными чернилами, на русском языке. Исправленный или зачеркнутый текст подтверждается записью «исправленно»

му верить», подписью лечащего врача и печатью лечебно-профилактического учреждения (на бланке допускается на более двух исправлений).

Образец 15 (учебный)

Заполняется врачом и остается в лечебном учреждении	ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ		Серия	№
	первичный – продолжение (соответствующее подчеркнуть)			
	_____		_____	
	(фамилия, имя и отчество нетрудоспособного)		(фамилия врача)	
	_____		№ истории болезни _____	
	(домашний адрес)			

	(место работы – наименование предприятия или учреждения)			
	Выдан _____	20 г. _____		
	(число, месяц, год)		(расписка получателя)	

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ	ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ		Серия	№
	первичный – продолжение листка № _____			
	(соответствующие подчеркнуть)			
	_____		Печать	
	(наименование и адрес лечебного учреждения)		лечебного	
	Выдан _____	20 г. _____	учреждения	
	_____	Возраст _____	Муж. Жен.	
	(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)	(полных лет)	(соответст. подчеркн.)	

	(место работы – наименование предприятия или учреждения)			
Указать вид нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на производстве или в быту, карантин, уход за больными, санкурлечение, дорожной или послеродовой отпуск)				
(при отпуске по родам указать дату родов, при отпуске по уходу указать возраст больного и диагноз, при отпуске по карантину указать название заболевания, вызвавшего карантин, при санкурлечении указать дату начала и окончания срока путевки)				
Режим:		Отметки о нарушении режима:		
Находился в стационаре		Подпись врача		
с _____ 20 г. по _____ 20 г.		Направлен во МСЭК _____ 20 г.		
Перевести временно на другую работу		Подпись врача		
с _____ 20 г. по _____ 20 г.		Освидетельствован во МСЭК _____ 20 г.		
Подпись главного врача:		Заключение МСЭК _____		
		Печать МСЭК Подпись председателя		
ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ				
С какого числа (число, месяц)	По какое число включительно (прописью число и месяц)	Должность и фамилия врача	Подпись врача	

Образец 16

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация
Форма № 095/у
МИНЗДРАВ СССР _____
Утв. Минздравом СССР 04.01.80. г. № 1030
(наименование учреждения)

СПРАВКА № _____
о временной нетрудоспособности студента, учащегося технику-
ма, профессионально-технического училища о болезни, карантине и
прочих причинах отсутствия ребенка,
посещающего школу, детское дошкольное учреждение (нужное
подчеркнуть).

Дата выдачи « ____ » _____ 20 г.

Студенту, учащемуся, ребенку, посещающему дошкольное уч-
реждение
(нужное подчеркнуть)

_____ название учебного заведения, дошкольного

_____ учреждения

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения (год, месяц, для детей до 1-го года – день) _____

Диагноз заболевания (причины отсутствия) _____

Наличие контакта с инфекционными больными (нет, да, какими) _____

_____ (подчеркнуть, вписать)

_____ освобожден от занятий, посещений детского дошкольного учреждения

с _____ по _____
с _____ по _____

М.П.

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ

С _____
(прописью число и месяц)

Выдан новый листок
(продолжение) № _____

Печать
лечебного
учреждения

_____ (должность, фамилия, и подпись врача)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация
Форма № 095/у
МИНЗДРАВ СССР Утв. Минздравом СССР 04.01.80. г. №
(наименование учреждения)

Контрольный талон к справке № _____
Дата выдачи _____

Фамилия, имя, отчество _____
Наименование учебного заведения, детского дошкольного учреждения
_____ _____
Диагноз заболевания _____
Освобожден от _____ по _____
Освобождение продлено с _____ по _____
Фамилия врача, выдавшего справку _____

Примечание: контрольные талоны служат для учета выданных справок

3. В корешке листка нетрудоспособности записываются:
 - фамилия, имя, отчество пациента (полностью);
 - возраст;
 - домашний адрес;
 - место работы;
 - фамилия лечащего врача;
 - дата выдачи листка нетрудоспособности;
 - подпись пациента, получившего листок нетрудоспособности.
4. В зависимости от того, выдается ли листок нетрудоспособности (справка) впервые или является продолжением, на бланке подчеркивается соответствующая запись.
5. На бланке листка нетрудоспособности записывается:
 - название лечебно-профилактического учреждения, его адрес, (для частнопрактикующего врача – фамилия, имя, отчество, номер лицензии);
 - фамилия, имя, отчество, пол пациента;
 - полное наименование места работы пациента (для бывших военнослужащих в этой графе записывается «уволен из Вооруженных Сил Российской Федерации по окончании срочной службы», для граждан, признанных безработными, – «состоит на учете в территориальных органах труда и занятости населения»);

6. Графы «диагноз» и «заключительный диагноз» – не заполняются (с целью сохранения врачебной тайны).

7. В графе «причина нетрудоспособности» подчеркиваются и ниже записываются: соответствующий вид нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на производстве или в быту, карантин, уход за больным, уход за ребенком, санаторно-курортное лечение, дорожной или послеродовой отпуск) и дополнительные сведения, приведенные на бланке в скобках.

8. В графе «режим» отмечается вид предписанного лечебно-охранительного режима: стационарный, амбулаторный, домашний, постельный, санаторный.

В графе «отметка о нарушении режима» ставится дата нарушения и его вид (несоблюдение предписанного лечебно-охранительного режима, несвоевременная явка на прием к врачу, алкогольное опьянение, выход на работу без выписки врачом, самовольный уход из лечебно-профилактического учреждения, выезд на лечение в другой административный район без разрешения лечащего врача, отказ от направления или несвоевременная явка на медико-социальную экспертизу).

Если при очередном посещении пациент признан нетрудоспособным, продление листка нетрудоспособности (справки) осуществляется со дня его явки на прием к врачу; если признан трудоспособным – в графе «приступить к работе» отмечается «явился (дата) трудоспособным». При отказе от направления на медико-социальную экспертизу, кроме отметки о нарушении режима, в графе «приступить к работе» записывается «от освидетельствования медико-социальной экспертизой отказался».

9. В разделе «освобождение от работы» записывается арабскими цифрами с какого числа, месяца и года и прописью – по какое число и месяц включительно освобождается от работы пациент. Разборчиво указывается должность врача, его фамилия и ставится подпись. При коллегиальном продлении указываются фамилии членов клинко-экспертной комиссии (не менее трех) и ставится их подпись.

10. В графе «приступить к работе» отмечается дата восстановления трудоспособности следующим днем после осмотра и признания пациента трудоспособным. В случае сохраняющейся нетрудоспособности в листке нетрудоспособности подчеркивается «продолжение», записывается дата и номер нового листа. В новом листе подчеркивается «продолжение листка №» и указывается номер первичного листка.

Другие случаи завершения листка нетрудоспособности: дата смерти, дата регистрации документа медико-социальной комиссией при установлении группы инвалидности.

Листок нетрудоспособности не может быть закрыт по просьбе пациента или по требованию администрации с места его работы.

11. При утере листка нетрудоспособности дубликат выдается лечащим врачом при наличии справки с места работы о том, что пособие по данному листку нетрудоспособности не выплачено. В верхнем правом углу бланка записывается – «дубликат», в разделе «освобождение от работы» одной стро-

кой записывается весь период нетрудоспособности, заверяется лечащим врачом и заместителем руководителя лечебно-профилактического учреждения по клинико-экспертной работе. Одновременно делается соответствующая запись в медицинской документации и проставляется номер выданного листка нетрудоспособности.

12. Печать лечебно-профилактического учреждения (для иногородних граждан – круглая гербовая) или частнопрактикующего врача ставится в правых верхнем и нижнем углах бланка при выписке на работу или продлении листка нетрудоспособности. При продолжении лечения в другом лечебно-профилактическом учреждении соответствующая запись в листке нетрудоспособности заверяется подписью лечащего врача, заместителя руководителя по клинико-экспертной работе (в сложных и конфликтных случаях – тремя членами клинико-экспертной комиссии), печатью учреждения, выдававшего листок нетрудоспособности.

13. Номера бланков листков нетрудоспособности, дата их выдачи, дата продления или выписки на работу записываются в амбулаторной карте (истории болезни).

14. При стационарном лечении в графе «находился в стационаре» указывается время лечения в больнице, режим – «стационарный», который после выписки из стационара, в случае продолжающейся временной нетрудоспособности, может быть изменен на «амбулаторный (постельный, санаторный)».

В случае длительного стационарного лечения и необходимости предоставления листка нетрудоспособности к оплате, в нем в графах «освобождение от работы» и «находился в стационаре» проставляются соответствующие сроки лечения, в графе «приступить к работе» записывается «продолжает болеть». При выписке пациента из стационара ему выдается новый бланк, являющийся продолжением ранее выданного, при этом в графе «находился в стационаре» записывается общая длительность стационарного лечения, а в графе «освобождение от работы» – сроки за минусом дней, указанных в ранее выданном листке, и с учетом дней, необходимых для проезда к месту жительства или амбулаторного долечивания.

15. При санаторно-курортном лечении отмечается вид нетрудоспособности – «санаторно-курортное лечение», дата начала и окончания путевки, её номер и место нахождения санатория; в графе «режим» – санаторный», в графе «освобождение от работы» проставляются дни, недостающие для лечения в санатории, и время проезда туда и обратно.

16. При направлении на лечение в реабилитационное отделение санатория из больничного учреждения в графе «приступить к работе» записывается – «долечивание в санатории» и дата начала путевки. В графе «выдано продолжение листка» указывается номер нового бланка, который выдается в стационаре на период долечивания, отмечается причина нетрудоспособности – «заболевание», режим – «санаторный», в графе «освобождение от работы» – дата начала путевки. В правом верхнем углу ставится печать больницы.

Дальнейшее его оформление осуществляется врачами реабилитационного отделения, в графе «находился в стационаре» указываются сроки пребывания в санатории, в графе «освобождение от работы» – по какое число находился в санатории, в графе «приступить к работе» – «продолжить лечение по месту жительства». Подпись лечащего врача и заведующего реабилитационным отделением заверяются печатью санатория.

17. При лечении в реабилитационном центре листок нетрудоспособности оформляется так же, как при лечении в амбулаторно-поликлиническом или стационарном лечебно-профилактическом учреждении.

18. В листке нетрудоспособности, выданном по уходу за больным или при карантине, подчеркивается данный вид нетрудоспособности и записывается возраст лица, за которым осуществляется уход.

19. При карантине подчеркивается вид нетрудоспособности «карантин», режим «домашний», срок освобождения от работы в зависимости от вида инфекции и длительности инкубационного периода определяется действующими инструкциями.

20. При протезировании в условиях протезно-ортопедического предприятия указывается вид нетрудоспособности «протезирование», в графе «находился в стационаре» отмечаются сроки пребывания в протезно-ортопедическом стационаре, в графе «освобождение от работы» записываются сроки протезирования с учетом дней, необходимых для проезда.

21. В листке нетрудоспособности, выдаваемом суммарно на дородовой и послеродовой отпуск, независимо от сроков обращения в женскую консультацию, в графе «диагноз» указывается срок беременности на момент обращения, в графе «заключительный диагноз» предполагаемая дата родов, в графе «вид нетрудоспособности» – «отпуск по беременности и родам», в графе «режим» – «амбулаторный + стационарный», в графе «освобождение от работы» одной строкой записывается суммарная продолжительность отпуска.

Листок нетрудоспособности подписывается лечащим врачом, заведующим женской консультацией (для не посещавших женскую консультацию и иногородних – заведующим отделением родильного дома). При отсутствии в лечебном учреждении указанных должностных лиц листок нетрудоспособности подписывает единолично лечащий врач или фельдшер-акушерка.

В правом верхнем углу листка нетрудоспособности ставится печать женской консультации, в правом нижнем – печать родильного дома.

При патологических родах и многоплодной беременности выдается новый бланк листка нетрудоспособности на дополнительные дни послеродового периода.

22. При направлении на медико-социальную экспертизу в соответствующей графе указывается дата направления, листок нетрудоспособности подписывается лечащим врачом и членами клиничко-экспертной комиссии.

Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности осуществляется по учетно-отчетной форме 036/у «Книга регистрации листков не-

трудоспособности», заполняемой на основании данных статистического талона на законченный случай ВН, уч. ф. № 025-9/4-у (образец 17).

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Образец 17
Приложение № 1
Медицинская документация
Форма № 025-9/4-у-96
к приказу Минздрава России
от 28.10.96. № 366

ТАЛОН
НА ЗАКОНЧЕННЫЙ СЛУЧАЙ ВРЕМЕННОЙ
НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Фамилия, имя, отчество _____
Пол: мужской, женский _____
Дата рождения: _____
Домашний адрес: _____
Место работы: _____
Заключительный диагноз: _____
Шифр заболевания: _____
Общее число дней нетрудоспособности по данному случаю: _____

Дата заполнения

Подпись врача.

Особенности выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность.

Право на выдачу листков нетрудоспособности (справок) имеют лечащие врачи государственной, муниципальной и частной системы здравоохранения на основании лицензии на проведение экспертизы временной нетрудоспособности.

Врачи, занимающиеся частной медицинской практикой вне учреждения здравоохранения, для получения указанной лицензии должны иметь удостоверение (свидетельство) об окончании курса повышения квалификации по экспертизе временной нетрудоспособности.

В отдельных случаях, по решению местных органов управления здравоохранением, выдача листков нетрудоспособности (справок) гражданам может быть разрешена медицинскому работнику со средним медицинским образованием.

Документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность, выдается и закрывается, как правило, в одном лечебно-профилактическом учреждении и, при показаниях, может быть продлен в другом.

Гражданам, находящимся вне постоянного места жительства, листок нетрудоспособности выдается (продлевается) лечащим врачом, установившим факт нетрудоспособности, с разрешения администрации лечебно-профилактического учреждения, с учетом дней, необходимых для проезда к месту жительства.

Документы, подтверждающие временную утрату трудоспособности российских граждан в период их пребывания за границей, по возвращении подлежат замене на листок нетрудоспособности лечащим врачом с утверждением его администрацией лечебно-профилактического учреждения.

Не имеют права на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, медицинские работники станций (отделений) скорой медицинской помощи, переливания крови, учреждений судебно-медицинской экспертизы, бальнеогрязелечебниц и городских курортных водогрязелечебниц, домов отдыха, туристических баз, учреждений санэпиднадзора.

Листок нетрудоспособности выдается:

1. Гражданам Российской Федерации, иностранным гражданам, в том числе гражданам государств - членов СНГ, лицам без гражданства, беженцам и вынужденным переселенцам, работающим на предприятиях и в учреждениях Российской Федерации независимо от их форм собственности.

2. Гражданам, у которых нетрудоспособность или отпуск по беременности и родам наступили в течение месячного срока после увольнения с работы по уважительным причинам.

3. Гражданам, признанным безработными и состоящим на учете в территориальных органах труда и занятости населения.

4. Бывшим военнотружущим, уволенным со срочной службы из Вооруженных Сил Российской Федерации при наступлении нетрудоспособности в течение месяца после увольнения.

По предъявлению листка нетрудоспособности, в соответствии с действующим законодательством, назначается и выплачивается пособие по временной нетрудоспособности, беременности и родам.

Листок нетрудоспособности не выдается:

1. Незастрахованным гражданам.

2. Военнотружущим всех категорий, в том числе сотрудникам ФСБ и МВД.

3. Лицам, работающим по договору подряда, поручения и т.д.

4. Лицам, выполняющих кратковременные и случайные работы для частных нанимателей.

5. Учащимся всех категорий, а также аспирантам и клиническим ординаторам.

6. Неработающим, уволенным с работы и не состоящим на учете в территориальных органах труда и занятости населения.

7. Лицам, находящимся под арестом или на принудительном лечении по определению суда.

8. Лицам, у которых время нетрудоспособности приходится на период отпуска без содержания.

9. На время проведения периодических медицинских осмотров рабочих и служащих определенных профессий

10. На время обследования в условиях стационара при призыве на военную службу.

11. На время нахождения под арестом и проведения судебно-медицинской экспертизы.

12. Рабочим и служащим, умышленно причинившим вред своему здоровью с целью уклонения от работы или других обязанностей, либо симулянтам.

13. Лицам, временная нетрудоспособность которых наступила вследствие травм, полученных при совершении ими преступлений.

Контроль за соблюдением выдачи документов, удостоверяющих ВН в государственных, муниципальных, частных лечебно-профилактических учреждениях, а также частнопрактикующими врачами, осуществляется в пределах своей компетенции органом управления здравоохранением соответствующего уровня, профессиональной медицинской ассоциацией, исполнительным органом Фонда социального страхования Российской Федерации. В осуществлении контроля могут участвовать комиссии (комитеты, бюро) по аккредитации и лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности и подразделения территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Порядок учета и хранения листков нетрудоспособности устанавливается Минздравом России по согласованию с Фондом социального страхования Российской Федерации.

***Порядок выдачи листка нетрудоспособности (справки)
при заболеваниях и травмах.***

1. При заболеваниях и травмах лечащий врач выдает листок нетрудоспособности единолично и одновременно на срок до 10 календарных дней и продлевает его единолично на срок до 30 календарных дней, с учетом утвержденных Минздравом России ориентировочных сроков временной нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах.

Врачи, занимающиеся частной медицинской практикой вне лечебно-профилактического учреждения, имеют право выдавать документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность на срок не более 30 дней.

В особых условиях (в отдаленных районах сельской местности, Крайнего Севера и т.д.), по решению местных органов управления здравоохранением, выдача листков нетрудоспособности может быть разрешена лечащему врачу до полного восстановления трудоспособности или направления на медико-социальную экспертизу.

2. Средний медицинский работник, имеющий право выдавать листки нетрудоспособности, единолично и одновременно выдает его на срок до 5 дней и продлевает до 10 дней, в исключительных случаях, после консультаций с врачом ближайшего лечебно-профилактического учреждения, – сроком до 30 дней.

3. При сроках временной утраты трудоспособности более 30 дней решение вопроса дальнейшего лечения и продления листка нетрудоспособности осуществляется клинико-экспертной комиссией, назначаемой руководителем медицинского учреждения.

Продление листков нетрудоспособности частнопрактикующими врачами в этих случаях осуществляется в порядке, определяемом Минздравом

России совместно с Фондом социального страхования Российской Федерации.

По решению клинико-экспертной комиссии, при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе, листок нетрудоспособности может быть продлен до полного восстановления трудоспособности, но на срок не более 10 месяцев, в отдельных случаях (травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез) – не более 12 месяцев, с периодичностью продления комиссией не реже, чем через 30 дней.

4. При заболеваниях (травмах) листок нетрудоспособности выдается в день установления нетрудоспособности, включая праздничные и выходные дни. Не допускается его выдача за прошедшие дни, когда больным не был освидетельствован врачом.

В исключительных случаях листок нетрудоспособности может быть выдан за прошедший период по решению клинико-экспертной комиссии.

В случае временного перевода гражданина на легкую работу в связи с продолжительным заболеванием или заболеванием туберкулезом ему по решению КЭК выдается листок нетрудоспособности не более 2-х месяцев с отметкой «дополнительный листок нетрудоспособности».

Больным, обратившимся за медицинской помощью в конце рабочего дня, листок нетрудоспособности, по их желанию, может быть выдан со следующего дня.

При обращении пациентов в нерабочее для амбулаторно-поликлинических учреждений время за медицинской помощью на станции скорой медицинской помощи и в приемные отделения больниц, документы, удостоверяющие нетрудоспособность, не выдаются. Врачами, фельдшерами станций скорой медицинской помощи и приемных отделений больниц больному выдается справка произвольной формы с указанием даты и времени обращения, диагноза, проведенных обследований, состояния трудоспособности, оказанной медицинской помощи. При сменном характере работы в случае нетрудоспособности пациента на момент обращения на основании этой справки врачом амбулаторно-поликлинического учреждения выдается листок нетрудоспособности за прошедший период, но не более 3-х дней. По показаниям листок нетрудоспособности продлевается в установленном порядке.

5. Гражданам, обратившимся за медицинской помощью в конце рабочего дня, листок нетрудоспособности, при их согласии, выдается со следующего календарного дня.

6. Гражданам, направленным здравпунктом в лечебно-профилактическое учреждение и признанным нетрудоспособными, листок нетрудоспособности выдается с момента обращения в здравпункт.

7. Гражданам, нуждающимся в лечении в специализированных лечебно-профилактических учреждениях, лечащие врачи выдают листок нетрудоспособности с последующим направлением в учреждения соответствующего профиля для продолжения лечения.

8. Нетрудоспособным гражданам, направленным на консультацию (обследование, лечение) в лечебно-профилактическое учреждение за пределы административного района, листок нетрудоспособности выдается на число дней, необходимых для проезда, и продлевается в установленном порядке.

9. При выписке из стационара, в том числе из стационара центра профпатологии, листок нетрудоспособности выдается на весь период стационарного лечения, для иногородних – с учетом дней для проезда к месту жительства, при сохранении нетрудоспособности может быть продлен ещё до 10 дней.

10. В случаях, когда заболевание или травма, ставшие причиной временной нетрудоспособности, явились следствием алкогольного, наркотического, ненаркотического опьянения, листок нетрудоспособности выдается с соответствующей отметкой о факте опьянения в истории болезни (амбулаторной карте) и в листке нетрудоспособности.

11. При временной нетрудоспособности женщины, находящейся в отпуске по уходу за ребенком, или лица, осуществляющего уход за ребенком, работающих на условиях неполного рабочего дня или на дому, листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях.

12. Гражданам, направленным по решению суда на судебно-медицинскую или психиатрическую экспертизу, признанным нетрудоспособными, листок нетрудоспособности выдается со дня поступления на экспертизу.

13. При амбулаторном лечении больных на период проведения инвазивных методов обследования и лечения (эндоскопические исследования с биопсией, химиотерапия по интермиттирующему методу, гемодиализ и т.д.) листок нетрудоспособности, по решению клинико-экспертной комиссии, может выдаваться прерывисто, на дни явки в лечебное учреждение. В этих случаях в листке нетрудоспособности указываются дни проведения процедур, и освобождение от работы производится только на эти дни.

14. При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания, отпуска по беременности и родам, в частично оплачиваемом отпуске по уходу за ребенком листок выдается со дня окончания указанных отпусков в случае продолжающейся нетрудоспособности.

15. При временной нетрудоспособности, возникшей в период ежегодного очередного отпуска, в том числе при санаторно-курортном лечении, листок нетрудоспособности выдается в установленном порядке, предусмотренном настоящей инструкцией.

16. В случае заболевания студентов и учащихся средних и высших учебных заведений, для освобождения их от учебы выдается справка установленной формы (образец 17).

Порядок выдачи листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации.

1. Листок нетрудоспособности для санаторно-курортного (амбулаторно-курортного) лечения, в т.ч. в пансионатах с лечением, санаториях «Мать и

дителя», в туберкулезных санаториях, выдается на число дней, недостающих к очередному и дополнительному отпускам, и время проезда.

При суммарном очередном отпуске за 2-3 года вычитается вся его продолжительность. В случае использования очередного и дополнительного отпусков до отъезда в санаторий и при предоставлении администрацией отпуска без сохранения содержания на количество дней, равное очередному и дополнительному отпускам, листок нетрудоспособности выдается на срок лечения и проезда, за вычетом дней основного и дополнительного отпусков.

Листок нетрудоспособности выдается лечебно-профилактическим учреждением до отъезда в санаторий по предоставлении путевки (курсовки) и справки администрации о длительности очередного и дополнительного отпусков.

2. При направлении в центры реабилитации больных непосредственно из больничных учреждений листок нетрудоспособности продлевается лечащим врачом центра на весь срок долечивания или реабилитации.

3. При направлении больных в санатории из больничных учреждений после перенесенного острого инфаркта миокарда, аортокоронарного шунтирования, оперативного вмешательства по поводу аневризмы сердца, язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, удаления желчного пузыря листок нетрудоспособности продлевается лечащим врачом санатория на весь период долечивания.

4. Участникам ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС 1986-1987 гг., лицам, получившим или перенесшим лучевую болезнь и другие заболевания, связанные с радиационным воздействием, и инвалидам, у которых установлена причинная связь заболевания с последствиями радиационного воздействия, эвакуированным (в том числе выехавшим добровольно) из зоны отчуждения, работающим в зоне отчуждения, а также участникам ликвидации последствий аварии на производственном объединении «Маяк», лицам, занятым на работах по проведению защитных мероприятий и реабилитации радиоактивно загрязненных территорий вдоль реки Течи, эвакуированным, а также выехавшим добровольно из населенных пунктов, подвергшихся радиоактивному загрязнению вследствие аварии на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча, включая тех, которые в момент эвакуации находились в состоянии внутриутробного развития, листок нетрудоспособности для санаторно-курортного лечения выдается при наличии медицинских показаний на весь срок путевки и дни проезда без вычета очередного и дополнительных отпусков.

5. Работающим воинам-интернационалистам, инвалидам Великой Отечественной войны, а также инвалидам из числа военнослужащих, - направленным врачебно-отборочной комиссией в центры восстановительной терапии воинов-интернационалистов по разнарядке Минздрава и Фонда социального страхования России, листок нетрудоспособности выдается на весь срок действия путевки и дни проезда.

6. При направлении на санаторно-курортное лечение в санатории здравоохранения «Мать и дитя» ребенка-инвалида в возрасте до 16 лет, при нали-

чий медицинского заключения о необходимости индивидуального ухода за ним листок нетрудоспособности выдается одному из родителей (опекуну) на весь период санаторного лечения ребенка с учетом времени проезда.

6. Гражданам, направленным в клиники реабилитации научно исследовательских институтов курортологии и физиотерапии, листок нетрудоспособности выдается лечащим врачом лечебно-профилактического учреждения на основании заключения клинико-экспертной комиссии на время лечения и проезда и, при показаниях, продлевается лечащим врачом клиники института.

Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи, здоровым ребенком и ребенком-инвалидом.

Листок нетрудоспособности по уходу за больным выдается лечащим врачом одному из членов семьи (опекуну), непосредственно осуществляющему уход.

I. Листок нетрудоспособности выдается по уходу:

1. За взрослым членом семьи или больным подростком старше 15 лет, получающим лечение в амбулаторно-поликлинических условиях сроком до 3 дней, по решению клинико-экспертной комиссии - до 7 дней.

2. За ребенком до 7 лет при амбулаторном лечении на весь период острого или до наступления ремиссии при обострении хронического заболевания; за ребенком старше 7 лет - на срок до 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего срока.

3. За ребенком до 7 лет при стационарном лечении на весь срок лечения, старше 7 лет - после заключения клинико-экспертной комиссии о необходимости осуществления ухода.

4. За детьми до 15 лет, инфицированными вирусом иммунодефицита, страдающими тяжелыми заболеваниями крови, злокачественными новообразованиями, ожогами на весь период пребывания в стационаре.

5. В случае болезни матери, находящейся в отпуске по уходу за ребенком до 3-х лет, листок нетрудоспособности выдается лицу, фактически осуществляющему уход за ребенком, учреждением, в котором лечится мать, сроком до 5 дней, по решению клинико-экспертной комиссии - до 10 дней, а в исключительных случаях - на весь период, в течение которого она не может осуществлять уход.

6. За ребенком, проживающим в зоне отселения и зоне проживания с правом на отселение, эвакуированным и переселенным из зон отчуждения, отселения, проживание с правом на отселение, включая тех, которые на день эвакуации находились в состоянии внутриутробного развития, а также за детьми первого и последующих поколений граждан, упомянутых в пункте 4 (санаторно-курортное лечение), родившимися после радиоактивного облучения одного из родителей на все время болезни (включая время болезни ребенка в период пребывания с ним в санаторно-курортном учреждении).

При одновременном заболевании двух и более детей по уходу за ними выдается один листок нетрудоспособности.

При разновременном заболевании двух детей листок нетрудоспособности по уходу за другим ребенком выдается после закрытия первого документа без зачета дней, совпавших с днями освобождения от работы по первому листку нетрудоспособности.

8. При заболевании ребенка в период, не требующий освобождения матери от работы (очередной или дополнительный отпуск, отпуск по беременности и родам, отпуск без сохранения содержания, выходные или праздничные дни и др.), листок нетрудоспособности по уходу выдается со дня, когда она должна приступить к работе, без учета дней от начала заболевания ребенка.

II. Листки нетрудоспособности не выдаются по уходу:

1. За хроническими больными в период ремиссии.
2. В период очередного отпуска и отпуска без сохранения содержания.
3. В период отпуска по беременности и родам.
4. В период частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребёнком.

Порядок выдачи листка нетрудоспособности при карантине.

1. При временном отстранении от работы лиц, контактировавших с инфекционными больными, или вследствие бактерионосительства листки нетрудоспособности выдаются по представлению врача-эпидемиолога в лечебно-профилактическом учреждении врачом-инфекционистом или лечащим врачом. Продолжительность отстранения от работы в этих случаях определяется утвержденными сроками изоляции лиц, перенесших инфекционные заболевания и соприкасавшихся с ними.

2. При карантине листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет или за гражданином, признанным в установленном порядке недееспособным, выдается на основании справки эпидемиолога лечебно-профилактическим учреждением, наблюдающим его, одному из работающих членов семьи на весь период карантина.

3. Работникам предприятий общественного питания, водоснабжения, детских учреждений при наличии у них гельминтоза листок нетрудоспособности выдается на весь период дегельминтизации.

Порядок выдачи листка нетрудоспособности при протезировании.

1. При госпитализации в стационар протезно-ортопедического предприятия листок нетрудоспособности выдается на весь период пребывания в стационаре и время проезда к месту жительства и обратно.

Гражданам, протезирующимся в амбулаторно-поликлинических условиях протезно-ортопедического предприятия, листок нетрудоспособности не выдается.

3. Воинам-интернационалистам, направленным в установленном порядке на протезирование, листок нетрудоспособности выдается на весь период протезирования с учетом дней, необходимых для проезда к месту лечения и обратно.

Порядок выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам.

1. Листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается врачом акушером-гинекологом, а при его отсутствии - врачом, ведущим общий прием. Выдача листка нетрудоспособности производится с 30 недель 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 единовременно с 28 недель беременности продолжительностью 194 календарных дня (84 календарных дня до родов и 110 календарных дней после родов).

2. При осложненных родах женщинам, в т.ч. иногородним, листок нетрудоспособности выдается дополнительно на 16 календарных дней лечебно-профилактическим учреждением, где произошли роды. В этих случаях общая продолжительность дородового и послеродового отпусков составляет 156 календарных дней.

3. При родах, наступивших до 30 недель беременности, и рождении живого ребенка листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается лечебно-профилактическим учреждением, где произошли роды, на 156 календарных дней, а в случае рождения мертвого ребенка или его смерти в течение первых 7 дней после родов - на 86 календарных дней.

4. Листок нетрудоспособности на дородовой отпуск продолжительностью 90 календарных дней выдается женщинам, прожившим (работавшим) в зоне отселения до их переселения в другие районы и проживающим в зоне с правом на отселение и в зонах с льготным социально-экономическим статусом, а также женщинам, проживающим в населенных пунктах, подвергшихся радиоактивному загрязнению вследствие аварии на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча. Общая продолжительность отпуска по беременности и родам составляет 160 дней.

Женщинам, проживающим в других зонах, подвергшихся радиоактивному загрязнению, листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается в порядке вышеизложенных пунктов (1, 2, 3).

5. При наступлении беременности в период нахождения женщин в частично оплачиваемом отпуске или дополнительном отпуске без сохранения заработной платы по уходу за ребенком листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях.

В случае, когда женщина по каким либо причинам не использовала своё право на своевременное оформление отпуска по беременности и родам, или при наступлении преждевременных родов листок нетрудоспособности выдается на весь период отпуска по беременности и родам женской консультацией или родильным домом. Одновременно женской консультацией и родильным домом листок нетрудоспособности не выдается.

6. Женщине, усыновившей новорожденного ребенка, листок нетрудоспособности выдает стационар по месту его рождения на 70 календарных дней со дня рождения.

7. При операции «подсадка эмбриона» листок нетрудоспособности выдается оперирующим врачом на период с момента госпитализации до установления факта беременности.

8. При операции прерывания беременности листок нетрудоспособности выдается в порядке, предусмотренном в разделе «При заболеваниях и травмах».

При этом, искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям – при сроке беременности до 22 недель, а по медицинским показаниям и согласия женщины – независимо от срока беременности.

В случае прерывания беременности по медицинским показаниям в листке нетрудоспособности, в графе «вид нетрудоспособности», делается запись «нетрудоспособность по медицинским показаниям».

За нарушение порядка выдачи листков нетрудоспособности врачи государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения несут дисциплинарную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Порядок учета и хранения документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность.

1. Бланки листков нетрудоспособности и справок установленной формы (095/у) являются документами строгой отчетности. Ответственность за получение, хранение и распределение бланков, а также за учет и отчетность по ним в лечебно-профилактических учреждениях несут руководители и главные (старшие) бухгалтеры органов и учреждений здравоохранения. Бланки документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, должны храниться в несгораемых шкафах специальных помещений, опечатываемых в нерабочее время.

Обеспечение бланками листков нетрудоспособности осуществляется за счет Фонда социального страхования Российской Федерации.

2. Органы управления здравоохранением и лечебно-профилактические учреждения должны вести точный количественный учет прихода, наличия и расхода бланков. Для этих целей ведется *книга учета бланков листков нетрудоспособности* (образец 18).

Образец 18

Книга учета бланков листков нетрудоспособности

Дата получения или расходования бланков	Наименование, №, дата документа на приход и расход	Бланки		Приход	Расход	Остаток предыдущей партии	Общее количество бланков в наличии	Ф.И.О. получателя бланков (разборчиво)	Подпись получателя
		серия	№						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Записи в книге производятся в хронологическом порядке при совершении операций лицом, ответственным за получение и хранение бланков документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность.

При этом в графе 1 указанной книги записывается дата фактического получения или расхода бланков.

В графе 2 фиксируются наименование, номер и дата документа, послужившего основанием к записи.

В графах 3 и 4 записываются номера и серия бланков. В графе 4 обозначаются выдаваемые бланки с указанием от номера до номера.

В графах 5-8 проставляется количество полученных, израсходованных или находящихся в наличии бланков.

В графах 9-10 регистрируется фамилия, имя, отчество получателя и его подпись. При получении бланков листков нетрудоспособности и регистрации их в книге получатель обязан прошить бланки за левый угол корешков, которые затем возвращаются после использования бланков нерасшитыми.

4. Использование бланков листков нетрудоспособности внутри лечебно-профилактического учреждения фиксируется в *книге регистрации распределения бланков* (образец 19).

Образец 19

Книга регистрации распределения бланков

Дата	Ф.И.О., должность получателя бланков	Количество Бланков	Бланки		Подпись получателя	Дата возврата корешков бланков	Ф.И.О., должность возвращающего корешки бланков	Подпись возвращающего корешки	Ф.И.О., должность ответственного за хранение бланков в ЛПУ	Подпись ответственного за хранение бланков при	
			серия	№						выдаче	возврате
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

В графе 1 записывается дата выдачи бланков.

В графе 2 фиксируются фамилия, имя, отчество и должность получателя бланков.

В графах 3-5 – количество, серия, номера получаемых бланков.

В графе 6 регистрируется подпись получателя бланков.

В графах 7-9 отмечается дата возврата корешков данной партии бланков в строке регистрации их выдачи, а также фамилия, имя, отчество, должность и подпись лица, возвращающего их.

В графах 10-12 фиксируется фамилия, имя, отчество, должность и подпись лица, ответственного в ЛПУ за хранение бланков листков нетрудоспособности, при их выдаче и возврате корешков бланков.

5. Книги учета и распределения бланков (уч. ф. 0366/у) должны быть пронумерованы, прошнурованы и иметь на последней странице запись: наименование учреждения, количество страниц и печать учреждения.

6. Все документы о получении и расходовании бланков документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, нумеруются в хронологическом порядке, сброшюровываются и хранятся в папках. Документы по приходу бланков хранятся отдельно от документов по их расходу. На документах должна быть отметка о записи в книгу.

7. Учет справок в связи с болезнью студентов, учащихся техникумов, профессионально-технических училищ, школ (форма 095/у) ведется отдельно.

8. Медицинские работники лечебно-профилактических учреждений получают бланки листков нетрудоспособности под расписку от лиц, ответственных за их хранение и распределение, уполномоченных главным врачом, отчитываются о расходовании документов, сдавая корешки ранее полученных бланков. За сохранность полученных бланков медицинские работники несут личную ответственность.

9. Учет бланков листков нетрудоспособности, выдаваемых врачами (фельдшерами), производится в журналах регистрации (форма 036/у).

10. Испорченные бланки документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, хранятся в отдельной папке с описью, в которой указываются фамилия, имя, отчество врача, дата сдачи, номера и серии испорченных бланков. Уничтожение испорченных бланков производится по акту комиссией, созданной по приказу руководителя учреждения в конце календарного года, корешки испорченных и использованных бланков хранятся в течение 3-х лет, после чего ликвидируются.

11. В случае потери пациентом листка нетрудоспособности выдается дубликат, для получения которого пациент должен представить в ЛПУ, выдавшее листок нетрудоспособности, подтверждение администрации и главного бухгалтера с места работы о невыплате пособия по утерянному бланку.

12. Лечебно-профилактические учреждения обязаны представлять в вышестоящие органы управления здравоохранением отчеты-заявки о фактическом расходовании бланков листков нетрудоспособности один раз в квартал, 5 числа месяца, следующего за отчетным кварталом.

Отчет составляется главным бухгалтером на основании записей в *книжке учета бланков листков нетрудоспособности* (образец 20).

Образец 20

**Отчет-заявка на получение бланков листков
нетрудоспособности за квартал**

Наименование лечебно профилактического учреждения или органа управления здравоохранением -----	
1. Осталось бланков на 1 число первого месяца отчетного квартала.	
2. Получено бланков за отчетный квартал.	
3. Израсходовано (распределено) бланков за отчетный квартал.	
4. Остается бланков до конца квартала.	
5. Требуется бланков на следующий квартал.	
Дата	Подпись руководителя

13. Органы управления здравоохранением на основании анализа отчетов-заявок учреждений здравоохранения и частнопрактикующих врачей ежегодно представляют в Фонд социального страхования Российской Федерации поквартальную заявку на бланки листков нетрудоспособности на следующий год до 1 февраля текущего года. Заявка подписывается руководителем органа управления здравоохранением или его заместителем по лечебным вопросам и согласовывается с территориальным исполнительным органом Фонда социального страхования Российской Федерации.

Контрольные вопросы.

1. Врачи каких медицинских учреждений имеют право на оформление листка нетрудоспособности? Врачи каких медицинских учреждений не имеют право выдавать листки нетрудоспособности?
2. Какие требования предъявляются к оформлению листка нетрудоспособности? Каковы функции листка нетрудоспособности?
3. Перечислите виды нетрудоспособности, при которых выдается листок нетрудоспособности.
4. Каков порядок выдачи листка нетрудоспособности частнопрактикующим врачом, фельдшером, в учреждениях с одним врачом? Какие категории граждан имеют право на получение листка нетрудоспособности?
5. На какой срок лечащий врач может выдавать листок нетрудоспособности единолично и одновременно? Каким образом продлевается листок нетрудоспособности свыше 30 дней?
6. Может ли листок нетрудоспособности выдаваться за прошедшие дни и как он оформляется при лечении в стационаре и при выписке из него? Может ли листок нетрудоспособности выдаваться в одном учреждении, а продлеваться и закрываться в другом?
7. Как оформляется листок нетрудоспособности в случае заболевания в очередном отпуске, без сохранения содержания, по беременности и родам, по уходу за ребенком до трех лет?
8. Как оформляется листок нетрудоспособности при направлении на лечение в специализированное учреждение, в другой город, в реабилитационный центр?
9. Каким категориям лиц в связи с временной нетрудоспособностью выдается справка установленной и произвольной формы?
10. В течение какого периода после увольнения с работы по уважительной причине может выдаваться листок нетрудоспособности? Как документируется ВН при заболеваниях, возникших на почве опьянения?
11. Какое время может продолжаться листок нетрудоспособности по заболеванию? Какие листки нетрудоспособности утверждаются администрацией ЛПУ?

12. Каков порядок и сроки выдачи листка нетрудоспособности при дородовом и послеродовом отпуске при срочных родах, многоплодной беременности и при осложненных родах?
13. Как оформляется нетрудоспособность женщин при родах, наступивших до 30-й недели беременности? Каким образом оформляется нетрудоспособность женщине, перенесшей операции пересадки эмбриона, прерывания беременности?
14. Каким образом оформляется нетрудоспособность женщине, усыновившей ребенка в период новорожденности? Выдается ли листок нетрудоспособности женщине при наступлении беременности в частично оплачиваемом отпуске по уходу за ребенком, в дополнительном отпуске по уходу за ребенком?
15. Как оформляется нетрудоспособность лица, ухаживающего за ребенком до 3-х лет в случае болезни матери? В каких случаях листок нетрудоспособности по уходу не выдается?
16. Сколько листков нетрудоспособности выдается матери по уходу в случае заболевания двух детей одновременно и в разное время? Кем и на какой срок выдается листок нетрудоспособности по уходу за ребенком в случае карантина в ДДУ? В каких случаях и кем выдается листок нетрудоспособности по карантину взрослому населению?
17. Каким образом оформляется нетрудоспособность при протезировании в стационаре и в амбулаторных условиях? При направлении в какие ЛПУ и кому листок нетрудоспособности выдается на весь период реабилитации?
18. Кем, на какой срок, при наличии каких документов выдается листок нетрудоспособности для санаторно-курортного лечения? Как оформляется листок нетрудоспособности в случае утери его оригинала?
19. Каковы функции листка нетрудоспособности? Каков порядок учета, хранения и уничтожения листков нетрудоспособности?

Глава 29. Экспертиза стойкой нетрудоспособности.

ИНВАЛИДНОСТЬ

Цели

Студент должен:

Знать:

- определение понятия инвалидности;
- основные источники информации;
- основные закономерности инвалидности населения при важнейших заболеваниях и факторы, их определяющие;
- структуру и задачи органов медико-социальной экспертизы;
- причины инвалидности, критерии установления инвалидности.

Уметь:

- применять основные методы статистического анализа для анализа инвалидности при оценке здоровья населения и при обучении на профильных кафедрах.

Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.95 г. №181 ФЗ ввел новое содержание понятия «**инвалид**», изменил основания определения инвалидности, что потребовало коренного изменения методических подходов к установлению инвалидности, критериев её оценки, формирования новых общих принципов и частных положений медико-социальной экспертизы (МСЭ).

Согласно Приложению к постановлению Министерства труда и социального развития РФ и Минздрава РФ № 1/30 от 29.01.97 г. установлены классификации и временные критерии, используемые при осуществлении МСЭ, согласно которым ***инвалидом считается лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящие к ограничению жизнедеятельности и вызывающие необходимость его социальной защиты.***

Инвалидность (стойкое нарушение трудоспособности) понимается как социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящее к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

Социальная недостаточность – это социальные последствия нарушения здоровья, приводящее к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости его социальной защиты и помощи.

Ограничение жизнедеятельности – отклонение от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья, которое характеризуется ограничением способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, обучение и трудовую деятельность.

Социальная защита – система гарантированных государством постоянных и (или) долговременных экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Решение об установлении инвалидности принимается на основании заключения МСЭ.

Медико-социальная экспертиза – это определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Реабилитация инвалидов – это процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, на-

правленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Целями реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

МСЭ осуществляется исходя из комплексной оценки состояния здоровья и степени ограничения жизнедеятельности на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных освидетельствуемого лица. Наличие лишь одного из указанных факторов не является условием, достаточным для признания лица инвалидом.

Наличие анатомического дефекта, не приводящего к ограничению одной или нескольких категорий жизнедеятельности, также не является основанием для определения инвалидности.

Указание характера нарушений функций предусматривает отнесение функциональных расстройств по принадлежности к *четырем основным группам*:

1. Нарушение психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, речи, эмоций, воли).
2. Нарушение сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания).
3. Нарушение статодинамической функции.
4. Нарушение функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции.

Степень функциональных расстройств определяется согласно классификации нарушений функций организма по степени выраженности, предусматривающей выделение основных *четырех степеней* нарушений:

- 1 степень – незначительные нарушения функций;
- 2 степень – умеренные нарушения функций;
- 3 степень – выраженные нарушения функций;
- 4 степень – значительно выраженные нарушения функций.

К ограничению отдельных категорий жизнедеятельности и инвалидности приводит нарушение здоровья преимущественно с умеренными, выраженными и значительно выраженными стойкими нарушениями функций организма (2, 3, 4 степенями). Незначительные функциональные расстройства (1 степень) относительно редко являются причиной ограничения жизнедеятельности и инвалидности.

Классификация ограничений жизнедеятельности предусматривает их ранжирование на *три степени выраженности* в зависимости от способности инвалида осуществлять ту или иную категорию жизнедеятельности и необходимых для этого условий:

1. Ограничение самообслуживания:

1 степень – способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств;

2 степень – способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц;

3 степень – неспособность к самообслуживанию и полная зависимость от других лиц.

II. Ограничение способности к самостоятельному передвижению:

1 степень – способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращения расстояния;

2 степень – способность к самостоятельному передвижению с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц;

3 степень – неспособность к самостоятельному передвижению и полная зависимость от других лиц.

III. Ограничение способности к обучению:

1 степень – способность к обучению в учебных заведениях общего типа при соблюдении специального режима учебного процесса и (или) с использованием вспомогательных средств, с помощью других лиц (кроме обучающего персонала);

2 степень – способность к обучению только в специальных учебных заведениях или по специальным программам в домашних условиях;

3 степень – неспособность к обучению.

IV. Ограничение способности к трудовой деятельности:

1 степень – способность к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема производственной деятельности, невозможности выполнения работы по своей профессии;

2 степень – способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях с использованием вспомогательных средств и (или) специально оборудованного рабочего места, с помощью других лиц;

3 степень – неспособность к трудовой деятельности.

V. Ограничение способности к ориентации:

1 степень – способность к ориентации при условии использования вспомогательных средств;

2 степень – способность к ориентации, требующая помощи других лиц;

3 степень – неспособность к ориентации (дезориентация).

VI. Ограничение способности к общению:

1 степень – способность к общению, характеризующаяся снижением скорости, уменьшением объема усвоения, получения и передачи информации;

2 степень – способность к общению с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц;

3 степень – неспособность к общению.

VII. Ограничение способности контролировать свое поведение:

1 степень – частичное снижение способности контролировать своё поведение;

2 степень – способность частично или полностью контролировать своё поведение только при помощи посторонних лиц;

3 степень – неспособность контролировать свое поведение.

Отдельные категории жизнедеятельности и их ограничения не равнозначны в формировании социальной недостаточности. Наиболее выраженное влияние на развитие социальной дезадаптации оказывают нарушения

способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации. Ограничение даже одной из этих категорий жизнедеятельности в зависимости от степени тяжести может быть основанием для определения инвалидности.

Понятие стойкой нетрудоспособности или инвалидности достаточно динамично, т.к. состояние здоровья человека может улучшиться или заболевание будет прогрессировать. Определение стойкой нетрудоспособности и группы инвалидности – длительный процесс, базирующийся на изучении динамики заболевания и начинающийся в ЛПУ, где врачи выявляют признаки стойкой нетрудоспособности, а органы социальной защиты населения устанавливают её законодательно.

Правильная оценка состояния трудоспособности определяется комплексным методом, включающим всестороннее клиническое обследование больных с определением функций органов и систем, а также изучение характера и условий труда, влияющих на организм больного.

Право направлять граждан на медико-социальную экспертизу имеют лечащие врачи поликлинических и больничных учреждений различных уровней и форм собственности с утверждением направления на МСЭ клинико-экспертной комиссией учреждения.

Установлен определенный порядок направления больных на МСЭ:

1) лечащий врач проводит тщательное клиническое, лабораторное, инструментальное, рентгенологическое обследование больного, при необходимости привлекая различных специалистов, заведующего отделением. Лечащий врач также определяет условия, характер и тяжесть труда, наличие профессиональных вредностей, уточняет, как больной справляется с работой, и трудовую установку больного;

2) заведующий отделением совместно с лечащим врачом, сопоставляя данные о функциональных нарушениях вследствие патологического процесса с условиями труда больного определяют трудоспособность, это заключение фиксируется в амбулаторной карте. При наличии показаний для направлений на МСЭ больного направляют на КЭК, которая и выносит соответствующее решение;

3) на медико-социальную экспертизу направляются больные, у которых болезненные явления приняли устойчивый характер, несмотря на применение различных методов лечения (амбулаторного, стационарного, специализированного, санаторно-курортного и т.д.), и препятствуют полностью или частично выполнению профессионального труда, т.е. лица, имеющие признаки инвалидности. При этом временная нетрудоспособность, не должна превышать 4 месяца;

4) направляются на МСЭ лица, не имеющие признаков стойкой нетрудоспособности, в случаях, когда временная нетрудоспособность продолжается 10 месяцев (в отдельных случаях: травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез – 12 месяцев) и требует дальнейшего продления для долечивания. На МСЭ направляются и работающие инвалиды для изменения трудовой рекомендации при ухудшении клинического и трудового прогноза.

Для прохождения МСЭ представляются 3 документа: направление на МСЭ, листок нетрудоспособности и паспорт

Основным документом при направлении на МСЭ является «Направление на МСЭ», которое составляется лечащим врачом на основании длительного наблюдения за больным, результатов специальных лабораторных, функциональных, инструментальных и других методов исследования. Этот документ должен содержать в себе данные, характеризующие функциональное состояние организма больного, эффективность проведенных лечебно-оздоровительных мероприятий, фактическую трудоспособность (образец 21).

Образец 21

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения Российской Федерации		Медицинская документация Форма №088/у-97 Утверждена приказом Минздрава России от 14.05.97 № 141
Наименование учреждения, адрес		

НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ.

Дата выдачи «__» _____ 20 г.

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Дата рождения _____ Пол _____

3. Адрес больного _____

4. Инвалид _____ группы. 5. Место работы _____

6. Адрес места работы _____

7. Профессия _____ 8. Должность _____

9. Под наблюдением лечебно-профилактического учреждения с «_____» 20 г.

10. История настоящего заболевания (начало, развитие, течение, дата обострений, проведенные лечебно-профилактические мероприятия, меры по восстановлению трудоспособности).

11. Результаты проведенных реабилитационных мероприятий _____

14. Частота и длительность временной нетрудоспособности (сведения за последние 12 месяцев)

Числа месяца с _____ по _____	Название болезни

Кроме этого документа, для направления на МСЭК требуется правильно оформленный листок нетрудоспособности.

Больной направляется на МСЭ с открытым листком нетрудоспособности. Врачи-эксперты МСЭ оформляют «Акт освидетельствования во МСЭ», который содержит паспортные и профессиональные данные, результаты экспертного обследования, включающие жалобы больного, клинико-трудовой

анамнез, объективные данные эксперта-терапевта, невропатолога и хирурга, (или других специалистов в зависимости от заболевания), результаты дополнительных исследований, диагноз МСЭ и подробное экспертное решение. Заключение МСЭ об определении группы инвалидности, продолжении временной нетрудоспособности фиксируется в листке нетрудоспособности с указанием даты освидетельствования, подписывается председателем и заверяется печатью МСЭ.

При установлении группы инвалидности срок временной нетрудоспособности завершается датой регистрации направления на МСЭ медико-социальной экспертной комиссией (МСЭК).

В этом случае лечащий врач в графе листка нетрудоспособности «Приступить к работе» пишет фразу «С такого-то числа признан инвалидом такой-то группы». Со дня освидетельствования производится начисление пенсии по инвалидности.

Образец 22

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения Российской Федерации		Медицинская документация Форма №088/у-97 Утверждена приказом Минздрава России от 14.05.97 № 141
Наименование учреждения, адрес		

Извещение лечебно-профилактического учреждения о заключении учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы

1. Фамилия, имя, отчество больного _____
2. Дата _____
3. № акта освидетельствования _____
4. Диагноз учреждения государственной службы МСЭ _____
5. Степень нарушений функций организма (согласно принятой Классификации, утвержденной постановлением-приказом Минтрудсоцразвития и Минздрава России от 29.01.97. «1/30, раздел 1,4) _____
6. Степень ограничения жизнедеятельности (согласно принятой Классификации, утвержденной постановлением-приказом Минтрудсоцразвития и Минздрава России от 29.01.97. «1/30, раздел 1,4) _____
7. Заключение учреждения государственной службы МСЭ _____
8. Рекомендации по специальной и профессиональной реабилитации _____
9. Рекомендации по медицинской реабилитации _____

Руководитель учреждения государственной службы МСЭ _____
Дата отправки «__» _____ 20 г.

Лицам, не признанным инвалидами, листок нетрудоспособности продлевается лечебно-профилактическим учреждением до восстановления трудоспособности или повторного направления на медико-социальную экспертизу.

МСЭК имеет право вернуть больного в лечебно-профилактическое учреждение как недостаточно обследованного, в этих случаях на время освидетельствования его МСЭ больничный лист продлевается (образец 22).

При отказе больного от направления на медико-социальную экспертизу или несвоевременной явке его на экспертизу по неуважительной причине, листок нетрудоспособности не продлевается со дня отказа или регистрации документов медико-социальной экспертной комиссией. Отказ или неявка указывается в листке нетрудоспособности. При этом в графе листка нетрудоспособности «Отметка о нарушении режима» указывается «Отказ от направления на МСЭ» или «Неявка на МСЭ» и ставится дата отказа или неявки.

МСЭК проводят освидетельствования больных по месту жительства.

Выделяют следующие контингенты лиц, подлежащих освидетельствованию МСЭК:

1) рабочие, служащие и другие граждане, на которых распространяется государственное социальное страхование;

2) учащиеся высших, средних специализированных учебных заведений, курсов по подготовке кадров, аспиранты, клинические ординаторы;

3) граждане, у которых нарушение трудоспособности возникло в связи с выполнением государственных обязанностей или долга гражданина по спасению человеческой жизни, по охране государственной собственности и государственного правопорядка;

4) рабочие, служащие, прекратившие работу, бывшие военнослужащие, члены семей, потерявшей кормильца, при наличии у них прав на назначение пенсии;

5) инвалиды с детства;

6) члены семьи неработающих пенсионеров для установления надбавки к пенсии;

7) рабочие, служащие, получившие увечье либо иное повреждение здоровья, связанное с их работой (для установления степени утраты трудоспособности в целях определения размера возмещения предприятиями причиненного ущерба, степень утраты трудоспособности определяется в процентном отношении);

8) колхозники, фермеры и члены их семей;

9) инвалиды для переосвидетельствования;

10) инвалиды с детства I и II группы и другие лица, не имеющие права на пенсию и обращающиеся за назначением пособия, право на получение которого обусловлено наличием инвалидности;

11) лица, направляемые в дома инвалидов и интернаты.

Гражданин по своей инициативе или по своему усмотрению не может обратиться в МСЭК для проведения медико-социальной экспертизы, он мо-

жет быть направлен для этой цели только лечебно-профилактическим учреждением.

На МСЭК направляются граждане, имеющие признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности и нуждающиеся в социальной защите:

- 10) при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не более 4 месяцев;
- 11) при благоприятном трудовом прогнозе в случае продолжающейся нетрудоспособности до 10 месяцев (в отдельных случаях: травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез- до 12 месяцев) для решения вопроса о продолжении лечения или установления группы инвалидности;
- 12) работающие инвалиды для изменения трудовой рекомендации в случае ухудшения клинического или трудового прогноза, обусловленных прогрессированием основного заболевания, его осложнением или сопутствующим заболеванием.

МСЭК классифицируются на первичные и высшие. Первичные и высшие в свою очередь бывают общего профиля и специализированные. К первичным относятся районные, межрайонные, городские МСЭК. К высшим относятся МСЭК гг. Москвы и Санкт-Петербурга, областные, краевые и республиканские.

Основными задачами первичных МСЭК являются:

- 1) установление группы инвалидности впервые или при переосвидетельствовании;
- 2) определение причины инвалидности;
- 3) определение времени фактического наступления инвалидности;
- 4) установление стойкой утраты трудоспособности вследствие несчастного случая на производстве (в %);
- 5) санкционирование долечивания при временной нетрудоспособности свыше 10 или 12 месяцев;
- б) определение трудовых рекомендаций инвалидам, позволяющих использовать остаточную трудоспособность;
- 7) направление на переобучение или переквалификацию.

Состав первичных МСЭК общего профиля:

- терапевт;
- хирург;
- невропатолог;
- представитель комитета социальной защиты населения;
- представитель профсоюзной организации;
- медицинский регистратор.

Состав первичных МСЭК специализированного профиля:

- 2 врача по профилю МСЭК;
- 1 врач смежной специальности;

- представитель комитета социальной защиты населения;
- представитель профсоюзной организации;
- медицинский регистратор.

Виды специализированных МСЭК:

- фтизиатрическая;
- психиатрическая;
- кардиоревматологическая;
- офтальмологическая;
- онкологическая;
- травматологическая;
- профпатологическая.

Председателем МСЭК назначается один из наиболее опытных экспертов.

Основным методом работы МСЭК являются заседания комиссии, которые проводятся согласно календарному плану на основной базе. Кроме того, проводятся выездные заседания на крупных предприятиях или в районах.

Стойкая нетрудоспособность или инвалидность является юридической категорией, т.к. инвалид приобретает определенные права: право ограничивать или полностью прекратить профессиональную деятельность, право на пенсионное обеспечение или на полное государственное обеспечение (дома-интернаты), право направления на переобучение и др.

Юридическим документом, который выдается при установлении инвалидности, является выписка и справка МСЭ, в которых указывается группа и причина инвалидности, трудовые рекомендации, время следующего переосвидетельствования (образец 23, 24).

Образец 23

1503003

Министерство труда и социального развития Российской Федерации

республика в составе РФ, край, область, автономный округ

вид, профиль учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы

**ВЫПИСКА ИЗ АКТА ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ
В УЧРЕЖДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
к справке Сер. МСЭ – 002 №**

(пересылается по месту назначения пенсии или нахождения пенсионного дела)

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения _____ Адрес _____

Дата освидетельствования _____

Освидетельствование _____

Группа инвалидности _____

указывается прописью

Причина инвалидности _____

Инвалидность установлена на срок до 1 _____ 20 г.

Дата очередного переосвидетельствования «__» _____ 20 г.

Диагноз учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы _____

Рекомендованы формы реабилитации (медицинская, социальная, профессиональная) _____

необходимое указать

Перечень мероприятий определяется в индивидуальной программе реабилитации.

Заключение об условиях и характере труда _____

Рекомендованы другие формы социальной защиты _____

необходимое указать

Основание: акт № _____ освидетельствования в учреждении государственной службы медико-социальной экспертизы _____

Дата _____

М.П.

Руководитель учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы _____

На основании справки МСЭК комитет социальной защиты устанавливает размер пенсии инвалиду, а администрация предприятия или учреждения согласно рекомендациям МСЭК трудоустраивает больного.

Если больной не согласен с решением МСЭК, он в течение одного месяца может подать письменное заявление об этом председателю МСЭК, проводившему экспертизу, или руководителю комитета социальной защиты. В 3-дневный срок вся документация на данного больного должна быть передана для рассмотрения в высшую МСЭ. Высшая МСЭ выносит свое решение, которое является окончательным.

Образец 24

1503003

«Решение органа государственной службы медико-социальной экспертизы является обязательным для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых норм и форм собственности (ст. 8 Федерального Закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»)».

Министерство труда и социального развития Российской Федерации

_____ республика в составе РФ, край, область, автономный округ

_____ вид, профиль учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы

СПРАВКА Сер. МСЭ - 002 №

(выдается инвалиду)

_____ фамилия, имя отчество

Дата рождения _____ Адрес _____

Дата освидетельствования _____

Освидетельствование _____

Группа инвалидности _____

указывается прописью

Причина инвалидности _____
Инвалидность установлена на срок до 1 _____ 20 г.
Дата очередного переосвидетельствования «__» _____ 20 г.
Рекомендованы формы реабилитации (медицинская, социальная, профессиональная)

необходимое указать

Перечень мероприятий определяется в индивидуальной программе реабилитации.

Заключение об условиях и характере труда _____

Рекомендованы другие формы социальной защиты _____

необходимое указать

Основание: акт № _____ освидетельствования в учреждении
государственной службы медико-социальной экспертизы _____

Дата _____

М.П.

Руководитель учреждения государственной службы

медико-социальной экспертизы _____

Причины инвалидности.

Различают следующие причины инвалидности.

1. Инвалидность вследствие общего заболевания.
2. Инвалидность в связи с трудовым увечьем.
3. Инвалидность вследствие профессионального заболевания.
4. Инвалидность с детства.
5. Инвалидность у бывших военнослужащих.

Наиболее частной причиной инвалидности является общее заболевание. Она устанавливается в тех случаях, когда заболевание, приведшее к инвалидности, наступило в период трудовой деятельности или учебы в высших и средних учебных заведениях. Это заболевание никоим образом не связано с профессиональными вредностями. Кроме того, общее заболевание как причина инвалидности устанавливается при непроизводственных травмах, приведших к инвалидности.

Общее заболевание как причина инвалидности устанавливается лицам, признанным инвалидами после смерти кормильца, независимо от причины утраты ими трудоспособности.

Инвалидность в связи с трудовым увечьем.

Трудовое увечье как причина инвалидности устанавливается в тех случаях, когда травма, приведшая к ней, является производственной. Для установления данной причины инвалидности МСЭК должна располагать экземпляром – «Акта о несчастном случае на производстве» (ф. Н-1). При установлении данной причины инвалидности приводится определение степени утраты трудоспособности.

Инвалидность вследствие профессионального заболевания.

Устанавливается в том случае, если заболевание, приведшее к инвалидности, находится в тесной патогенетической связи с неблагоприятными производственными факторами.

При установлении данной причины инвалидности МСЭК руководствуется перечнем профессиональных заболеваний.

Инвалидность с детства устанавливается подросткам до 16 лет и учащимся до 18 лет в случае, если заболевание, приведшее к инвалидности, возникло до этого возраста.

Инвалидность у бывших военнослужащих.

Эта причина инвалидности устанавливается, если инвалидность наступила:

- в период военной службы;
- не позднее 3 месяцев после увольнения с военной службы;
- позднее 3 месяцев, но вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, имевших место в период военной службы.

Структура причин инвалидности в нашей стране следующая:

- болезни системы кровообращения – 50%;
- новообразования – 11%;
- травмы – 7%;
- болезни нервной системы и органов чувств – 6,9%.

Уровень первичной инвалидности в России составляет 77 случаев на 10000 трудоспособного населения.

Критерии и группы инвалидности.

В Российской Федерации принята классификация, включающая 3 группы инвалидности. Критерием для определения *первой 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 следующих категорий жизнедеятельности либо их сочетанию:

- § способности к самообслуживанию третьей степени;
- § способности к передвижению третьей степени;
- § способности к ориентации третьей степени;
- § способности к общению третьей степени;
- § способности контроля за своим поведением третьей степени.

Критерием для установления *второй 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 выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности либо их сочетанию:

- § способности к самообслуживанию второй степени;
- § способности к передвижению второй степени;
- § способности к трудовой деятельности третьей, второй степени;
- § способности к обучению третьей, второй степени;
- § способности к ориентации второй степени;

§ способности к общению второй степени;

§ способности контроля за своим поведением второй степени.

Ограничение способности к обучению третьей, второй степени может быть основанием для установления второй группы инвалидности при сочетании с ограничением одной или нескольких других категорий жизнедеятельности за исключением учащихся, у которых ограничение только способности к обучению второй, третьей степеней может обусловить необходимость установления второй группы инвалидности.

Критерием для определения *третьей группы* инвалидности является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким незначительно или умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к не резко или умеренно выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию:

§ способности к самообслуживанию первой степени;

§ способности к передвижению первой степени;

§ способности к обучению первой степени;

§ способности к трудовой деятельности первой степени;

§ способности к ориентации первой степени;

§ способности к общению первой степени.

Ограничение способности к общению первой степени и способности к обучению первой степени может быть основанием для установления третьей группы инвалидности преимущественно при их сочетании с ограничением одной или нескольких других категорий жизнедеятельности.

Наиболее тяжелые больные относятся к инвалидам первой группы.

Эта группа инвалидности устанавливается лицам с полной постоянной или длительной потерей трудоспособности, которые нуждаются в постоянном постороннем уходе, надзоре или помощи.

Как правило, это больные с практически необратимыми процессами: конечная стадия онкологических заболеваний, полностью парализованные вследствие перенесенного нарушения мозгового кровообращения и т.д.

К этой группе также относятся лица, у которых имеются резко выраженные нарушения функций, и которые нуждаются в постоянном постороннем уходе, однако при создании индивидуальных условий они способны выполнять определенные виды работ. К данной категории относятся слепые, психически больные, больные с тяжелыми анатомическими дефектами (высокая ампутация нижних конечностей).

Вторая группа инвалидности устанавливается лицам, также имеющим значительные функциональные нарушения и практически полную нетрудоспособность, но не нуждающимся в постороннем уходе, надзоре и помощи, т.е. способным обслуживать себя самостоятельно. Это отличает её от первой группы.

Данная группа инвалидности устанавливается:

а) лицам со стойкими нарушениями функций, когда выполнение профессионального труда полностью не доступно;

б) гражданам, которым труд противопоказан, поскольку под влиянием трудовой деятельности может наступить ухудшение течения заболевания. К этой группе относятся больные с повторно перенесенным инфарктом миокарда, гипертонической болезнью с частыми кризами и т.д.;

в) лицам, страдающим тяжелыми хроническими заболеваниями, которым труд не противопоказан, но требуется создание особых условий (работа на дому, сокращенный рабочий день, дополнительные перерывы в работе). Например, к данной группе можно отнести инженера-конструктора, страдающего облитерирующим эндартериитом нижних конечностей III стадии, выполняющего в домашних условиях чертежные работы, расчеты.

Установление третьей группы инвалидности предусматривает возможность продолжения трудовой деятельности. К ней относятся лица с ограниченной трудоспособностью.

Эта группа инвалидности устанавливается в следующих случаях:

а) лицам, которые по состоянию здоровья не могут трудиться в соответствии с прежней профессией и нуждаются в переводе на работу более низкой квалификации. Примером может служить водитель такси после перенесенного инфаркта миокарда, трудоустроенный диспетчером таксопарка; электромонтажник, трудоустроенный табельщиком;

б) гражданам, которым необходимы значительные ограничения по своей профессии, например, перевод главного инженера завода на должность рядового инженера;

в) лицам с низкой квалификацией из-за сложности переквалификации или переобучения. Примером может служить перевод разнорабочего на должность вахтера;

г) гражданам, имеющим выраженные анатомические дефекты и деформации (дефекты и деформации верхней, нижней конечности; полная слепота или снижение остроты зрения на один глаз до 0,02 при невозможности корригирования; значительный костный дефект черепа; двусторонняя глухота с детства и др.).

В случае признания лица инвалидом, бюро МСЭ, наряду с определением группы инвалидности, устанавливает причину инвалидности и сроки переосвидетельствования. Инвалидность первой группы устанавливается сроком на два года, второй, третьей групп – на 1 год.

Критериями установления инвалидности без срока переосвидетельствования являются:

- невозможность устранения или уменьшения социальной недостаточности инвалида вследствие длительного ограничения его жизнедеятельности (при сроках наблюдения не менее 5 лет), вызванного нарушением здоровья со стойкими необратимыми морфологическими изменениями и нарушениями функций органов и систем организма;

- неэффективность реабилитационных мероприятий, что приводит к необходимости долговременной (постоянной) социальной защиты;

- другие критерии, предусмотренные действующим законодательством.

В случае, когда гражданин решением МСЭК признан нетрудоспособным инвалидом, но продолжал трудовую деятельность при заболеваниях и травмах, листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях. При выписке в графе «приступить к работе» указывается «нетрудоспособен», «заключение МСЭК от ...».

Если гражданин был признан инвалидом III группы (I или II с трудовыми рекомендациями) и заболел вновь, не успев приступить к работе, при благоприятном прогнозе листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях.

Пособие по временной нетрудоспособности работающим инвалидам выдается до 4 месяцев подряд или 5 месяцев с перерывами в календарном году.

Контрольные вопросы.

1. Дать определение понятиям «инвалид», «инвалидность», «социальная недостаточность», «ограничение жизнедеятельности» и «социальная защита».
2. Дать определение понятию «медико-социальная экспертиза». Как осуществляется МСЭ?
3. Определите четыре группы функциональных расстройств, характеризующих инвалидность и их степени.
4. Дайте классификацию ограничений жизнедеятельности по степеням.
5. Может ли пациент по своей инициативе обратиться в МСЭК для проведения МСЭ? Кто направляет пациентов на МСЭ? Каков порядок направления на МСЭ?
6. Какие документы представляются для прохождения МСЭ? Как правильно оформляется листок нетрудоспособности до и после прохождения МСЭ?
7. Определите контингенты лиц, подлежащих освидетельствованию МСЭ.
8. Как классифицируются МСЭК? Определите основные задачи первичных МСЭК. Какие действия могут быть предприняты больным, если он не согласен с решением первичной МСЭК?
9. Каков состав первичных МСЭК общего и специализированного профиля? Виды специализированных МСЭК.
10. Какой категорией обладает инвалидность? Какой юридический документ выдается больному при установлении инвалидности?
11. Определите причины инвалидности. Какова наиболее частая причина инвалидности?

12. Охарактеризуйте инвалидность в связи с трудовым увечьем, инвалидность вследствие профессионального заболевания, инвалидность у бывших военнослужащих.
13. Критерии группы инвалидности
14. Каким больным устанавливается инвалидность I группы?
15. Какой категории больных устанавливается инвалидность II группы?
16. Какой группе больных устанавливается инвалидность III группы?
17. Сроки переосвидетельствования групп инвалидности и критерии установления инвалидности без срока переосвидетельствования.

Глава 30. Основы социального и медицинского страхования.

СОЦИАЛЬНОЕ И МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Цели.

Студент должен

Знать:

- основные термины и понятия по социальному страхованию и социальной защите населения;
- виды социальной защиты населения;
- цели введения медицинского страхования и взаимосвязь медицинского и социального страхования;
- основные положения законодательных документов о медицинском страховании;
- структуру системы медицинского страхования, функции субъектов медицинского страхования.

Уметь:

- представить и объяснить схему взаимодействия между участниками системы медицинского страхования;
- применять полученные знания при обучении на профильных кафедрах и во время производственной практики.

Страхование как правовой акт — это договор между клиентом, опасющимся потерять свое имущество, источник дохода, способность трудиться, жизнь или любые другие ценности (имеющие материально-денежный эквивалент), и страховщиком, продающим за деньги временную гарантию компенсации таких потерь.

Страховать — значит предохранять от чего-либо нежелательного, неприятного, защищать, оберегать, обеспечивать безопасность. В современной рыночной экономике страхование рассматривается как система экономических отношений, включающая образование за счет средств предприятий, ор-

ганизаций и населения специального фонда и его использование для возмещения ущерба в имуществе от стихийных бедствий и других неблагоприятных случайных явлений, а также для оказания гражданам (или их семьям) помощи при наступлении различных событий в их жизни (достижение определенного возраста, болезнь, утрата трудоспособности, смерть).

К основным видам страхования относятся: имущественное страхование, страхование уровня жизни граждан, страхование ответственности, страхование предпринимательских рисков. Страхование может быть обязательным и добровольным.

Социальное страхование — это система государственных и общественных мероприятий, которая гарантирует трудящимся средства существования в условиях, когда они не в состоянии зарабатывать или несут повышенные расходы.

Человек может заболеть, стать жертвой несчастного случая, стать инвалидом, наконец — умереть. В этом случае он или его семья теряют доход, и их экономическое положение ухудшается. Рождение ребенка также связано с новыми расходами, достижение определенного возраста заставляет трудящегося покинуть работу и тем самым потерять доход.

По мере развития общества человек, все больше зависящий от регулярной оплаты за свой труд, нуждается в государственной и общественной помощи.

Целью социального страхования является компенсация, возмещение полностью или частично застрахованным потерянного или уменьшенного трудового дохода, что дает возможность преодолеть неблагоприятные экономические последствия страхового риска. Эта функция осуществляется не в порядке помощи застрахованным, а в силу их права, которое предусмотрено законом.

Социальный страховой риск — предполагаемое событие, влекущее изменение материального или социального положения работающих или иных категорий граждан, в случае наступления которого осуществляется обязательное социальное страхование.

Страховой случай — событие, представляющее собой реализацию социального страхового риска, с наступлением которого осуществляется обеспечение по обязательному социальному страхованию.

Виды страховых рисков:

1) социально-биологические (необходимость получения медицинской помощи, временная нетрудоспособность, трудовое увечье и профессиональное заболевание, инвалидность, наступление старости);

2) экономические (безработица);

3) социально-демографические (материнство, потеря кормильца, смерть застрахованного лица или нетрудоспособных членов его семьи, находящихся на его иждивении).

Средства социального страхования формируются за счет отчислений предприятий, учреждений, организаций всех форм собственности, взносов лиц, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью. Размер взносов и порядок их уплаты определяется законом. Законы Российской Федерации «О страховых тарифах взносов в фонд социального страхования Российской Федерации, в государственный фонд занятости населения Российской

Федерации и в фонды обязательного медицинского страхования» с 1993 года предусматривают следующие размеры взносов: в фонд социального страхования — 5,6% по отношению к начисленной оплате труда, в государственный фонд занятости населения — 2%, в фонд обязательного медицинского страхования — 3,6%, в пенсионный фонд — 1%.

Каждому виду социального страхового риска соответствует определенный вид страхового обеспечения.

1. Страхование по старости. Пенсии назначаются по достижении определенного возраста и при достаточном трудовом стаже. При стабильной экономике государство и общество берет на себя огромные расходы по обеспечению старости. Примерно 50% бюджета социального страхования приходится на этот вид социального страхования. Он наиболее существен для трудящихся, но тяжел для государства в финансовом отношении. Возраст выхода на пенсию разный, определяется законодательством и зависит от:

1) биологических особенностей организма (для женщин определен более низкий пенсионный возраст — 55 лет, для мужчин — 60 лет);

2) профессиональной деятельности (существуют льготы выхода на пенсию для определенных профессий — литейщик, летчик, шахтер и т.д.).

В различных странах фиксированный законодательством возраст колеблется от 50 до 70 лет. Для максимального назначения пенсии требуется определенный стаж работы: для женщин — 25 лет, для мужчин — 30 лет. Пенсии начисляются от среднего заработка за последние несколько лет, или за все время работы и составляют 55% заработной платы. При большом стаже работы имеются надбавки. Минимальная пенсия не может быть ниже минимальной зарплаты, максимальная — не больше трех минимальных. Размер надбавок законом не ограничивается (за особые заслуги, звания, награды Родины, участие в военных действиях). Тем, кто никогда не работал по трудовому договору, не имел трудовой книжки и т.д., выплачивается социальная пенсия в размере 2/3 минимальной пенсии.

2. Страхование по инвалидности. Застрахованный получает пенсию, которая компенсирует уменьшившийся или потерянный трудовой доход, иногда предшествует пенсии по старости, т.к. нарушения в ряде случаев наступают раньше пенсионного возраста.

Инвалидность — это устойчивое нарушение телесной или психической деятельности организма. Более точно: инвалидность — расстройство телесной или психической целостности организма, ведущее к стойкой нетрудоспособности.

Определяя инвалидность как стойкую, нельзя считать, что она всегда непоправима, т.к. организм обладает компенсаторными возможностями.

При определении инвалидности руководствуются:

- 1) анатомо-функциональными характеристиками;
- 2) возможностью работать вообще;
- 3) возможностью работать при определенных профессиональных условиях;
- 4) возможностью получать трудовой доход.

Учитывая эти элементы, можно выделить три основные позиции для квалификации инвалидов:

- а) общая нетрудоспособность;

- б) физическая инвалидность;
- в) профессиональная негодность.

Инвалидность может быть полная и частичная. Выделяют три группы инвалидности. Принадлежность к той или иной группе определяется медико-социальной экспертизой, размер пенсии — 50-75%. Допускается возможность изменения группы, инвалиды периодически подвергаются переосвидетельствованию. Дополнительные средства инвалид получает бесплатно (протезы, ортопедический аппарат, автомобиль).

3. Пенсия по случаю потери кормильца. Наследственная пенсия тем родственникам, которые находились в прямой экономической зависимости от умершего: вдове, если она нетрудоспособна или старше определенного возраста, детям до определенного возраста, родителям и т.д.

4. Пособие по временной нетрудоспособности. Пособие выплачивается с 1-го дня утраты трудоспособности в течение 10-12 месяцев. В некоторых случаях процент выплат зависит от трудового стажа.

5. Пособие в связи с трудовым увечьем и профессиональным заболеванием включает:

- 1) медицинский уход и денежное возмещение по временной нетрудоспособности;
- 2) пенсии по инвалидности;
- 3) наследственные пенсии.

Выплаты имеют больший размер, чем при других видах страхования.

Трудовым увечьем называют ограниченное по времени событие, находящееся в причинной связи с работой. В нормативных актах это понятие трактуется очень широко и охватывает все возможные явления в кругу трудовой деятельности.

Профессиональные заболевания являются продуктом профессии и находятся в причинной связи с профессиональной деятельностью. От трудового увечья отличаются тем, что развиваются в результате медленного действия определенных повреждающих факторов. Денежное возмещение определяется законодательством по социальному страхованию.

6. Пособие по беременности и родам выплачивается в размере 100% заработной платы работающей женщине с 30-й недели беременности на 140 дней одномоментно. При многоплодной беременности — с 28-й недели на 194 календарных дня одномоментно.

7. Ежемесячное пособие по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет выплачивается лицу, находящемуся в отпуске по уходу за ребенком в размере 2-кратного минимального размера оплаты труда, установленного федеральным законом.

8. Пособие по безработице.

9. Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности (до 12 недель), выплачивается в размере 100% минимального размера оплаты труда, установленного федеральным законом.

10. Единовременное пособие при рождении (усыновлении) ребенка выплачивается в размере 15-кратного минимального размера оплаты труда, установленного федеральным законом на день рождения ребенка.

11. Пособие на санаторно-курортное лечение выдается на основании справки лечебно-профилактического учреждения о необходимости опреде-

ленного вида санаторно-курортного лечения на основании решения профсоюзного комитета в размере 70% стоимости санаторной путевки.

12. Социальное пособие на погребение выплачивается в размере, равном стоимости гарантированного перечня услуг по погребению, но не превышающем минимальный размер оплаты труда более чем в 10 раз. Выплата социального пособия на погребение производится в день обращения на основании справки о смерти:

- органом, в котором умерший получал пенсию;
- организацией, в которой умерший работал;
- органом социальной защиты населения по месту жительства в случаях, если умерший не работал и не являлся пенсионером, а также в случае рождения мертвого ребенка по истечении 196 дней беременности.

13. Оплата путевок на санаторно-курортное лечение и оздоровление работников и членов их семей.

Для получения страховых пособий необходимо:

1. принадлежность данного лица к кругу застрахованных.
2. осуществление страхового риска.
3. соблюдение других, предусмотренных законом условий (стаж работы, процент оплаты и т.д.).

Размер страховых выплат составляет определенный процент от трудового вознаграждения. Этим подчеркивается принцип замещения (полного или частичного) трудового дохода средствами социального страхования (процент выплат по болезни, травме, беременности, пенсии по старости (50-100%) и т.д.).

Страховые выплаты реализуются натуральными предметами (медицинский уход, снабжение ортопедическими средствами, очками и т.д.) и деньгами.

Выплаты в деньгах бывают:

- 1) однократными;
- 2) временными или краткосрочными;
- 3) постоянными.

Пенсии бывают:

- 1) личные и наследственные;
- 2) по инвалидности или по заболеванию;
- 3) по несчастному случаю;
- 4) по старости.

Медицинское страхование — самая сложная форма социального страхования, вершина страховой деятельности.

Медицинское страхование — это страхование потери здоровья от различных причин, восстановление здоровья и трудоспособности у застрахованных в условиях общедоступности и бесплатности медицинской помощи в объеме программ медицинского страхования. Оно может быть обязательным и добровольным. В соответствии с действующим законодательством, обязательное медицинское страхование относится к социальному страхованию.

Развитие медицинского страхования в России определяется несколькими периодами.

Первый период охватывает конец 17-го – первую половину 19-го веков и характеризуется возникновением и развитием медицинского страхования как общественного института, связанного с социальным движением в среде ремесленников и наемных рабочих.

Второй период, с 1883 по 1917 годы, характеризуется принятием страховых законов и формированием обязательного медицинского страхования. В этот период наибольшее значение для охраны здоровья рабочих имели: закон 1866 года, устанавливающий обязанность фабрикантов обеспечивать рабочих медицинской помощью; закон 1882 года, утвердивший фабричную инспекцию; закон 1903 года, установивший ответственность предприятий при несчастных случаях. Основным учреждением страхования становятся больничные кассы. Первая больничная касса на территории Российской империи была создана в 1859 году в г. Риге при фабрике «П.Х. Розенкрац и Ко». С этого времени начинается распространение больничных касс и медицинского страхования как добровольного общественного движения по всей России.

В 1912 году III Государственная Дума принимает страховой закон, согласно которому предусматривалось обеспечение 20% заработной платы работающих по найму в случае их болезни. Страхование на случай болезни по закону осуществляли больничные кассы, учреждаемые на каждом предприятии с числом рабочих мест не менее 200. Мелкие предприятия могли создавать общие больничные кассы. Больничная касса управлялась общим собранием (высшим директивным органом) и правлением, которое являлось органом исполнительным. Общее собрание состояло из представителей рабочих и предпринимателей, которым принадлежало две трети числа голосов представителей рабочих. Председателем общего собрания больничной кассы мог быть сам владелец предприятия или лицо, им уполномоченное.

Средства рабочих касс состояли из взносов рабочих и предпринимателей. При этом, в соответствии с законом, взносы рабочих в полтора раза превышали взносы предпринимателей. Точный размер взносов устанавливался общим собранием больничных касс в пределах от 1 до 2% заработной платы.

Основной функцией больничной кассы была выдача пособий в случае болезни, увечья, родов и смерти. Пособие по временной нетрудоспособности (ВН) обычно выдавалось с 4-го дня заболевания, не более 26 недель подряд (6,5 месяцев) в течение года или 30 недель (7,5 месяцев) в течение года при повторных заболеваниях с оплатой для семейных рабочих 0,5 до 0,75 заработка, а для одиноких – от 0,25 до 0,5 заработка. При увечье срок выдачи пособия был меньше на 13 недель, по истечении этого срока пособия выдавались страховыми товариществами, осуществлявшими страхование от несчастных случаев. Пособия при родах выдавались только тем работницам, которые проработали на предприятии не менее 3-х месяцев, на 2 недели до родов и 4 недели после родов в размере 0,5 полного заработка по определению общего собрания.

Наряду с помощью самим застрахованным по постановлению общих собраний больничных касс можно было оказывать помощь членам семей, для чего у каждого участника больничной кассы имелось удостоверение, в кото-

ром перечислялись все члены семьи, находящиеся на его иждивении. Максимальные расходы на все виды помощи членам семей застрахованных рабочих не должны были превышать 0,75 приходного бюджета касс.

Создание в июле 1918 года народного Комиссариата здравоохранения привело к ликвидации рабочей страховой медицины и утверждению единой государственной системы советской медицины (здравоохранения). Более 60 лет в России не было медицинского страхования. Только с началом в 1985 году экономической реформы в стране, связанной с изменением форм собственности на средства производства и появлением вновь предпринимателей (работодателей) различных форм собственности, использующих наемный труд, возрос интерес к реформе системы социального страхования и возрождению в этой системе обязательного медицинского страхования.

Третий период развития медицинского страхования в России связан с принятием в 1991 году закона «О медицинском страховании граждан РСФСР», в преамбуле которого сказано, что данный закон определяет правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения в РФ и направлен на усиление заинтересованности и ответственности населения и государства, предприятий, учреждений и организаций в охране здоровья в новых экономических условиях и обеспечивает конституционное право граждан РФ на медицинскую помощь.

Целью медицинского страхования является представление гарантий гражданам получения медицинской помощи при возникновении страхового случая за счет накопленных средств и финансирование профилактических мероприятий (ст. 1 Закона РФ «О медицинском страховании граждан»).

Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР» состоит из 5 разделов, 28 статей.

I раздел. Общие положения.

Статья 1. Медицинское страхование.

Статья 2. Субъекты медицинского страхования.

II раздел. Система медицинского страхования.

Статья 3. Объект добровольного медицинского страхования.

Статья 4. Договор медицинского страхования.

Статья 5. Страховой медицинский полис.

Статья 6. Права граждан РФ в системе медицинского страхования.

Статья 7. Права и обязанности лиц, не имеющих гражданства, в системе медицинского страхования.

Статья 8. Медицинское страхование граждан РФ за границей и иностранных граждан на территории РФ.

Статья 9. Права и обязанности страхователя.

Статья 10. Источники финансирования системы здравоохранения в РФ.

Статья 11. Финансовые средства государственной, муниципальной систем здравоохранения.

Статья 12. Финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования.

Статья 13. Налогообложение средств, направляемых на здравоохранение.

III раздел. Деятельность страховых медицинских организаций.

Статья 14. Страховая медицинская организация.

Статья 15. Права и обязанности страховой медицинской организации.

Статья 16. Выдача лицензий на право заниматься медицинским страхованием.

Статья 17. Платежи на медицинское страхование.

Статья 18. Налогообложение страховых медицинских организаций.

Статья 19. Реорганизация и ликвидация страховых медицинских организаций.

IV раздел. Деятельность медицинских учреждений в системе медицинского страхования.

Статья 20. Права и обязанности медицинских учреждений.

Статья 21. Лицензирование и аккредитация медицинских учреждений.

Статья 22. Программа обязательного медицинского страхования.

Статья 23. Договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по медицинскому страхованию.

Статья 24. Тарифы на услуги в системе медицинского страхования.

Статья 25. Налогообложение медицинских учреждений.

V раздел. Регулирование отношений сторон в системе медицинского страхования.

Статья 26. Регулирование отношений субъектов медицинского страхования.

Статья 27. Ответственность сторон в системе медицинского страхования.

Статья 28. Право страховой медицинской организации на возмещение расходов.

Объекты и субъекты медицинского страхования.

Объектом медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая (ст. 3 Закона РФ «О медицинском страховании...»). При этом страховой риск — это предполагаемое событие, а страховой случай — совершившееся событие, предусмотренное страховыми случаями, являются включенные в страховую программу конкретные заболевания, травмы, увечья и особые состояния (беременность, послеродовый период и т.д.). Перечень страховых случаев, подлежащих оплате из средств страховых фондов, составляет страховую программу.

К субъектам медицинского страхования относятся властные структуры, отдельные юридические и физические лица, взаимодействующие в системе медицинского страхования.

Условно выделяют прямые и косвенные субъекты медицинского страхования.

К группе прямых относятся субъекты, непосредственно участвующие в организации и проведении медицинского страхования. В качестве прямых

субъектов медицинского страхования выступают: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение (ст. 2 Закона РФ «О медицинском страховании...»). К группе прямых субъектов медицинского страхования также можно отнести фонды обязательного медицинского страхования.

Гражданин — застрахованное физическое лицо.

Граждане Российской Федерации имеют в системе медицинского страхования право на:

- обязательное и добровольное медицинское страхование;
- выбор медицинской страховой организации;
- выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договором обязательного и добровольного медицинского страхования;
- получение медицинской помощи на всей территории Российской Федерации, в том числе за пределами постоянного места жительства;
- получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;
- предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования;
- возвратность части страховых взносов при добровольном медицинском страховании, если это определено условиями договора.

Наряду с гражданами РФ, такие же права в системе медицинского страхования имеют находящиеся на территории России лица, не имеющие гражданства, и постоянно проживающие в России иностранные граждане (ст. 7, 8 Закона РФ «О медицинском страховании...»).

Защиту интересов граждан осуществляют Советы Министров Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации, органы государственного управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местная администрация, профсоюзные, общественные или иные организации (объединения) (ст. 6 Закона РФ «О медицинском страховании...»).

Страхователь — физическое или юридическое лицо, заключившее договор страхования со страховщиком. Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане или предприятия, представляющие интересы граждан.

Страхователями при обязательном медицинском страховании являются: для работающего населения — предприятия, учреждения, организации, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью и лица свободных профессий, а для неработающего населения - органы исполнительной власти разных уровней (Советы Министров Республик в составе РФ, органы государственного управления краев, областей, автономных образований, местная администрация).

Страхователь имеет право на:

- участие во всех видах медицинского страхования (обязательное и добровольное, в т.ч. коллективное, индивидуальное);
- свободный выбор страховой организации;
- осуществление контроля за выполнением условий договора медицинского страхования;
- возвратность части страховых взносов от страховой медицинской организации при добровольном медицинском страховании в соответствии с условиями договора.

Предприятие-страхователь, кроме этого, имеет право на:

- уменьшение размера страховых взносов при стабильном уровне заболеваемости работников предприятия или его снижении в течение трех лет;
- привлечение средств из прибыли (доходов) предприятия на добровольное медицинское страхование своих работников.

Страхователь обязан:

- заключать договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией;
- вносить страховые взносы в порядке, установленном настоящим Законом и договором медицинского страхования;
- в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье граждан;
- предоставлять страховой медицинской организации информацию о показателях здоровья контингента, подлежащего страхованию (ст. 9 Закона РФ «О медицинском страховании...»).

За уклонение предприятия-страхователя от обязанностей по обязательному медицинскому страхованию соответствующего контингента он в судебном порядке подвергается штрафу в размере, соответствующем установленному страховому взносу. Уплата штрафа не освобождает страхователя от финансовых обязательств по медицинскому страхованию (ст. 27 Закона РФ «О медицинском страховании...»).

Страховщик — страховая медицинская организация (компания), являющаяся юридическим лицом с любой формой собственности и осуществляющая медицинское страхование в соответствии с государственным разрешением (лицензией) на право заниматься медицинским страхованием. Страховые медицинские организации не входят в систему здравоохранения. Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями страховых медицинских компаний (ст. 14 Закона РФ «О медицинском страховании граждан»).

Страховая медицинская организация имеет право:

- свободно выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи и услуг по договорам медицинского страхования;
- участвовать в аккредитации медицинских учреждений;
- устанавливать размер страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию;
- принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги;

- предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению и (или) медицинскому работнику на материальное возмещение физического и (или) морального ущерба причиненного застрахованному по их вине.

Страховая медицинская организация обязана:

- осуществлять деятельность по обязательному медицинскому страхованию на некоммерческой основе;
- заключать договоры с медицинскими учреждениями на оказание медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию;
- заключать договоры на оказание медицинских, оздоровительных и социальных услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию с любыми медицинскими и иными учреждениями;
- с момента заключения договора медицинского страхования выдавать страхователю или застрахованному страховые медицинские полисы;
- осуществлять возвратность части страховых взносов страхователю или застрахованному, если это предусмотрено договором медицинского страхования;
- контролировать объем, сроки, качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора;
- защищать интересы застрахованных.

Страховые медицинские организации для обеспечения устойчивости страховой деятельности создают резервные фонды.

Страховые медицинские организации не имеют права отказать страхователю в заключение договора обязательного медицинского страхования, который соответствует действующим условиям страхования (ст. 15 Закона РФ «О медицинском страховании граждан»).

Медицинские учреждения — это имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие индивидуально или коллективно медицинскую деятельность. Медицинскую помощь в системе медицинского страхования оказывают медицинские учреждения с любой формой собственности, аккредитованные в установленном порядке. Они являются самостоятельно хозяйствующими субъектами и строят свою деятельность на основе договоров со страховыми медицинскими организациями (ст. 20 Закона РФ «О медицинском страховании граждан»).

По лицензии медицинские учреждения реализуют программы добровольного медицинского страхования без ущерба для программ обязательного медицинского страхования.

Медицинские учреждения, выполняющие программы медицинского страхования, имеют право оказывать медицинскую помощь и вне системы медицинского страхования. Заключение медицинским учреждением договора со страховой компанией не означает необходимости прекращения других источников финансирования.

Медицинские учреждения в системе медицинского страхования имеют право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность застрахованных.

Медицинские учреждения в соответствии с законодательством Российской Федерации и условиями договора несут ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг и за отказ в оказании медицинской помощи застрахованной стороне.

Медицинские учреждения реализуют свою деятельность в системе медицинского страхования на основе договоров со страховыми компаниями на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) застрахованному контингенту. Этот договор обязательно должен содержать: наименование сторон, численность застрахованных, виды медицинских услуг, стоимость работ и порядок расчетов, порядок контроля качества медицинской помощи и использования страховых средств, ответственность сторон и иные условия (ст. 23 Закона РФ «О медицинском страховании граждан»).

Тарифы на медицинские услуги при ОМС определяются соглашением между страховыми компаниями, органами власти и профессиональными медицинскими ассоциациями. Эти тарифы должны обеспечить рентабельность медицинских учреждений и современный уровень медицинской помощи. Тарифы на медицинские услуги при ДМС устанавливаются по соглашению между страховой компанией и медицинским учреждением (ст. 24 Закона РФ «О медицинском страховании граждан»).

В случае нарушения медицинским учреждением условий договора страхования страховая компания вправе частично или полностью не возмещать затраты на оказание медицинских услуг (ст. 27 Закона «О медицинском страховании граждан»).

К субъектам медицинского страхования в системе ОМС также относятся фонды ОМС.

Фонды ОМС — это самостоятельные государственные финансово-кредитные учреждения, реализующие государственную политику в области обязательного медицинского страхования. Фонды ОМС предназначены для аккумулирования страховых взносов, обеспечения финансовой стабильности государственной системы ОМС и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение.

Федеральный фонд ОМС создается высшим органом законодательной власти России и правительством РФ.

Территориальные фонды ОМС создаются соответствующими органами законодательной и исполнительной власти субъектов Федерации.

Финансовые средства фондов ОМС находятся в государственной собственности Российской Федерации, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат (ст. 12 Закона «О медицинском страховании граждан»).

К группе косвенных относятся субъекты не участвующие непосредственно в организации и проведении медицинского страхования, но, в то же

время, содействующие и способствующие реализации медицинских страховых программ. К косвенным субъектам медицинского страхования могут быть отнесены: профсоюзы, политические партии и общественные организации, общества защиты прав потребителей, профессиональные медицинские (врачебные) ассоциации, органы и учреждения госсанэпиднадзора, аптечные учреждения, органы государственной налоговой службы, страховые компании по страхованию профессиональной ответственности медицинских работников и т.д. и т.п.

Добровольное медицинское страхование призвано обеспечить более высокий уровень медицинской помощи по сравнению с обязательным медицинским страхованием и системой государственного и муниципального здравоохранения. Оно реализуется за счет средств, полученных в виде взносов либо непосредственно от граждан за счет их собственных доходов, либо от работодателей, страхующих работников из прибыли.

Размеры страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию устанавливаются страховыми медицинскими организациями самостоятельно и зависят от качества страхуемых рисков, правил страхования, принятых конкретным страховщиком, стоимости медицинских и других услуг, числа застрахованных и т.п.

Добровольное медицинское страхование относится к системе страхования как важного базового элемента функционирования рыночных отношений. В системе этих отношений личное страхование представляет собой отношения по защите имущественных интересов физических и юридических лиц при наступлении определенных страховых случаев за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых ими страховых взносов. Добровольное страхование осуществляется на основе договора между страхователем и страховщиком и является частью личного страхования, входящего в систему страхования как важного вида финансово-коммерческой деятельности, которая регулируется Законом «О страховании» (27 ноября 1992 г.). Следует отметить, что действие этого закона не распространяется на обязательное медицинское страхование.

Основные отличия добровольного и обязательного медицинского страхования.

Обязательное медицинское страхование, в отличие от добровольного, охватывает все страховые риски независимо от их вида.

Обязательное медицинское страхование является всеобщим, а добровольное — может быть коллективным и индивидуальным.

Страхователями при обязательном медицинском страховании выступают для работающих граждан — работодатели, а для неработающих — государство (органы местной исполнительной власти). При обязательном медицинском страховании страхователь обязан заключать договор со страховой медицинской компанией, а при добровольном медицинском страховании договор заключается только на добровольной основе.

Деятельность по обязательному медицинскому страхованию осуществляется на некоммерческой основе, а добровольное медицинское страхование

представляет собой один из видов финансово-коммерческой деятельности и осуществляется в соответствии не только с Законом РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации», но и другими законами, регламентирующими предпринимательскую деятельность.

В отличие от добровольного медицинского страхования при обязательном медицинском страховании срок страхового периода не зависит от срока уплаты страховых взносов, и страховщик несет ответственность и в случае отсутствия уплаты страховых взносов.

Финансовые средства системы обязательного медицинского страхования формируются за счет платежей бюджета и взносов предприятий, включаемых в себестоимость продукции, и поступают в территориальные фонды обязательного медицинского страхования, финансирующие соответствующие страховые организации, которые осуществляют расчет с амбулаторно-поликлиническими учреждениями по нормативу на 1 жителя, а со стационарами — за 1 пролеченного больного.

Платежи за обязательное медицинское страхование на неработающее население осуществляют органы государственного управления соответствующего уровня. Размер взносов на обязательное медицинское страхование для предприятий, организаций и других хозяйствующих субъектов устанавливается в процентах к начисленной оплате труда.

Финансирование добровольного медицинского страхования обеспечивается за счет личных доходов граждан и средств работодателей, привлекаемых из прибыли, поступающих непосредственно в страховые компании, которые осуществляют расчет с медицинскими учреждениями за оказанные медицинские услуги в рамках программ добровольного медицинского страхования (образец 25).

Добровольное медицинское страхование осуществляется за счет прибыли (доходов) предприятия и личных средств граждан, размер страховых взносов устанавливается по соглашению сторон.

Образец 25.

Экспертная карта застрахованного пациента по добровольному медицинскому страхованию

1. Страховая компания _____
2. Ф.И.О. пациента _____
3. № истории болезни _____ Отделение _____
4. Сроки лечения с «___» _____ 200_г. по «___» _____ 200_г.
5. Палата: Люкс __, 1-местная __, 2-местная _____
6. Выбор врача _____ (Ф.И.О. _____ врача _____)
7. Экстренная госпитализация в недежурные дни _____
8. Внеплановая госпитализация _____
9. Предоставленные медицинские услуги, не входящие в стандарт исследований: _____

ü
ü
ü
ü
ü
ü

10. Дорогостоящие технологии и исследования:

- ГБО _____
Гравихирургические методы _____
КТиМРТ _____
Радиоиммунные исследования _____
Контрастные исследования _____
Прочие _____

Врач _____ Зав. отделением _____

Базовая программа обязательного медицинского страхования определяется Правительством РФ и на ее основе утверждается территориальная программа, представляющая перечень медицинских услуг, оказываемых всем гражданам на данной территории. При добровольном медицинском страховании перечень услуг и другие условия определяются договором страхователя и страховщика.

Тарифы на медицинские услуги при обязательном медицинском страховании определяются на территориальном уровне соглашением между:

- страховыми медицинскими организациями;
- органами государственного управления соответствующего уровня;
- профессиональными медицинскими организациями.

Тарифы на медицинские услуги при добровольном медицинском страховании устанавливаются по соглашению между страховой медицинской организацией и медицинским учреждением, предприятием, организацией или лицом, предоставляющим эти услуги.

Система контроля качества при обязательном медицинском страховании определяется соглашением сторон, при ведущей роли государственных органов управления, а при добровольном медицинском страховании устанавливается договором.

Лицензирование и аккредитация медицинских учреждений в условиях медицинского страхования.

Лицензирование – это выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление им определенных видов деятельности и услуг. Статья 21 Закона РФ «О медицинском страховании...» регламентирует, что лицензирование проводят лицензионные комиссии, в состав которых входят представители органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций, медицинских учреждений, общественных организаций.

Лицензирование проводят лицензионные комиссии, создаваемые при местной организации.

В их состав входят представители:

1. Органов управления здравоохранением;
2. Профессиональных ассоциаций;
3. Медицинских учреждений;

4. Общественных организаций.

Аккредитация медицинских учреждений – определение их соответствия установленным профессиональным стандартам. Аккредитацию, согласно Закону, должны проводить аккредитационные комиссии, в состав которых входят:

- представители органов управления здравоохранением;
- представители профессиональных ассоциаций;
- представители страховых медицинских организаций.

Целью аккредитации является формирование конкурентоспособности медицинских учреждений (Лисицин Ю.П. с соавт., 1994). Предполагается, что медицинские учреждения, соответствующие более высоким стандартам, за свои услуги будут иметь более высокие тарифы.

Механизм проведения аккредитации ЛПУ заключается в выявлении его возможностей оказания медицинских услуг должного объема, качества и сложности. Поскольку речь идет о качестве структуры, при определении соответствия следует тщательно изучать:

1. Состояние медицинских кадров учреждения;
2. Организацию деятельности медицинского учреждения;
3. Материально-техническую базу;
4. Сервисные условия пребывания пациента.

Лицензированию и аккредитации подлежат все медицинские учреждения независимо от формы собственности. По окончании процедуры лицензирования медицинскому учреждению выдают лицензию, после прохождения аккредитации – сертификат.

Контрольные вопросы.

1. Что такое страхование? Перечислите виды страхования.
2. Дайте определение социального страхования. Что является целью социального страхования?
3. Что такое страховой риск и страховой случай? Какие вы знаете виды страховых рисков?
4. Какие условия должны быть соблюдены при получении страховых пособий?
5. Чем обусловлена необходимость введения в России медицинского страхования населения? Дайте определение медицинского страхования.
6. Периоды развития медицинского страхования в России. Больничные кассы, их функции.
7. Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР»: цель медицинского страхования, разделы Закона.
8. Понятие определение «объект медицинского страхования».
9. Субъекты медицинского страхования.
10. Прямые и косвенные субъекты медицинского страхования.
11. Добровольное медицинское страхование.

12. Основные отличия добровольного и обязательного медицинского страхования.
13. Лицензирование и аккредитация медицинских учреждений в условиях медицинского страхования.

Глава 31. Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью.

В целях обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи Правительство РФ 11 сентября 1998 года утверждает Программу государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью.

Программа ежегодно пересматривается и определяет виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно. Финансирование Программы осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений.

Программа состоит из 6 разделов, включающих в себя перечень видов медицинской помощи, предоставляемых населению бесплатно, базовую программу ОМС, объемы медицинской помощи, порядок формирования подушевых нормативов финансирования здравоохранения, обеспечивающих предоставление гарантированных объемов медицинской помощи.

Раздел I. Общие положения.

Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью (далее именуется - Программа) определяет виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно. Финансирование Программы осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, средств обязательного медицинского страхования и других поступлений.

Программа включает в себя перечень видов медицинской помощи, предоставляемых населению бесплатно, базовую программу обязательного медицинского страхования, объемы медицинской помощи, порядок формирования подушевых нормативов финансирования здравоохранения, обеспечивающих предоставление гарантированных объемов медицинской помощи.

Программа, разработана исходя из нормативов объемов медицинской помощи, которые являются основой для формирования расходов на здравоохранение в бюджетах всех уровней и в соответствующих бюджетах фондов обязательного медицинского страхования. Программа пересматривается ежегодно.

На основе Программы и методических рекомендаций по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, утверждаемых Министерством здравоохранения

Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования по согласованию с Министерством финансов Российской Федерации (далее именуются – методические рекомендации), органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, которые могут предусматривать предоставление дополнительных объемов и видов медицинской помощи за счет средств субъектов Российской Федерации.

Раздел II. Перечень видов медицинской помощи.

Гражданам Российской Федерации в рамках Программы бесплатно предоставляются:

а) скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах;

б) амбулаторно-поликлиническая помощь, включая проведение мероприятий по профилактике (в том числе диспансерному наблюдению), диагностике и лечению заболеваний как в поликлинике, так и на дому;

в) стационарная помощь:

- при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения, изоляции по эпидемиологическим показаниям;

- при патологии беременности, родах и абортах;

- при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, требующей круглосуточного медицинского наблюдения.

При оказании скорой медицинской и стационарной помощи осуществляется бесплатная лекарственная помощь в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Условия и порядок предоставления медицинской помощи населению определяются Министерством здравоохранения Российской Федерации по согласованию с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Раздел III. Базовая программа обязательного медицинского страхования.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации (далее именуется – Базовая программа) предоставляется амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь в учреждениях здравоохранения независимо от их организационно-правовой формы при инфекционных и паразитарных заболеваниях (за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза и синдрома приобретенного иммунодефицита), при новообразованиях, болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ, болезнях нервной системы, болезнях крови, кроветворных органов и отдельных нарушениях, вовлекающих иммунный механизм, болезнях глаза и его придаточного аппарата, болезнях уха и сосцевидного отростка, болезнях системы кровооб-

ращения, болезнях органов дыхания, болезнях органов пищеварения, болезнях мочеполовой системы, болезнях кожи и подкожной клетчатки, болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани, заболеваниях зубов и полости рта, при беременности, родах и в послеродовом периоде, включая аборт, при травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин, врожденных аномалиях (пороках развития), деформациях и хромосомных нарушениях у взрослых.

Базовая программа осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

Отношения субъектов (участников) обязательного медицинского страхования регулируются законодательством Российской Федерации.

Базовая программа реализуется на основе договоров, заключаемых между субъектами (участниками) обязательного медицинского страхования

Медицинская помощь в рамках базовой программы предоставляется гражданам на всей территории Российской Федерации в соответствии с договорами обязательного медицинского страхования.

На основе базовой программы органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации разрабатывают и утверждают территориальные программы обязательного медицинского страхования, в которых перечень видов медицинской помощи может быть расширен за счет средств субъектов Российской Федерации.

Раздел IV. Медицинская помощь, предоставляемая населению за счет бюджетов всех уровней.

Гражданам Российской Федерации на территории Российской Федерации предоставляется за счет средств:

а) федерального бюджета - медицинская помощь, оказываемая в федеральных медицинских учреждениях, в том числе дорогостоящие виды медицинской помощи, перечень которых утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

б) бюджетов субъектов Российской Федерации и муниципальных образований:

— скорая медицинская помощь, оказываемая станциями (отделениями, пунктами) скорой медицинской помощи;

— амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь, оказываемая в специализированных диспансерах, больницах (отделениях, кабинетах) при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, наркологических заболеваниях, при врожденных аномалиях (пороках развития), деформациях и хромосомных нарушениях у детей, отдельных состояниях, возникающих в перинатальном периоде, дорогостоящие виды медицинской помощи, перечень которых утверждается органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

За счет средств бюджетов всех уровней осуществляются льготное лекарственное обеспечение и протезирование (зубное, глазное, ушное), а также финансирование медицинской помощи, оказываемой фельдшерско-

акушерскими пунктами, хосписами, больницами сестринского ухода, лепрозориями, трахоматозными диспансерами, центрами по борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита, центрами медицинской профилактики, врачебно-физкультурными диспансерами, отделениями и центрами профпатологии, детскими санаториями, домами ребенка, бюро судебно-медицинской экспертизы и патологоанатомической экспертизы, центрами экстренной медицинской помощи, станциями, отделениями, кабинетами переливания крови, санитарной авиацией.

Раздел V. Объемы медицинской помощи.

Объемы медицинской помощи, предоставляемой населению субъекта Российской Федерации бесплатно, определяются исходя из нормативов объемов лечебно-профилактической помощи на 1000 человек.

Устанавливаются следующие нормативы:

1. Амбулаторно-поликлиническая помощь.

Показатель объемов амбулаторно-поликлинической помощи выражается в количестве посещений на 1000 человек и количестве дней лечения в дневных стационарах, стационарах дневного пребывания и стационарах на дому на 1000 человек.

Норматив посещений - 9198 посещений, в том числе по базовой программе - 8458 посещений.

Норматив количества дней лечения в дневных стационарах, стационарах дневного пребывания и стационарах на дому - 749 дней, в том числе по базовой программе - 619 дней.

2. Стационарная помощь.

Показатель объема стационарной помощи выражается в количестве койко-дней на 1000 человек.

Норматив объема стационарной помощи составляет 2812,5 койко-дня, в том числе по базовой программе - 1942,5 койко-дня.

3. Скорая медицинская помощь.

Показатель объема скорой медицинской помощи выражается в количестве вызовов на 1000 человек.

Норматив вызовов - 318 вызовов.

Нормирование объемов медицинской помощи производится в соответствии с методическими рекомендациями.

Раздел VI. Подушевые нормативы финансирования здравоохранения.

Подушевыми нормативами финансирования здравоохранения являются показатели, отражающие размеры средств на компенсацию затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчете на 1 человека.

Подушевые нормативы финансирования здравоохранения формируются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации исходя из определенных ими показателей стоимости медицинской помощи по видам ее оказания в соответствии с методическими рекомендациями.

Согласно постановлению Правительства от 24 июля 2001 г. № 550 в среднем по Российской Федерации при реализации Базовой программы обя-

зательного медицинского страхования устанавливается уровень госпитализации равный, 196,0 случаям на 1000 жителей; средняя длительность пребывания 1 больного в стационаре, равный 14,3 дня.

При расчетах нормативов по Российской Федерации было принято следующее соотношение взрослых и детей в структуре населения: 22% (коэффициент 0,22) - дети; 78% (коэффициент 0,78) - взрослые.

Распределение норматива койко-дней по уровням оказания медицинской помощи (клиническому, городскому, районному) проводится на основе критериев, принятых в системе лицензирования учреждений и распределения их по категориям, т.е. к клиническому уровню относятся учреждения областного, республиканского и федерального уровней с высокой степенью фондооснащенности и специализации медицинской помощи.

Нормативы объемов внебольничной медицинской помощи, оказываемой в рамках Базовой программы ОМС:

1. Дневные стационары.

Устанавливается показатель количества дней лечения в дневных стационарах, стационарах дневного пребывания на 1000 населения по ОМС Дс, равный 619 дням, по социально-значимым видам - 130.

2. Амбулаторно-поликлиническая помощь.

В нормативе учитывается помощь, оказываемая территориальными поликлиниками, стоматологическими поликлиниками, специализированными поликлиниками, специализированными диспансерами, диагностическими центрами.

При реализации Базовой программы устанавливается среднее число посещений из расчета по ОМС 8458 посещений на 1000 жителей в год, по социально-значимым - 740.

Программы ОМС должны соответствовать объему и качеству медицинской помощи, которая может быть гарантирована населению, а также материальными и финансовыми возможностями общества в сфере здравоохранения.

Медицинская помощь в рамках Базовой Программы обязательного медицинского страхования (далее Базовая Программа) предоставляется гражданам на всей территории Российской Федерации в соответствии с договорами обязательного медицинского страхования.

В соответствии с Программой государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью каждым субъектом РФ разрабатывается своя **Территориальная Программа (ТП)**. Причем перечень видов медицинской помощи по ТПОМС не может быть меньше установленного Базовой Программой ОМС, в то время как объем предоставляемой помощи может зависеть от особенностей структуры и уровня заболеваемости населения субъекта Российской Федерации.

Реализация территориальных программ усиливает роль субъектов РФ в решении вопросов охраны здоровья населения, способствует повышению эффективности использования ресурсов, реструктуризации сети ЛПУ, сба-

лансированных объемов медицинской помощи населению и имеющихся ресурсов здравоохранения, повышению прозрачности финансовых потоков.

Территориальная программа представляет собой пакет документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов, условий предоставления и финансирования государственных, муниципальных медицинских услуг, оказываемых населению за счет бюджетов всех уровней, средств обязательного медицинского страхования (далее ОМС), и других поступлений.

Цель разработки Территориальных Программ:

- создание единого механизма реализации конституционных прав граждан РФ по получению бесплатной медицинской помощи гарантированного объема и качества за счет всех источников финансирования;
- обеспечение сбалансированности обязательств государства по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи и выделяемых для этого финансовых средств;
- повышение эффективности использования имеющихся ресурсов здравоохранения.

Основные принципы формирования Территориальных Программ:

- обоснование потребности населения территории в медицинской помощи, исходя из особенностей демографического состава, уровней и структуры заболеваемости населения;
- обеспечение соответствия гарантируемых объемов медицинской помощи нормативам и стандартам оказания медицинской помощи, предусмотренным Программой;
- научное обоснование необходимых материальных и финансовых затрат на соответствующую единицу объема медицинской помощи;
- сбалансированность объемов, структуры гарантируемой медицинской помощи и необходимых для их реализации финансовых средств;
- обеспечение соответствия мощностей сети учреждений здравоохранения субъекта Российской Федерации и объема медицинской помощи вне территории проживания обоснованной потребности населения в медицинской помощи;
- повышение эффективности использования ресурсной базы здравоохранения за счет комплексного территориального планирования сети учреждений здравоохранения, внедрения ресурсосберегающих медицинских технологий, повышения эффективности деятельности медицинских учреждений.

В рамках Территориальной Программы обязательного медицинского страхования в лечебно-профилактических учреждениях независимо от их организационно-правовой формы предоставляется амбулаторно-поликлиническая, стационарная и стационарозамещающая (дневные стационары всех типов) медицинская помощь при:

- инфекционных и паразитарных болезнях (за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза и синдрома приобретенного иммунодефицита);
- новообразованиях;
- болезнях эндокринной системы;

- расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- болезнях нервной системы;
- болезнях крови, кроветворных органов и отдельных нарушениях, вовлекающих иммунный механизм;
- болезнях глаза и его придаточного аппарата;
- болезнях уха и сосцевидного отростка;
- болезнях системы кровообращения;
- болезнях органов дыхания;
- болезнях органов пищеварения;
- болезнях мочеполовой системы;
- болезнях кожи и подкожной клетчатки;
- заболеваниях зубов и полости рта;
- при беременности, родах и послеродовом периоде, включая аборты;
- при травмах, ожогах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин;
- врожденных аномалиях развития, деформациях и хромосомных нарушениях у взрослых;
- диспансерном наблюдении здоровых детей.

Финансирование медицинских учреждений в условиях ОМС, оказывающих медицинскую помощь при социально значимых заболеваниях (противотуберкулезные, психоневрологические, наркологические, кожно-венерические службы и т.д.), осуществляется из бюджета. Однако могут использоваться и дополнительные источники финансирования, в т.ч. средства предприятий по договорам на оказание сверхнормативных платных услуг и личные средства граждан при оказании оздоровительных и социальных услуг.

Так, в соответствии с постановлением Правительства РФ от 19 марта 2001 г. № 201 «Об утверждении перечней медицинских услуг и дорогостоящих видов лечения в медицинских учреждениях РФ, лекарственных средств, сумма оплаты которых за счет собственных средств налогоплательщика учитывается при определении суммы социального налогового вычета», утверждены:

1) перечень медицинских услуг в медицинских учреждениях РФ, предоставленных налогоплательщику, его супруге (супругу), его родителям и (или) детям в возрасте до 18 лет:

- по диагностике и лечению при оказании населению скорой медицинской помощи;
- по диагностике, профилактике, лечению и медицинской реабилитации при оказании населению амбулаторно-поликлинической медицинской помощи (в том числе в дневных стационарах и врачами общей (семейной) практики), включая проведение медицинской экспертизы;
- по диагностике, профилактике, лечению и медицинской реабилитации при оказании населению стационарной медицинской помощи (в том числе в дневных стационарах), включая проведение медицинской экспертизы;

- по диагностике, профилактике, лечению и медицинской реабилитации при оказании населению медицинской помощи в санаторно-курортных учреждениях;

- по санитарному просвещению, оказываемые населению;

2) перечень дорогостоящих видов лечения в медицинских учреждениях РФ:

- хирургическое лечение врожденных аномалий (пороков развития);
- хирургическое лечение тяжелых форм болезней системы кровообращения, включая операции с использованием аппаратов искусственного кровообращения, лазерных технологий, коронарной ангиографии;

- хирургическое лечение тяжелых форм болезней органов дыхания;
- хирургическое лечение тяжелых форм болезней и сочетанной патологии глаза и его придаточного аппарата, в том числе с использованием эндолазерных технологий;

- хирургическое лечение тяжелых форм болезней нервной системы, микронейрохирургические и эндовазальные вмешательства;

- хирургическое лечение осложненных форм болезней органов пищеварения;

- эндопротезирование и реконструктивно-восстановительные операции на суставах;

- трансплантация органов (комплекса органов), тканей и костного мозга;

- реплантация, имплантация протезов, металлических конструкций, электрокардиостимуляторов и электродов;

- реконструктивные, пластические и реконструктивно-пластические операции;

- терапевтическое лечение хромосомных нарушений и наследственных болезней;

- терапевтическое лечение злокачественных новообразований щитовидной железы и других эндокринных желез, в том числе с использованием протонной терапии;

- терапевтическое лечение острых воспалительных полиневропатий и осложнений миастении;

- терапевтическое лечение системных поражений соединительной ткани;

- терапевтическое лечение тяжелых форм болезней органов кровообращения, дыхания и пищеварения у детей;

- комбинированное лечение остеомиелита;

- комбинированное лечение болезней поджелудочной железы;

- комбинированное лечение злокачественных новообразований;

- комбинированное лечение наследственных нарушений свертываемости крови и апластических анемий;

- комбинированное лечение состояний, связанных с осложненным течением беременности, родов, послеродового периода;
- комбинированное лечение осложненных форм сахарного диабета;
- комбинированное лечение наследственных болезней;
- комбинированное лечение тяжелых форм болезней и сочетанной патологии глаза и его придаточного аппарата;
- комплексное лечение ожогов с площадью поражения поверхности тела 30% и более;
- виды лечения, связанные с использованием гемо- и перитонеального диализа;
- выхаживание недоношенных детей массой до 1,5 кг;

3) перечень лекарственных средств, назначенных врачом налогоплательщику и приобретенных им за счет собственных средств, размер стоимости которых учитывается при определении суммы социального налогового вычета.

Раздел 1. Анестетики и миорелаксанты:

- средства для наркоза;
- местные анестетики;
- миорелаксанты.

Раздел 2. Анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства, препараты для лечения ревматических заболеваний и подагры:

- наркотические анальгетики;
- ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства;
- средства для лечения подагры (аллопуринол);
- прочие средства (колхицин, пеницилламин).

Раздел 3. Средства, применяемые для лечения аллергических реакций:

- антигистаминные средства.

Раздел 4. Средства, влияющие на центральную нервную систему:

- противосудорожные средства;
- средства для лечения паркинсонизма;
- седативные и анксиолитические средства, средства для лечения психотических расстройств;
- антидепрессанты и средства нормотимического действия;
- средства для лечения нарушений сна (золпидем);
- средства для лечения рассеянного склероза;
- средства для лечения алкоголизма и наркомании (налоксон, налтрексон);
- антихолинэстеразные средства;
- прочие средства, влияющие на ЦНС (винпоцетин, гексобендин, нимодипин).

Раздел 5. Средства для профилактики и лечения инфекций:

- антибактериальные;

- противотуберкулезные средства;
- противовирусные средства;
- противогрибковые средства;
- противопротозойные и противомаларийные средства;
- прочие средства (бифидумбактерин);
- вакцины и сыворотки;
- тест системы для диагностики СПИДа.

Раздел 6. Противоопухолевые, иммунодепрессивные и сопутствующие средства:

- цитостатические средства;
- гормоны и антигормоны;
- сопутствующие средства (интерферон альфа, ленограстим, молграмостим, ондансетрион, филграстим).

Раздел 7. Средства для лечения остеопороза:

- стимуляторы остеобразования.

Раздел 8. Средства, влияющие на кровь:

- противоанемические средства;
- средства, влияющие на систему свертывания крови;
- растворы и плазмозаменители;
- препараты плазмы;
- гиполипидемические средства.

Раздел 9. Средства, влияющие на ССС:

- антиангинальные средства;
- противоаритмические средства;
- гипотензивные средства;
- средства для лечения сердечной недостаточности;
- вазопрессивные средства.

Раздел 10. Диагностические средства:

- рентгеноконтрастные средства;
- флюоресцирующие средства;
- радиоизотопные средства.

Раздел 11. Антисептики и средства для дезинфекции:

- антисептики (йод);
- средства для дезинфекции.

Раздел 12. Средства для лечения заболеваний ЖКТ:

- антациды и другие противоязвенные средства;
- спазмолитические средства;
- панкреатические ферменты (панкреатин);
- средства для лечения печеночной недостаточности (артишока ли-
стья экстрат, лактулоза);
- антиферменты (апротинин).

Раздел 13. Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему:

- половые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны;

- андрогены (метилтестостерон);
- эстрогены;
- инсулин и средства, используемые при сахарном диабете.

Раздел 14. Средства для лечения заболеваний почек и мочевыводящих путей:

- средства для лечения аденомы простаты;
- средства терапии при почечной недостаточности и пересадке органов;
- диуретики.

Раздел 15. Лекарственные средства, использующиеся при офтальмологических заболеваниях, не обозначенные в других разделах:

- противовоспалительные средства;
- миотические средства и средства для лечения глаукомы;
- стимуляторы регенерации и ретинопротектоы (эмоксипин).

Раздел 16. Средства, влияющие на матку:

- гормональные средства, влияющие на мускулатуру матки;
- прочие средства, влияющие на мускулатуру матки.

Раздел 17. Средства, влияющие на органы дыхания:

- противоастматические средства;
- прочие препараты для лечения заболеваний органов дыхания, не обозначенные в других разделах (ацетилцистеин).

Раздел 18. Растворы, электролиты, средства коррекции кислотного равновесия, средства питания:

- питательные смеси (лофеналак, фенил-фри);
- электролиты, средства коррекции кислотного равновесия.

Раздел 19. Витамины и минералы:

- витамины (менадион, тиамин).

Для реализации постановления Правительства РФ от 19.03.2001 за № 201 необходимо получение налогоплательщиком справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ и наличие финансовых документов, подтверждающих расходы, произведенные за счет личных средств (кассовых чеков, квитанций к приходным кассовым ордерам или иных платежных документов установленной формы). Оформление и выдача справок осуществляется всеми медицинскими учреждениями (организациями) РФ, независимо от организационно-правовой формы и ведомственной принадлежности при наличии у них лицензии на осуществление медицинской деятельности, включающую предоставление медицинских услуг и дорогостоящих видов лечения, поименованных в постановлении Правительства РФ от 19.03.2001 г.

Организация оказания высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи, согласно совместному приказу МЗ РФ и РАМН от 20 февраля 2002 года № 50/14, производится в учреждениях здравоохранения федерального подчинения, что связано с рациональным использованием бюджетных средств, выделяемых на эти цели.

Контрольные вопросы.

1. Когда и кем была утверждена Программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью и как часто она пересматривается?
2. Разделы Программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью.
3. Перечислите, какие виды медицинской помощи в рамках Программы предоставляются гражданам РФ бесплатно.
4. Базовая программа обязательного медицинского страхования.
5. Объемы медицинской помощи, предоставляемые населению РФ бесплатно. Исходя из каких нормативов эти объемы определяются?
6. Уровень госпитализации, средняя длительность пребывания 1 больного в стационаре, нормативы объемов внебольничной медицинской помощи, обусловленной Базовой Программой ОМС.
7. Основные принципы формирования Территориальных Программ. При каких нозологических формах предоставляется бесплатная медицинская помощь населению в рамках ТП? Может ли быть перечень видов медицинской помощи по ТП ОМС меньше установленного Базовой Программой ОМС?
8. Перечень медицинских услуг и дорогостоящих видов лечения в медицинских учреждениях РФ, суммы оплаты которых за счет собственных средств налогоплательщика учитываются при определении суммы социального налогового вычета, утвержденных постановлением Правительства РФ № 201 от 19.03.2000 г.
9. Перечень лекарственных средств, назначаемых врачом налогоплательщику и приобретаемых им за счет собственных средств.
10. Какими медицинскими учреждениями осуществляется оформление и выдача справок об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы РФ, подтверждающих расходы, произведенные за счет личных средств налогоплательщика? Какие финансовые документы должны быть приложены к справке?

Глава 32. Санитарно-эпидемиологическая служба, её место и роль в профилактике заболеваний.

ОРГАНИЗАЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Цели

Студент должен

Знать:

- структуру и основные функции госсанэпидслужбы;
- структуру и задачи центров госсанэпиднадзора;

- учетно-отчетную документацию, основные показатели деятельности ЦГСЭН;

- организацию деятельности центров госсанэпиднадзора;

- формы взаимодействия учреждений государственной санитарно-эпидемиологической службы с лечебно-профилактическими учреждениями, органами местного самоуправления, предприятиями, учреждениями, организациями и общественными объединениями;

- определение, основные задачи, виды профилактики и показатели оценки ее эффективности;

- основные принципы, формы, методы и средства гигиенического обучения и воспитания населения;

- правовые основы деятельности государственной санитарно-эпидемиологической службы, индивидуальные акты управления и требования к их оформлению.

Уметь:

- определять место и роль медицинских учреждений и врачей в решении вопросов организации и обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия;

- решать задачи по определению действий должностных лиц госсанэпидслужбы и выбору индивидуальных актов управления в конкретных санитарно-эпидемиологических ситуациях;

- обосновать актуальность профилактики на современном этапе;

- выбрать методы и средства гигиенического обучения и воспитания в зависимости от конкретной ситуации.

- применять полученные знания при обучении на профильных кафедрах и во время прохождения производственной практики.

Профилактическая направленность, как один из основополагающих принципов здравоохранения, реализуется в деятельности ЛПУ и является ведущим в работе учреждений государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Эта направленность определяет особую роль государственной санитарно-эпидемиологической службы в организации и проведении широкого комплекса профилактических мероприятий. Учреждения госсанэпидслужбы играют важную роль в обеспечении здоровья населения путем непосредственного участия в создании благоприятных условий среды обитания. В числе задач, принятых ВОЗ по реализации программы «Здоровье-21: здоровье для всех в 21 столетии», к компетенции санитарно-эпидемиологической службы относятся:

1. Сокращение распространенности инфекционных заболеваний.
2. Политика в области окружающей среды и охраны здоровья.
3. Обеспечение качества воды.

Схема 2.



4. Обеспечение качества воздуха.
5. Обеспечение качества и безопасности продуктов питания.
6. Удаление отходов и борьба с загрязнением почвы.
7. Экология человека и населенных пунктов.
8. Здоровье работающих.

Указанное свидетельствует, что госсанэпидслужба является ведущей в системе обеспечения здоровья населения, а деятельность ее учреждений во многом определяет уровень и качество профилактической работы.

Органы и учреждения госсанэпидслужбы в РФ составляют единую систему санитарно-эпидемиологического надзора с подчинением нижестоящих учреждений вышестоящим (схема 2).

Достижение *санитарно-эпидемиологического благополучия*, под которым понимается такое состояние общественного здоровья и среды обитания людей, при котором отсутствует опасное и вредное влияние ее факторов на организм человека, и имеются благоприятные условия для его жизнедеятельности, в существенной степени обеспечивается за счет проведения предупредительного и текущего санитарного надзора органами и учреждениями санэпидслужбы (табл. 42).

Таблица 42

Виды санитарного надзора

Предупредительный	Текущий
Выбор места строительства	Обеспечение санитарно-гигиенических требований при выработке правил внутреннего распорядка
Санитарно-гигиеническая экспертиза	Периодическое посещение объекта санитарными врачами и их помощниками
Санитарно-гигиеническая оценка и выработка требования к технологическому процессу	Наблюдение за состоянием здоровья населения (организация профилактических осмотров)
Контроль за строительством	Проведение контрольно-лабораторных исследований

Прием вновь вводимых в эксплуатацию объектов строительства	Разработка заданий и предложений по устранению санитарных недостатков и улучшению санитарного состояния объекта
Санитарно-гигиеническая экспертиза новых видов продукции	Применение санкций (дисциплинарные взыскания, штрафы, изъятия продуктов, лекарственных средств, приостановка работы объекта или цеха, отстранение от работы и т.д.)
	Организация санитарно-просветительной и массовой работы с санитарной общественностью и населением, санитарно-технического обучения

Исходя из сложившейся санэпидситуации в РФ, основными направлениями деятельности учреждений госсанэпидслужбы и гигиенической науки являются:

1. Обеспечение государственного регулирования деятельности, направленной на стабилизацию санэпидобстановки в стране, предотвращение влияния неблагоприятных факторов среды обитания на здоровье населения;

2. Реализация мероприятий, предусмотренных федеральными и региональными целевыми программами обеспечения санэпидблагополучия населения;

3. Дальнейшее укрепление и совершенствование законодательной базы, относящейся к вопросам санэпидблагополучия населения;

4. Повышение действенности надзора за состоянием источников водоснабжения, водных рекреационных объектов, а также качеством питьевой воды;

5. Обеспечение надзора за безопасностью продуктов питания, разработка оптимальных рационов и схем питания с биологически активными добавками, витаминно-минеральными и белковыми комплексами для индивидуального питания, в первую очередь, детского населения;

6. Совершенствование нормативной базы, регламентирующей качество и безопасность пищевой продукции;

7. Участие в аттестации и сертификации рабочих мест и производств;

8. Осуществление надзора за состоянием школьных зданий, школьного оборудования, мебели, соответствием учебников и наглядных пособий гигиеническим нормативам;

9. Участие в работе по заключению соглашений о разграничении полномочий между Правительством РФ и субъектами РФ по вопросам обеспечения санэпидблагополучия населения;

10. Более широкое использование госсанэпидслужбой своих прав в части использования санкций.

Основными учреждениями госсанэпидслужбы являются ЦГСЭН (центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора). Целью деятельности органов, предприятий и учреждений госсанэпидслужбы РФ в современных условиях является обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения, предупреждение, выявление и ликвидация опасного и вредного влияния среды обитания человека на его здоровье. Для достиже-

ния этой цели за учреждениями госсанэпидслужбы и, в частности, ЦГСЭН, закреплены важнейшие функции, включающие в себя:

1. Наблюдение, оценку и прогнозирование состояния здоровья населения в связи с состоянием среды обитания человека (социально-гигиенический мониторинг);

2. Выявление и установление причин, факторов и условий возникновения и распространения инфекционных, паразитарных, профессиональных заболеваний, пищевых отравлений, а также других массовых заболеваний людей, связанных с воздействием неблагоприятных факторов среды обитания человека, путем проведения специальных санитарно-эпидемиологических исследований - установление причинно-следственных связей между состоянием здоровья и средой обитания человека;

3. Принятие в пределах своей компетенции обязательных для выполнения органами государственной власти субъектов РФ, органами государственной власти субъектов Федерации и органами местного самоуправления, общественными объединениями, предприятиями, организациями, учреждениями и иными хозяйствующими субъектами независимо от их подчиненности и форм собственности, должностными лицами и гражданами решений по проведению гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

4. Контроль за выполнением гигиенических и противоэпидемических мероприятий, санитарных правил, норм и гигиенических нормативов; выдача по их результатам заключения в форме гигиенического сертификата

5. Применение мер административного принуждения при выявлении санитарных правонарушений, а также передача дел о привлечении лиц, совершивших такие правонарушения, к дисциплинарной и уголовной ответственности;

6. Ведение государственного учета инфекционных, паразитарных, профессиональных заболеваний, пищевых отравлений, других заболеваний и отравлений людей, связанных с воздействием неблагоприятных факторов среды обитания человека, на основании регистрации случаев таких заболеваний в учреждениях здравоохранения и результатов санитарно-эпидемиологических исследований, а также данных, характеризующих санитарно-эпидемиологическую обстановку.

В сумме указанные функции составляют государственный санитарно-эпидемиологический надзор - ведущий механизм деятельности ЦГСЭН для достижения основной цели - обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия.

Органы и учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы составляют единую систему 3 уровней.

К учреждениям 1-го уровня относятся:

– центры Госсанэпиднадзора в сельских районах, межрайонные (зональные) центры Госсанэпиднадзора;

– центры Госсанэпиднадзора в городских районах (округах) и межрайонные (зональные) центры Госсанэпиднадзора в городах с районным делением;

– центры Госсанэпиднадзора в городах с районным делением; не имеющих районных центров Госсанэпиднадзора; зональные центры Госсанэпиднадзора на транспорте.

Объединяющей функцией учреждений первого уровня является непосредственное осуществление Госсанэпиднадзора на территории своей деятельности.

С учетом содержания Госсанэпиднадзора как деятельности органов и санитарно-профилактических учреждений, направленной на профилактику заболеваний населения путем предупреждения, обнаружения и пресечения нарушений санитарного законодательства России, *учреждения 1-го уровня выполняют следующие основные функции:*

1. Сбор, обработка и анализ информации о состоянии здоровья населения и уровня воздействия неблагоприятных факторов среды обитания;
2. Контроль за проведением гигиенических и противоэпидемических мероприятий, соблюдением действующих санитарных правил предприятиями, организациями и гражданами;
3. Административно-хозяйственное обеспечение деятельности Госсанэпиднадзора.

К учреждениям 2-го уровня относятся центры Госсанэпиднадзора, находящиеся в республиках, краях, областях, городах федерального подчинения, автономной области, автономных округах, регионах на транспорте (водном и воздушном).

Ведущей функцией учреждений 2-го уровня является организация Госсанэпиднадзора на территории республики, края, области, округа, региона на транспорте. В их задачу входят организация санитарно-эпидемиологической службы на территории своей деятельности, обеспечение единообразия в ведении Госсанэпиднадзора, обеспечение хозяйственно-финансовой деятельности, контроль за эффективностью и качеством работы подчиненных учреждений. Кроме того, учреждения данного уровня управления могут выполнять ряд функций учреждений 1-го уровня - лабораторные и инструментальные исследования, отдельные виды надзора и его элементы - контроль за источниками ионизирующего излучения, отдельные виды предупредительного санитарного надзора и т.п.

Центры Госсанэпиднадзора 2-го уровня выполняют функции госсанэпиднадзора более высокого порядка, анализируя информацию о состоянии здоровья, среде обитания, выявляя влияние отдельных факторов и их комплексов на здоровье, обеспечивая социально-гигиенический мониторинг, лабораторный контроль, организацию и поддержание в рабочем состоянии информационных систем и сетей, организацию и ведение систем аккредитации, лицензирования и т.д. Для всех указанных видов деятельности ведущим является организация и контроль за единым функционированием имеющихся систем и подсистем.

На 3-ем уровне осуществляется руководство государственной санитарно-эпидемиологической службой РФ, организация госсанэпиднадзора в стра-

не. С августа 1996 г. эти задачи возложены на Минздрав РФ и его подразделение - Департамент госсанэпиднадзора.

Основными функциями Минздрава РФ в области управления государственной санитарно-эпидемиологической службой являются:

1. Организация и осуществление госсанэпиднадзора;
2. Управление деятельностью государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ;
3. Координация деятельности санитарно-эпидемиологических служб министерств и ведомств, органов исполнительной власти субъектов РФ, хозяйствующих субъектов по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
4. Санитарно-эпидемиологическое нормирование;
5. Определение приоритетных направлений деятельности, организация научно-исследовательских работ, связанных с обеспечением санитарно-эпидемиологического благополучия населения и др.

Таким образом, государственная санитарно-эпидемиологическая служба на современном этапе имеет трехуровневую систему управления. Каждый уровень представлен центрами Госсанэпиднадзора, выполняющими однородные функции на территории своей деятельности, повторяющей административное деление (федеральный, региональный, местный уровень), либо на экстерриториальном уровне - центры Госсанэпиднадзора на транспорте. Управление по вертикали обеспечивается единой системой финансирования, назначения и освобождения руководителей, определения объема и характера выполняемой работы, контроля за деятельностью.

В центрах Госсанэпиднадзора, расположенных в сельских районах с численностью населения до 60 тыс., имеющих в своем составе 1-2 врачей и 6-8 помощников, наиболее целесообразным является иметь отделение Госсанэпиднадзора; отделение лабораторного контроля. Указанные подразделения должны выполнять функции, предусмотренные Положением о государственной санитарно-эпидемиологической службе РФ применительно к конкретному учреждению данного уровня управления.

В центрах Госсанэпиднадзора, расположенных в сельских районах с населением более 60 тыс., в районах городов, в городах без районного деления, в городах с районным делением, не имеющих таких центров в районах и в структуре межрайонных (зональных) центров Госсанэпиднадзора, целесообразно иметь один отдел (отделение) Госсанэпиднадзора, который при наличии достаточного количества специалистов может включать подразделения: эпидемиологическое, гигиены питания, гигиены труда, гигиены детей и подростков, коммунальной гигиены, санитарно-контрольное, другие подразделения; отдел лабораторного контроля с санитарно-химическим и микробиологическим отделениями.

В структуре учреждений 2-го уровня необходимо предусмотреть следующие блоки (направления) деятельности:

Информационно-аналитический блок, включающий в себя:

1. Социально-гигиенический отдел с отделениями изучения здоровья населения, программно-аппаратного обеспечения;

2. Отдел организации госсанэпидслужбы с отделениями организации и планирования деятельности службы, подготовки и использования кадров, метрологии и стандартизации, гигиенического образования с пресс-центром.

Блок организации Госсанэпиднадзора, состоящий из:

1. Отдела организации Госсанэпиднадзора с отделениями: эпидемиологическим, гигиены питания, гигиены труда, гигиены детей и подростков, коммунальной гигиены, санитарно-карантинным, радиационной гигиены, другими подразделениями;

2. Отдел организации лабораторного контроля с лабораториями санитарно-химической, микробиологической, физических факторов.

В состав учреждений данного уровня управления должны быть также включены подразделения, непосредственно обеспечивающие деятельность учреждений: общий отдел, бухгалтерия, планово-экономический отдел, транспортный отдел, отдел материально-технического обеспечения и строительства и др.

Если центр Госсанэпиднадзора 2-го уровня управления выполняет непосредственно функции Госсанэпиднадзора по каким-либо из его разделов (т.е. функции 1-го уровня), в его структуре следует создавать соответствующие подразделения - отдел радиационной гигиены, отдел предупредительного санитарного надзора и пр.

Одним из важнейших направлений деятельности госсанэпидслужбы являются организация, проведение и контроль за осуществлением текущей и профилактической дезинфекции.

Дезинфекцию проводят учреждения дезинфекционного профиля – дезинфекционные станции и государственные унитарные предприятия дезинфекционного профиля. С 1991 по 1999 г. их число изменилось незначительно - с 80 до 70. В 1994-1996 г. большинство дезинфекционных станций преобразовано в государственные унитарные предприятия дезинфекционного профиля. Это самостоятельные коммерческие организации, учреждаемые центрами Госсанэпиднадзора в субъектах РФ и работающие под их руководством и контролем. Эти учреждения проводят профилактические дезинфекционные мероприятия - дезинфекцию, дезинсекцию, дератизацию, как по заявкам предприятий, так и для населения.

Предупреждением возникновения и распространения особо опасных инфекционных заболеваний - чумы, холеры, сибирской язвы занимаются противочумные станции. Их число и дислокация соответствуют в основном ареалам наиболее вероятного возникновения особо опасных инфекционных заболеваний. Противочумные станции наблюдают за циркуляцией возбудителей особо опасных инфекционных заболеваний в природных очагах, участвуют в неотложных мероприятиях при появлении случаев особо опасных заболеваний людей, проводят специальные противоэпидемические мероприятия в зонах чрезвычайных ситуаций, готовят специалистов по вопросам эпи-

демиологии и лабораторной диагностики особо опасных инфекционных заболеваний и др.

Контрольные вопросы.

1. Определение понятия «достижение санэпидблагополучия населения».
2. Структура санэпиднадзора в РФ.
3. Задачи ВОЗ относящиеся к компетенции санэпидслужбы включенные в программу «Здоровье – 21».
4. Виды и объемы санитарного надзора.
5. Основные направления деятельности учреждений госсанэпидслужбы.
6. Цель деятельности госсанэпидслужбы.
7. Функции ЦГСЭН.
8. Учреждения госсанэпидслужбы 1-го уровня, их функции.
9. Учреждения госсанэпидслужбы 2-го уровня, их функции.
10. Учреждения госсанэпидслужбы 3-го уровня, их функции.
11. Особенности центров ГСЭН сельской местности.
12. Организация работы учреждений дезинфекционного профиля.

Глава 33. Правовые основы деятельности санитарно-эпидемиологической службы.

За длительный период существования структура и функции санитарно-эпидемиологической службы неоднократно изменялись параллельно с изменениями экономики и социальной сферы страны. Процесс создания специализированных учреждений санитарно-эпидемиологической службы начался в 1922 году с издания Декрета Совета Народных Комиссаров РСФСР «О санитарных органах республики» (15 сентября 1922 года). В этом же году была создана первая в стране санэпидстанция в г. Гомеле (ныне – республика Беларусь). Принятое спустя 5 лет Постановление Совета Народных Комиссаров РСФСР, утвердившее «Положение о санитарных органах республики» (8 октября 1927 года), положило начало росту числа санэпидстанций. К основным задачам этих учреждений того периода относились: санитарная охрана населенных мест, воздуха, почвы, жилищ, мест общего пользования, продуктов питания, организация мер по борьбе с заразными болезнями, охрана здоровья детей и подростков, участие в санитарной охране труда, физической культуры и др.

В 1933 году произошло разделение функций санэпидслужбы – была образована Всесоюзная государственная санитарная инспекция при сохране-

нии санэпидстанций. На инспекцию был возложен исключительно предупредительный санитарный надзор, а на санэпидстанции – осуществление всего комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий на территории своей деятельности. В послевоенный период проводились меры по укреплению санитарно-эпидемиологической службы, уточнению ее функций, расширению полномочий в области охраны здоровья.

В 1956-1957 гг. была проведена ликвидация в сельских районах санэпидстанций и создание вместо них санэпидотделов (отделений) в составе районных больниц. Однако ожидаемого улучшения профилактической работы не произошло, и к 29 октября 1963 года принимается Постановление Совета Министров СССР «О государственном санитарном надзоре в СССР». Этим документом были восстановлены прежняя структура и функции государственной санитарной службы, созданы правовые и организационные основы ее развития, но восстановить организационные и кадровые потери предыдущего периода, удалось лишь спустя десятилетия.

Кардинальные политические, экономические и социальные изменения, произошедшие в нашей стране в начале 90-х годов, активизировали усилия руководителей и специалистов госсанэпидслужбы по совершенствованию ее организационного построения, определению и законодательному закреплению места службы в системе здравоохранения. Итогом этой работы стало принятие 19 апреля 1991 года Закона РСФСР «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». С принятием указанного Закона, а также Постановления РФ от 5 июня 1994 года № 625 «Об утверждении Положения о Государственной санитарно-эпидемиологической службе и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании» впервые в отечественной истории на законодательном уровне было введено регулирование общественных отношений в сфере обеспечения санэпидблагополучия населения.

В настоящее время нормативную базу деятельности по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, а также по организации и ведению государственного санэпиднадзора составляют Федеральный Закон РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (принят в марте 1999 года), Постановление Правительства РФ от 25 июня 1994 года № 625 «Об утверждении Положения о Государственной санитарно-эпидемиологической службе РФ и Положении о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании», а также ряд других нормативных актов (ГОСТы, перечень предельно допустимых концентраций /ПДК/ и ориентировочно допустимых количеств /ОДК/ химических веществ в почве, положение о социально-гигиеническом мониторинге, СанПиНы, различные инструкции и пр.).

Федеральный Закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» состоит из 8 глав и включает в себя 60 статей:

Глава I. Основные положения (статьи 1-7):

Статья 1 – основные понятия;

Статья 2 – обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

Статья 3 – Законодательство РФ в области обеспечения санэпидблагополучия населения;

Статья 4 – отношения, регулируемые настоящим Федеральным законом;

Статья 5 – полномочия РФ в области обеспечения санэпидблагополучия населения;

Статья 6 – полномочия субъектов РФ в области обеспечения санэпидблагополучия населения;

Статья 7 – полномочия органов местного самоуправления в области обеспечения санэпидблагополучия населения.

Глава II. Права и обязанности граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц в области обеспечения санэпидблагополучия населения (статьи 8-11).

Глава III. Санитарно-эпидемиологические требования обеспечения безопасности среды обитания для здоровья человека (статьи 12-28).

Глава IV. Санитарно-эпидемиологические (профилактические) мероприятия (статьи 29-36).

Глава V. Государственное регулирование в области обеспечения санэпидблагополучия населения (статьи 37-45).

Глава VI. Государственная санитарно-эпидемиологическая служба РФ (статьи 46-54).

Глава VII. Ответственность за нарушение санитарного законодательства (статьи 55-57).

Глава VIII. Заключительные положения (статьи 58-60).

В соответствии с Федеральным законом (статья 1), под **санитарно-эпидемиологическим благополучием населения** понимается такое состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности.

Под **средой обитания** человека понимается совокупность объектов, явлений и факторов окружающей (природной и искусственной) среды, определяющая условия жизнедеятельности человека.

В понятие «**факторы среды обитания**» входят биологические (вирусные, бактериальные, паразитарные и иные), химические, физические (шум, вибрация, ультразвук, инфразвук, тепловые, ионизирующие, неионизирующие и иные излучения), социальные (питание, водоснабжение, условия быта, труда, отдыха) и иные факторы среды обитания, которые оказывают или могут оказывать воздействия на человека и (или) на состояние здоровья будущих поколений.

Безопасные условия жизнедеятельности человека определяются **гигиеническими нормативами** – установленные исследованиями допустимые максимальные и минимальные количественные и (или) качественные значения показателей, характеризующих тот или иной фактор среды обитания с позиций его безопасности для человека.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения РФ обеспечивается системой государственного и ведомственного санитарно-эпидемиологического надзора, а также производственного и общественного контроля (статья 2).

Федеральным законом (глава VI) установлено, что органы и учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы страны составляют единую систему, возглавляемую федеральным органом исполнительной власти, уполномоченный осуществлять государственный санэпиднадзор в РФ с подчинением нижестоящих учреждений вышестоящим.

Организацию деятельности системы государственной санэпидслужбы РФ осуществляет Главный государственный санитарный врач РФ, а также главные государственные санитарные врачи субъектов РФ, городов, районов, на транспорте (водном, воздушном), главные государственные санитарные врачи федеральных органов исполнительной власти, указанных в пункте 2 статьи 46 Федерального закона.

Весьма важным в правовом отношении является то, что Федеральным законом (статья 49) установлено, что главные государственные санитарные врачи, другие должностные лица и специалисты государственной санэпидслужбы, осуществляющие государственный санэпиднадзор, являются представителями органов государственного управления и находятся под защитой государства. Они независимы в своей деятельности и руководствуются только действующим санитарным законодательством РФ.

Для выполнения задач в рамках государственного санэпиднадзора специалисты ЦГСЭН должны обладать определенными полномочиями. Статьи 50-52 Федерального закона определяют право должностным лицам (главные государственные врачи и их заместители, руководители структурных подразделений и их заместители, специалисты органов и учреждений) государственной санэпидслужбы страны:

1) получать от федеральных органов исполнительной власти, органов местного самоуправления, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц документированную информацию по вопросам обеспечения санэпидблагополучия населения;

2) проводить санитарно-эпидемиологическое расследование;

3) беспрепятственно посещать территории и помещения объектов, подлежащих государственному санэпиднадзору, в целях проверки соблюдения индивидуальными предпринимателями, лицами, осуществляющими управленческие функции в коммерческих или иных организациях и должностными лицами санитарного законодательства с выполнением на указанных объектах санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

4) посещать с согласия граждан их жилые помещения в целях обследования жилищных условий;

5) проводить отбор для исследований проб и образцов продукции, в том числе продовольственного сырья и пищевых продуктов;

б) проводить досмотр транспортных средств или перевозимых грузов, в том числе продовольственного сырья и пищевых продуктов, в целях установления соответствия транспортных средств и перевозимых ими грузов санитарным правилам;

7) проводить отбор для исследований проб воздуха, воды и почвы;

8) проводить измерения факторов среды обитания в целях установления соответствия таких факторов санитарным правилам;

9) составлять протокол о нарушении санитарного законодательства.

При выявлении нарушения санитарного законодательства, а также при угрозе возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) должностные лица, осуществляющие Госсанэпиднадзор, имеют право давать гражданам и юридическим лицам предписания, обязательные для исполнения ими в установленные сроки:

1) об устранении выявленных нарушений санитарных правил;

2) о прекращении реализации не соответствующих санитарным правилам или не имеющей санэпидзаключения продукции, в том числе продовольственного сырья и пищевых продуктов;

3) о проведении дополнительных санитарно-эпидемиологических (профилактических) мероприятий;

4) о проведении лабораторного обследования граждан, контактировавших с больными инфекционными заболеваниями и медицинского наблюдения за такими гражданами;

5) о выполнении работ по дезинфекции, дезинсекции и дератизации в очагах инфекционных заболеваний, а также на территориях, где имеются и сохраняются условия для возникновения или распространения инфекционных заболеваний.

Санитарным правонарушением признаётся посягающее на права граждан и интересы общества противоправное, виновное (умышленное или неосторожное) деяние (действие или бездействие), связанное с несоблюдением санитарного законодательства Российской Федерации, в том числе действующих санитарных правил, невыполнением гигиенических и противоэпидемических мероприятий, заключений, постановлений, распоряжений и предписаний должностных лиц органов и учреждений Госсанэпидслужбы РФ.

Санитарные органы обязаны оформлять свои действия распорядительного характера в виде письменных документов, относящихся к категории административно-правовых актов или индивидуальных актов управления. В этой форме санитарные органы выполняют функции, возложенные на них законом.

К индивидуальным актам управления относятся:

- акты, содержащие распоряжения, но без элементов принуждения (акты санитарного обследования, предписания, планы-задания и др.);

- акты административного принуждения (определение сроков исполнения и исполнителя, запрет на реализацию, отстранение от работы, запрет на финансирование или функционирование и др.);

- акты разрешительные (заключение на право функционирования, разрешение на выдачу сертификата и лицензии, прием объекта в эксплуатацию др.);

- акты юрисдикционные (по разрешению споров, заключение по жалобе, заключение комиссии арбитражного суда и др.).

Административно-правовые меры воздействия подразделяются на пресекаательно-предупредительные, предупредительные и меры административного взыскания.

Пресекаательно-предупредительные меры принуждения направлены на прекращение имеющихся санитарно-эпидемиологических нарушений с целью предотвращения еще более вредных последствий (запрещение использования токсических веществ, пестицидов, стимуляторов роста сельскохозяйственных растений и животных и др.).

К *предупредительным мерам* относятся:

- временное или постоянное отстранение от работы лиц, являющихся больными или бактерионосителями и могущих быть источниками распространения инфекционных болезней;

- проведение обязательной госпитализации инфекционных больных, представляющих опасность для окружающих;

- наложение карантина на лиц, находящихся в контакте с инфекционными больными;

- проведение обязательной дезинфекции предметов, находящихся в пользовании больного и представляющие опасность распространения инфекции, а также, помещений, где находился больной и окружающей территории;

- проведение профилактических прививок;

- обязательное прохождение медицинского осмотра лицам, занятыми на пищевых предприятиях, в детских коллективах и т.п.

Уклонение или отказ лица от проведения предупредительных мер служит основанием для применения других мер административного принуждения: пресекаательно-предупредительных (принудительная госпитализация, принудительное проведение прививок) и мер административных взысканий (штрафы за уклонение от профилактических прививок, осмотров и т.д.).

Основные положения Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ.

Кодекс состоит из пяти разделов и тридцати двух глав.

Раздел первый посвящен общим положениям, включающим четыре главы.

В главе первой, статьёй 1.2 определены задачи законодательства об административных правонарушениях.

Так, согласно этой статьи, задачами законодательства об административных правонарушениях являются защита личности, охрана прав и свобод человека и гражданина, охрана здоровья граждан, санитарно-эпидеми-

ологического благополучия населения, защита общественной нравственности, охрана окружающей среды, установленного порядка осуществления государственной власти, общественного порядка и общественной безопасности, собственности, защита законных экономических интересов физических и юридических лиц, общества и государства от административных правонарушений, а также предупреждение административных правонарушений.

Глава вторая посвящена определению административного правонарушения и административной ответственности.

Статья 2.1 дает определение административному правонарушению:

1. Административным правонарушением признаётся противоправное, виновное действие (бездействие) физического или юридического лица, за которое настоящим Кодексом или законами субъектов Российской Федерации об административных правонарушениях установлена административная ответственность.

2. Юридическое лицо признается виновным в совершении административного правонарушения, если будет установлено, что у него имелась возможность для соблюдения правил и норм, за нарушение которых настоящим Кодексом или законами субъекта РФ предусмотрена административная ответственность, но данным лицом не были приняты все зависящие от него меры по их соблюдению.

3. Назначение административного наказания юридическому лицу не освобождает от административной ответственности за данное правонарушение виновное физическое лицо, равно как и привлечение к административной или уголовной ответственности физического лица не освобождает от административной ответственности за данное правонарушение юридическое лицо.

Статья 2.2 определяет формы вины:

1. Административное правонарушение признается совершенным умышленно, если лицо, его совершившее, сознавало противоправный характер своего действия (бездействия), предвидело его вредные последствия и желало наступления таких последствий или сознательно их допускало либо относилось к ним безразлично.

2. Административное правонарушение признаётся совершённым по неосторожности, если лицо, его совершившее, предвидело возможность наступления вредных последствий своего действия (бездействия), но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на предотвращение таких последствий, хотя должно было и могло их предвидеть.

Статья 2.4 отображает административную ответственность должностных лиц

Административной ответственности подлежит должностное лицо в случае совершения им административного правонарушения в связи с неисполнением либо ненадлежащим исполнением своих служебных обязанностей.

ПРИМЕЧАНИЕ. Под должностным лицом в настоящем Кодексе следует понимать лицо, постоянно, временно или в соответствии со специальными

полномочиями осуществляющее функции представителя власти, то есть наделённое в установленном законом порядке распорядительными полномочиями в отношении лиц, не находящихся в служебной зависимости от него, а равно лицо, выполняющее организационно-распорядительные или административно-хозяйственные функции в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных организациях, а также в Вооружённых Силах Российской Федерации, других войсках и воинских формированиях Российской Федерации. Совершившие административные правонарушения в связи с выполнением организационно-хозяйственных функций руководители и другие работники иных организаций, а также лица, осуществляющие предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, несут административную ответственность как должностные лица, если законом не установлено иное.

Статья 2.5 рассматривает наложение административной ответственности военнослужащим и иным лицам, на которых распространяется действие дисциплинарных уставов.

Статья 2.6 определяет административную ответственность иностранных граждан, лиц без гражданства и иностранных юридических лиц.

1. Иностранцы граждане, лица без гражданства и иностранные юридические лица, совершившие на территории РФ административные правонарушения, подлежат административной ответственности на общих основаниях.

2. Вопрос об административной ответственности иностранного гражданина, пользующегося иммунитетом от административной юрисдикции РФ в соответствии с федеральными законами и международными договорами РФ и совершившего на территории РФ административное правонарушение, разрешается в соответствии с нормами международного права.

Статья 2.10 посвящена административной ответственности юридических лиц.

1. Юридические лица подлежат административной ответственности за совершение административных правонарушений в случаях, предусмотренных статьями раздела 2 настоящего Кодекса или законами субъектов РФ об административных правонарушениях.

2. В случае, если в статьях разделов 1, 3, 4, 5 настоящего Кодекса не указано, что установленные данными статьями нормы применяются только к физическому лицу или только к юридическому лицу, данные нормы в равной мере действуют в отношении и физического, и юридического лица, за исключением случаев, если по смыслу данные нормы относятся и могут быть применены только к физическому лицу.

3. При слиянии нескольких юридических лиц к административной ответственности за совершение административного правонарушения привлекается вновь возникшее юридическое лицо.

4. При присоединении юридического лица к другому юридическому лицу к административной ответственности за совершение административного правонарушения привлекается присоединившее юридическое лицо.

5. При разделении юридического лица или при выделении из состава юридического лица одного или нескольких юридических лиц к административной ответственности за совершение административного правонарушения привлекается то юридическое лицо, к которому согласно разделительному балансу перешли права и обязанности по заключенным сделкам или имуществу, в связи с которыми было совершено административное правонарушение.

6. При преобразовании юридического лица одного вида в юридическое лицо другого вида к административной ответственности за совершение административного правонарушения привлекается вновь возникшее юридическое лицо.

7. В случаях, указанных в частях 3 – 6 настоящей статьи, административная ответственность за совершение административного правонарушения наступает независимо от того, было ли известно привлекаемому к административной ответственности юридическому лицу о факте административного правонарушения до завершения реорганизации.

8. Административные наказания, назначенные в соответствии с пунктами 2 – 4 части 1 статьи 3.2 настоящего Кодекса юридическому лицу за совершение административного правонарушения до завершения реорганизации юридического лица, применяются с учетом положений частей 3 – 6 настоящей статьи.

Глава 3. Административное наказание

Статья 3.1. Цели административного наказания

1. Административное наказание является установленной государством мерой ответственности за совершение административного правонарушения и применяется в целях предупреждения совершения новых правонарушений как самим правонарушителем, так и другими лицами.

2. Административное наказание не может иметь своей целью унижение человеческого достоинства физического лица, совершившего административное правонарушение, или причинение ему физических страданий, а также нанесение вреда деловой репутации юридического лица.

Статья 3.2. Виды административных наказаний

1. За совершение административных правонарушений могут устанавливаться и применяться следующие административные наказания:

- 1) предупреждение;
- 2) административный штраф;
- 3) возмездное изъятие орудия совершения или предмета административного правонарушения;
- 4) конфискация орудия совершения или предмета административного правонарушения;
- 5) лишение специального права, предоставленного физическому лицу;
- 6) административный арест;
- 7) административное выдворение за пределы РФ иностранного гражданина или лица без гражданства;
- 8) дисквалификация.

9) В отношении юридического лица могут применяться административные наказания, перечисленные в пунктах 1-4 части 1 настоящей статьи.

10) Административные наказания, перечисленные в пунктах 3 – 8 части 1 настоящей статьи, устанавливаются только настоящим Кодексом.

Статья 3.3. Основные и дополнительные административные наказания

1. Предупреждение, административный штраф, лишение специального права, предоставленного физическому лицу, административный арест и дисквалификация могут устанавливаться и применяться только в качестве основных административных наказаний.

2. Возмездное изъятие орудия совершения или предмета административного правонарушения, конфискация орудия совершения или предмета административного правонарушения, а также административное выдворение за пределы РФ иностранного гражданина или лица без гражданства может устанавливаться и применяться в качестве как основного, так и дополнительного административного наказания.

3. За одно административное правонарушение может быть назначено основное либо основное и дополнительное административное наказание из наказаний, указанных в санкции применяемой статьи Особенной части настоящего Кодекса или закона субъекта РФ об административной ответственности.

Статья 3.4. Предупреждение

Предупреждение - мера административного наказания, выраженная в официальном порицании физического или юридического лица. Предупреждение выносится в письменной форме.

Статья 3.5. Административный штраф

1. Административный штраф является денежным взысканием и может выражаться в величине, кратной:

6) минимальному размеру оплаты труда (без учета районных коэффициентов), установленному федеральным законом на момент окончания или пресечения административного правонарушения (далее – минимальный размер оплаты труда);

7) стоимости предмета административного правонарушения на момент окончания или пресечения административного правонарушения;

8) сумме неуплаченных налогов, сборов, подлежащих уплате на момент окончания или пресечения административного правонарушения, либо сумме незаконной валютной операции.

2. Размер административного штрафа не может быть менее одной десятой минимального размера оплаты труда.

3. Размер административного штрафа, налагаемого на граждан и исчисляемого исходя из минимального размера оплаты труда, не может превышать двадцать пять минимальных размеров оплаты труда, на должностных лиц – пятьдесят минимальных размеров оплаты труда.

4. Размер административного штрафа, исчисляемого исходя из стоимости предмета административного правонарушения, а также исходя из суммы неуплаченных налогов, сборов, не может превышать трехкратный размер

стоимости соответствующего предмета, суммы неуплаченных налогов, сборов.

5. Сумма административного штрафа подлежит зачислению в бюджет в полном объеме в соответствии с законодательством РФ.

Глава 4. Назначение административного наказания.

Статья 4.1. Общие правила назначения административного наказания

1. Административное наказание за совершение административного правонарушения назначается в пределах, установленных законом, предусматривающим ответственность за данное административное правонарушение, в соответствии с настоящим Кодексом.

2. При назначении административного наказания физическому лицу учитываются характер совершенного им административного правонарушения, личность виновного, его имущественное положение, обстоятельства, смягчающие административную ответственность и обстоятельства, отягчающие административную ответственность.

3. При назначении административного наказания юридическому лицу учитываются характер совершенного им административного правонарушения, имущественное и финансовое положение юридического лица, обстоятельства, смягчающие административную ответственность и обстоятельства, отягчающие административную ответственность.

4. Назначение административного наказания не освобождает лицо от исполнения обязанности, за неисполнение которой административное наказание было назначено.

5. Никто не может нести административную ответственность дважды за одно и то же административное правонарушение.

Статья 4.2. Обстоятельства, смягчающие административную ответственность

1. Обстоятельствами, смягчающими административную ответственность, признаются:

9) раскаяние лица, совершившего административное правонарушение;

10) предотвращение лицом, совершившим административное правонарушение, вредных последствий административного правонарушения, добровольное возмещение причиненного ущерба или устранение причиненного вреда;

11) совершение административного правонарушения в состоянии сильного душевного волнения (аффекта) либо при стечении тяжелых личных или семейных обстоятельств;

12) совершение административного правонарушения несовершеннолетним;

13) совершение административного правонарушения беременной женщиной или женщиной, имеющей малолетнего ребёнка.

2. Судья, орган, должностное лицо, рассматривающие дело об административном правонарушении, могут признать смягчающими обстоятельства, не указанные в настоящем Кодексе или в законах субъектов РФ об административных правонарушениях.

Статья 4.3. Обстоятельства, отягчающие административную ответственность

1. Обстоятельствами, отягчающими административную ответственность, признаются:

1) продолжение противоправного поведения, несмотря на требование уполномоченных на то лиц прекратить его;

2) повторное совершение однородного административного правонарушения, если за совершение первого административного правонарушения лицо уже подвергалось административному наказанию, по которому не истёк срок, предусмотренный статьёй 4.6 настоящего Кодекса;

3) вовлечение несовершеннолетнего в совершение административного правонарушения;

4) совершение административного правонарушения группой лиц;

5) совершение административного правонарушения в условиях стихийного бедствия или других чрезвычайных обстоятельствах;

6) совершение административного правонарушения в состоянии опьянения.

Судья, орган, должностное лицо, назначающие административное наказание, в зависимости от характера совершенного административного правонарушения могут не признать данное обстоятельство отягчающим.

2. Обстоятельства, предусмотренные частью 1 настоящей статьи, не могут учитываться как отягчающие в случае, если указанные обстоятельства предусмотрены в качестве квалифицирующего признака административного правонарушения соответствующими нормами об административной ответственности за совершение административного правонарушения.

Статья 4.4. Назначение административных наказаний за совершение нескольких административных правонарушений

1. При совершении лицом двух и более административных правонарушений административное наказание назначается за каждое совершённое административное правонарушение.

2. Если лицо совершило несколько административных правонарушений, дела которых рассматриваются одним и тем же органом, должностным лицом, наказание назначается в пределах только одной санкции.

Статья 4.6. Срок, в течение которого лицо считается подвергнутым административному наказанию

Лицо, которому назначено административное наказание за совершение административного правонарушения, считается подвергнутым данному наказанию в течение одного года со дня окончания исполнения постановления о назначении административного наказания.

Раздел второй Кодекса – Особенная часть – состоит из 17 глав, где рассматриваются все административные правонарушения.

Так глава 5 рассматривает административные правонарушения, посягающие на права граждан (статьи 5.1 – 5.44).

Глава 6 – посвящена административным правонарушениям, посягающим на здоровье, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения и общественную нравственность

Статья 6.1. Соккрытие источника заражения ВИЧ-инфекцией, венерической болезнью и контактов, создающих опасность заражения.

Статья 6.2. Незаконное занятие частной медицинской практикой, частной фармацевтической деятельностью либо народной медициной (целительством).

Статья 6.3. Нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выразившееся в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, влечёт предупреждение или наложение административного штрафа на граждан в размере от одного до пяти минимальных размеров оплаты труда; на должностных лиц – от пяти до десяти минимальных размеров оплаты труда; на юридических лиц – от ста до двухсот минимальных размеров оплаты труда.

Статья 6.4. Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к эксплуатации жилых помещений и общественных помещений, зданий, сооружений и транспорта.

Статья 6.5. Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к питьевой воде

Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к питьевой воде и питьевому водоснабжению населения –

влечёт наложение административного штрафа на граждан в размере от десяти до пятнадцати минимальных размеров оплаты труда; на должностных лиц – от двадцати до тридцати минимальных размеров оплаты труда; на юридических лиц – от двухсот до трехсот минимальных размеров оплаты труда.

Статья 6.6. Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к организации питания населения

Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к организации питания населения в специально оборудованных местах (столовых, ресторанах, кафе, барах и других местах), в том числе при приготовлении пищи и напитков, их хранении и реализации населению, -

влечёт наложение административного штрафа на граждан в размере от десяти до пятнадцати минимальных размеров оплаты труда; на должностных лиц – от двадцати до тридцати минимальных размеров оплаты труда; на юридических лиц – от двухсот до трёхсот минимальных размеров оплаты труда.

Статья 6.7. Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к условиям воспитания и обучения

Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к условиям воспитания и обучения, к техническим, в том числе аудиовизуальным и

иным средствам воспитания и обучения, учебной мебели, а также к учебникам и иной издательской продукции –

влечёт наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от двадцати до тридцати минимальных размеров оплаты труда; на юридических лиц – от двухсот до трёхсот минимальных размеров оплаты труда.

Глава 8. Административные правонарушения в области охраны окружающей природной среды и природопользования. Данная глава содержит 40 статей:

Статья 8.1. Несоблюдение экологических требований при планировании, технико-экономическом обосновании проектов, проектировании, размещении, строительстве, реконструкции, вводе в эксплуатацию, эксплуатации предприятий, сооружений или иных объектов.

Статья 8.2. Несоблюдение экологических и санитарно-эпидемиологических требований при обращении с отходами производства и потребления или иными опасными веществами

Несоблюдение экологических и санитарно-эпидемиологических требований при сборе, складировании, использовании, сжигании, переработке, обезвреживании, транспортировке, захоронении и ином обращении с отходами производства и потребления или иными опасными веществами –

влечёт наложение административного штрафа от трёх до пяти минимальных размеров оплаты труда; на должностных лиц – от пяти до десяти минимальных размеров оплаты труда; на юридических лиц – от пятидесяти до ста минимальных размеров оплаты труда.

Статья 8.3. Нарушение правил обращения с пестицидами и агрохимикатами.

Статья 8.4. Нарушение законодательства об экологической экспертизе.

Статья 8.5. Соккрытие или искажение экологической информации.

Статья 8.6. Порча земель.

Статья 8.13. Нарушение правил охраны водных объектов.

Статья 8.14. Нарушение правил водопользования.

Статья 8.15. Нарушение правил эксплуатации водохозяйственных или водоохраных сооружений и устройств

Нарушение правил эксплуатации водохозяйственных или водоохраных сооружений и устройств –

влечёт наложение административного штрафа на граждан в размере от пяти до десяти минимальных размеров оплаты труда; на должностных лиц – от десяти до двадцати минимальных размеров оплаты труда; на юридических лиц – от ста до двухсот минимальных размеров оплаты труда.

Меры административного взыскания служат не только средством устранения санитарно-эпидемиологических нарушений, но и средством наказания нарушителей с целью недопущения таковых в будущем. За нарушение санитарно-противоэпидемических и санитарно-гигиенических норм предусмотрены административное взыскание в виде штрафа или передача дел в административные комиссии, органы прокуратуры и др.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения обеспечивается совместными усилиями органов власти и управления, хозяйствующих субъектов, общественных организаций и граждан. Госсанэпидслужба осуществляет координацию и надзор за проведением комплекса санитарно-гигиенических, противоэпидемических и оздоровительных мероприятий по охране здоровья населения и среды обитания человека. Цели, задачи и функции центров ГСЭН определяют необходимость широких контактов со всеми участниками этого процесса. Взаимодействующие с учреждениями Госсанэпиднадзора структуры условно можно разделить на следующие группы:

1. Органы власти (административные территории).

2. Надзорные и контрольные органы (ведомственная санэпидслужба, территориальные структуры Госкомитета, Министерства труда, Министерства внутренних дел, Прокуратуры России, Министерства сельского хозяйства, Госкомгидромета и др.).

3. Хозяйствующие субъекты всех форм собственности (промышленные предприятия, лечебно-профилактические учреждения, детские учреждения, предприятия общественного питания, торговли и др.).

4. Общественные организации и граждане (общественные движения, деятельность которых направлена на охрану здоровья населения и окружающей среды, профессиональные союзы, общества Красного Креста, благотворительные фонды и др.).

По вопросам охраны окружающей среды, проведения противоэпидемических мероприятий (прививочная работа, карантинные мероприятия и др.), предупреждения и лечения инфекционных заболеваний, строительства крупных дорогостоящих объектов и приема их в эксплуатацию, выбора водоисточника, отвода земельного участка, сброса сточных вод, захоронения токсических и радиоактивных отходов и др., ведомственные санитарные службы подчиняются органам Госсанэпиднадзора и отчитываются перед ними.

Таким образом, в Российской Федерации создана и активно функционирует государственная санитарно-эпидемиологическая служба, представляющая собой сеть специализированных учреждений здравоохранения, призванных решать одну из самых актуальных, социально-важных задач – охрана здоровья населения, обеспечение его санитарно-эпидемиологического благополучия.

Начиная с 1996 года деятельность госсанэпидслужбы возглавляет Департамент Госсанэпиднадзора Минздрава РФ.

Контрольные вопросы.

1. Создание специализированных учреждений санэпидслужбы на территории РСФСР и основные задачи этих учреждений того периода.

2. Работа по совершенствованию организационного построения санэпидслужбы в 1963–1994 гг.
3. Принятие «Федерального Закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (март 1999 г.); содержание глав этого закона.
4. Определение «Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения» данное в ст. 1 Закона. Определить, что такое «среда обитания человека» и что входит в понятие «факторы среды обитания».
5. Полномочия специалистов ЦГСЭН (ст. 50–52).
6. Административно-правовые меры воздействия, проводимые ГСЭН при выявлении нарушения санитарного законодательства.
7. Дайте определение понятию «санитарное правонарушение».
8. Перечислите виды юридической ответственности за нарушение санитарного законодательства.
9. Каковы правовые основы и порядок привлечения к дисциплинарной ответственности должностных лиц и работников?
10. Назовите нормативные акты, регламентирующие применение мер административной ответственности за санитарные правонарушения.
11. Дайте характеристику правового положения должностных лиц и специалистов госсанэпидслужбы.
12. Перечислите виды государственной защиты лиц, осуществляющих госсанэпиднадзор.
13. Взаимодействие учреждений Госсанэпиднадзора с органами власти и управления, хозяйствующих субъектов общественных организаций и гражданами.
14. *Задача.* Главным государственным санитарным врачом было вынесено постановление о приостановлении эксплуатации объекта надзора. Контрольная проверка показала, что постановление фактически не исполняется.

Превышены ли служебные полномочия должностным лицом госсанэпидслужбы? Разработайте варианты развития событий и оцените их с позиций эффективности госсанэпиднадзора.

Глава 34. Окружающая среда и здоровье человека.

В медицине под **окружающей средой** принято понимать совокупность физических, биологических и социальных условий, в которых протекает жизнь и деятельность человека.

Идея единства организма и внешней среды была сформулирована еще в XIX веке великим русским ученым-физиологом И.М. Сеченовым, утверждавшим, что организм без внешней среды, поддерживающей его существование, немислим, поэтому в научное определение организма должна входить

и среда, влияющая на него. Но окружающая среда, оказывая влияние на организм и сама постоянно подвергается изменениям под влиянием деятельности человека, особенно за последнее время из-за всё возрастающего вмешательства людей в ход природных процессов, что приводит порой к самым неожиданным последствиям для их здоровья. Именно поэтому сегодня, в век технического прогресса, так остро стоит в науке, политике и экономике вопрос об охране окружающей среды.

Для крепкого здоровья и благополучия человека требуется чистая окружающая среда, в которой важную роль играют физические, физиологические, социальные и эстетические факторы. Различные факторы окружающей среды воздействуют на человека через его органы дыхания и пищеварения, через кожные покровы и органы чувств. Степень их воздействия колеблется в очень широких пределах. Этому свидетельствует анализ заболеваемости населения за прошедшие 50 лет, который показывает, что характер патологии в экономически развитых странах претерпел существенные изменения. Так, если раньше в структуре заболеваемости преобладали инфекционные и паразитарные заболевания, то теперь на первое место выдвинулись болезни сердечно-сосудистой системы, нервно-психические расстройства и аллергии. В связи с этим, есть серьезные основания увязать эти изменения с демографическими сдвигами в возрастной структуре населения, процессами индустриализации и урбанизации вообще и интенсивным загрязнением окружающей среды населенных мест в частности, что в свою очередь угрожает непоправимыми последствиями не только для флоры и фауны, но и для будущих человеческих поколений.

Физическая среда обитания должна рассматриваться в качестве средства улучшения жилищных условий и благополучия человека. Здоровье людей находится в зависимости от наличия и качества пищи, воды, воздуха и жилья. Распространенность связанных с состоянием окружающей среды факторов риска для здоровья неодинакова не только в географическом плане, но и среди разных групп населения. Как правило, бедные слои населения наиболее остро ощущают на себе последствия загрязнения среды. Поэтому между целями оздоровления окружающей среды и сокращением масштабов неравенства существует тесная взаимосвязь. Для всех стран, участвующих в реализации программ по оздоровлению среды обитания и деятельности человека, наиболее актуальными задачами являются: защита от загрязнения воздуха, воды и почвы, борьба с бытовым и транспортным шумом в городах, забота о чистоте морских вод, сохранение природных ландшафтов с их флорой и фауной.

С целью осуществления мероприятий, способствующих наращиванию потенциала, необходимого для решения проблем загрязнения атмосферного воздуха, воды и почвы, в 1978 году была разработана общая программа ВОЗ по укреплению гигиены окружающей среды. В ней основное внимание уделено обеспечению коммунального водоснабжения и удалению отходов, признание опасности окружающей среды, что может повлиять на здоровье человека, а также вопросам оценки и контроля окружающей среды, медико-

санитарного состояния населенных пунктов. В программе также была определена необходимость проведения борьбы с профессиональными заболеваниями. С учетом этой программы были одобрены и приняты Европейская хартия по окружающей среде и охране здоровья (Франкфурт, 1989 г.) и Хельсинская декларация о действиях по охране окружающей среды и здоровья в Европе (1994 г.), политические обстоятельства на общерегиональном Европейском уровне, касающиеся мер в области экологии и здравоохранения, а также учрежден Европейский комитет по окружающей среде и охране здоровья.

На основании принятой в 1994 году Хельсинской декларации был разработан не только Европейский план действий по гигиене окружающей среды, но и соответствующие национальные и местные планы действий, представляющие в распоряжение Региона и его государств-членов надежную комплексную техническую основу для осуществления конкретных мер. Национальные планы действий по гигиене окружающей среды представляют собой коллективную стратегию по предупреждению в Европе опасных для здоровья факторов окружающей среды и борьбе с ними. Причем каждая страна составляет свой собственный план, включающий в себя перечень наиболее приоритетных мероприятий.

В декларации ВОЗ «Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в двадцать первом столетии» излагаются рассчитанные на первые два десятилетия 21-го века глобальные приоритеты и десять задач, которые должны обеспечить во всемирном масштабе возможности достижения и поддержания как можно более высокого уровня здоровья на протяжении всего жизненного цикла человека. В соответствии с обусловленными глобальными приоритетами Всемирной декларации здравоохранения, для Европейского региона была сформулирована и принята Европейским региональным комитетом ВОЗ в 1998 году двадцать одна задача по достижению здоровья для всех. Они должны стать своего рода мерилем оценки хода работы и достижений по улучшению и охране здоровья, уменьшению факторов риска для здоровья. Одна из задач (задача – 10) представляет собой основу для разработки и развития здравоохранительной политики в Европейском регионе, направленной на повышение уровня осознания общественностью важности стабильного развития и защиты окружающей среды. Согласно задаче 10 – «Здоровая и безопасная среда», к 2015 году население Европейского Региона должно проживать в условиях безопасной физической среды, не подвергаясь воздействию загрязнителей, опасных для здоровья, в пределах уровней, превышающих международные стандарты. Это предполагает: 1) значительное сокращение воздействия физических, микробных и химических загрязнителей в водной и воздушной средах, а также в отходах и почве, представляющих угрозу для здоровья в соответствии с графиком и контрольными цифрами, определенными в национальных планах действий по гигиене окружающей среды; 2) обеспечение всеобщего доступа населения к достаточным запасам питьевой воды удовлетворительного качества.

Вопросы обеспечения санэпидблагополучия - составная часть охраны здоровья населения Российской Федерации, закреплены Конституцией (Ст. 42), гарантирующей право на благоприятную окружающую среду, достоверную информацию о ее состоянии и на возмещение ущерба, причиненного его здоровью или имуществу экологическим правонарушением. Несмотря на то, что Российское законодательство не дает определения понятия «благоприятная окружающая среда», в законодательстве сделаны ссылки на нормативы, требования и стандарты, в соответствии с которыми происходит оценка ее состояния.

Право граждан на охрану от воздействия неблагоприятных условий внешней среды закреплено так же в Федеральном Законе от 17 марта 1999 года «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», где указано, что это право обеспечивается через: планирование и нормирование качества окружающей природной среды, меры по предупреждению экологически вредной деятельности и оздоровление окружающей природной среды, предупреждение и ликвидацию последствий аварий, катастроф, стихийных бедствий; предоставление каждому реальных возможностей для проживания в условиях благоприятной для жизни и здоровья окружающей среды. В соответствии с законодательством государство гарантирует государственный контроль за состоянием окружающей природной среды и соблюдением природоохранительного законодательства; привлечение к ответственности лиц, виновных в нарушении требований обеспечения экологической безопасности населения.

Право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье, закреплено в статьях 19 и 24 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан».

Контроль за окружающей средой, производственной обстановкой и условиями быта в РФ осуществляется согласно гигиеническому нормированию. Под *гигиеническим нормативом* понимается установленное исследованиями допустимое максимальное и минимальное и (или) качественное значение показателя, характеризующего тот или иной фактор среды обитания с позиций его безопасности и (или) безвредности для человека.

Гигиенические нормативы служат не только критерием оценки влияющих на человека факторов внешней среды, но и основой ее оздоровления. В действительности ситуация по окружающей среде в РФ очень тревожная: в 84 городах уровень загрязнения воздуха в десять и более раз выше допустимого. Особенно тревожное положение в Челябинской, Смоленской, Новосибирской областях, Республике Башкортостан. Остается серьезной проблема чистой питьевой воды, что ведет к значительному росту заболеваний. Так, в Кемеровской области отмечается рост числа заболеваний печени, почек и врожденных аномалий, связанных с потреблением некачественной воды, загрязненной азотосодержащими хлороорганическими соединениями. В Липецке при исследовании питьевой воды выявлен избыток нитратов, подавляющих кроветворную функцию. Во многих территориях России в воде отмечается дефицит фтора, что способствует кариесу зубов. Серьезной про-

блемой остается высокая инфекционная заболеваемость, рост числа болезней, против которых имеются профилактические прививки.

Анализ данных, характеризующих состояние здоровья населения Курской области, в т.ч. города Курска, и среду обитания, также свидетельствует о его неблагополучии. О напряженной санитарно-эпидемиологической ситуации свидетельствуют не только низкие показатели здоровья населения, высокая смертность, низкая рождаемость, но и неэффективные природоохранные мероприятия, разрабатываемые без четких количественных критериев оценки потенциального и реального ущерба для здоровья. Значительными факторами, оказывающим влияние на здоровье, являются неблагоприятные условия труда, в результате чего сохраняется тенденция ухудшения здоровья работающих, растет смертность в трудоспособном возрасте. В основных отраслях экономики области в 2000 году было занято 460 тысяч человек, из которых во вредных и неблагоприятных условиях труда работали более 67 400 человек (14,7%), в том числе более 24 700 женщин (37%). По городу Курску в неудовлетворительных условиях труда, с воздействием факторов производства, на 2001 год работало более 26 тысяч человек, из них около 50% - женщины. В результате чего отмечается высокий уровень профессиональной заболеваемости, основным фактором которой является – химический (загрязненность, запыленность воздуха рабочей зоны). Уровень профессиональной заболеваемости на 10 тысяч работающего населения составляет 1,3-3,2 случая, что выше средних показателей по области (1,7-2,4 случая). Остается высоким уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности, как в случаях, так и в днях.

В настоящее время в России органы государственного санитарного надзора проводят определение предельно допустимых концентраций (ПДК) по 146 вредным веществам и 27 комплексам для атмосферного воздуха, по 420 веществам для воды и 46 – для почвы.

Состояние атмосферного воздуха характеризуется концентрациями загрязняющих веществ, зависящими от поступления вредных ингредиентов в воздушную среду (выбросов) и рассеивания их в атмосфере, что, в свою очередь, изменяет климатические и микроклиматические условия, оказывает вредное воздействие на людей, животных и растения, водоемы и почву, здания и сооружения, вызывает коррозию металлических изделий и т.д. К основным источникам загрязнения атмосферы относятся: автотранспорт, предприятия по производству стройматериалов и химической промышленности. Однако, по данным анализа санитарно-эпидемиологической обстановки в РФ, а также в целом по городу Курску, значительный вклад в загрязнение атмосферного воздуха вносит автомобильный транспорт, выбросы которого составляют около 80%.

Важнейшими социальными факторами, влияющими на состояние общественного здоровья населения, являются состояние загрязнения воды поверхностных водоемов по микробиологическим показателям и качество питьевой воды. Анализ водохозяйственной обстановки в г. Курске и области свидетельствует о том, что по прежнему характерными загрязняющими ве-

ществами являются соединения меди, органические вещества, нефтепродукты, азот аммонийный, азот нитритный. Вода, подаваемая населению централизованно хоть и безвредна по химическому составу, но имеет отклонения от нормативов связанных с природными геологическими особенностями, выражающиеся в высоком содержании железа от 1 мг/л до 2 мг/л при нормативе 0,3 мг/л и высокой жесткостью воды – 8 мг.экв/л. На 2002 год, удельный вес нестандартных проб воды в Курской области по санитарно-химическим показателям составил в среднем 5,3%. В тоже время этот показатель в Обоянском районе составил 34%, в Глушковском – 22%, в Рыльском – 16%. Причины неудовлетворительного качества питьевой воды – это, в основном, несоответствие санитарным требованиям разводящих сетей и высокий удельный вес водозаборов, не имеющих благоустроенных зон санитарной охраны. Так, в 2001 году удельный вес водозаборов в области, не отвечающих санитарным нормам, составил 38%, а в Больше-Солдатском, Золотухинском, Обоянском и Советском районах этот показатель достиг 70-90%.

Аналогичная ситуация отмечается и с децентрализованным водоснабжением. По состоянию на 2001 год, в области 25% шахтных колодцев не отвечают санитарным нормам. Закономерными являются и результаты лабораторного контроля качества колодезной воды: 15,8% проб не отвечало нормативам по микробиологическим показателям и 16,8% - по физико-химическим показателям.

Результаты лабораторного контроля качества воды открытых водоемов свидетельствуют об ухудшении работы очистительных сооружений и неудовлетворительной организации санитарной очистки населенных мест. Удельный вес нестандартных проб открытых водоемов по микробиологическим показателям в 2001 году составил 19,6%.

Немаловажным фактором, оказывающим влияние на состояние здоровья населения, является питание. В Курской области в последние годы наметилась положительная тенденция улучшения качества пищевой продукции по микробиологическим и санитарно-химическим показателям. В то же время, на протяжении ряда лет, продолжает сохраняться негативная тенденция в структуре питания населения, обусловленная как нарушениями ритма работы предприятий, так и низким уровнем жизни населения. Фактическое питание характеризуется недостаточным потреблением значительной частью населения жизненно необходимых и полноценных продуктов: мяса, рыбы и продуктов их переработки, молока и молочных продуктов, яиц, растительного масла, свежих фруктов и овощей, что приводит к белково-энергетической недостаточности.

Кроме того, дефицит продуктов влечет недостаток поступления в организм витаминов, минеральных веществ, микроэлементов. Несбалансированность структуры продуктовых наборов и фактического питания сопровождается нарушениями физического развития, обменных процессов, обуславливает рост алиментарно-зависимых заболеваний. Наряду с этим, в Курской области, как и в других регионах, отмечается дефицит йода в почве, в воде, в продуктах питания, что усугубляет распространение среди населения энде-

мического зоба, обуславливает нарушения зрения, умственного и физического развития детей, глухонемому. Медико-статистический анализ структуры заболеваемости на территории области показал, что за последние 5 лет наблюдается значительный рост патологии щитовидной железы среди детского населения.

Существующее законодательство предоставляет несовершеннолетним право на благоприятные условия обучения. Так, статья 24 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» гласит, что несовершеннолетние имеют право «на обучение и труд в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов». Охране здоровья обучающихся посвящена и статья 51 Закона «Об образовании», в соответствии с которой образовательное учреждение обязано создать условия, гарантирующие охрану и укрепление здоровья обучающихся. Ответственность за создание необходимых условий обучения возложена на должностных лиц образовательных учреждений. Несмотря на это, статистические данные по РФ свидетельствуют о том, что за период пребывания в образовательном учреждении состояние здоровья резко ухудшается: в 2-3 раза повышается число желудочно-кишечных заболеваний, в 3 раза ухудшается зрение, в 4-5 раз возрастает число нервно-психических заболеваний и нарушений осанки. На сегодня только около 10% (5-7% девочек и 14-16% мальчиков) выпускников школ могут считаться абсолютно здоровыми, 40% имеют хронические заболевания, 50% - функциональные нарушения.

Проверками государственной санитарно-эпидемиологической службы установлены многочисленные факты нарушения законодательства: нарушаются санитарные нормы и правила, о чем свидетельствует перегруженность школ, занятия в две смены, повышенный шум, плохое освещение, несоответствие размеров школьной мебели, перегрузки и переуплотнение школьных уроков и т.д.

Все вопросы по организации в РФ благоприятных условий обучения являются актуальными и для Курской области. Проводимая целенаправленная работа санэпидслужбы области позволила только в 2000 году добиться улучшения условий обучения и воспитания в 55 образовательных учреждениях за счет проведения в них капитальных ремонтов, а в 80% школ удалось привести перегруженные режимы 2-сменного обучения в соответствие с гигиеническими требованиями. В то же время, по результатам текущего надзора, практически 50% образовательных учреждений не обеспечены мебелью, соответствующей росту-возрастным особенностям детей, что является одной из причин нарушения осанки и сколиозов у детей.

С учетом Европейского плана действий по гигиене окружающей среды, в Российской Федерации разработаны и действуют Законы: «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «О питьевой воде», «Об атмосферном воздухе», «О защите от радиационного загрязнения», «О санитарно-гигиеническом мониторинге», «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней человека», «О профилактике туберкулеза», «О качестве и безо-

пасности пищевых продуктов» и т.д., которые направлены на защиту от вредного влияния факторов внешней среды, создание благоприятных условий жизни, труда, быта, образования и отдыха, производство и реализацию доброкачественных продуктов питания, предупреждение возникновения массовых заболеваний против которых имеются специфические методы защиты.

В Курской области, кроме Федеральных, разработаны и действуют свои санэпидпостановления: «О введении санитарных паспортов на автотранспорт для перевозки пищевых продуктов», «О порядке учета инфекционных заболеваний, пищевых, острых, профессиональных отравлений, необычных реакциях на прививки», «Гигиеническая оценка качества почвы населенных мест» и ряд других. Все они направлены на реализацию задач, стоящих перед местными органами санэпиднадзора, к которым относятся:

1) приведение в надлежащее санитарно-техническое состояние водозаборных сетей и сооружений;

2) дальнейшее ужесточение мер по охране от загрязнения вод поверхностных водоемов и атмосферного воздуха;

3) ужесточение надзора за исполнением мер при охране от загрязнения почвы населенных мест;

4) усиление надзора за объектами коммунального назначения и особенно за состоянием бань;

5) активизация работы по применению мер административного принуждения по всем разделам надзора;

6) принятие действенных мер по преодолению дефицита микронутриентов и профилактике заболеваний, им обусловленных;

7) строгий надзор за соблюдением Федерального Закона «О качестве и безопасности пищевых продуктов»;

8) усиление надзора за качеством и полнотой проводимых профмедосмотров;

9) обеспечение действенного надзора за организацией медицинского сопровождения и питания детей в организованных коллективах;

10) развитие материальной базы лабораторной службы для обеспечения действенного санитарно-эпидемиологического надзора.

Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что проведение политики защиты окружающей среды требует необходимости обеспечения непрерывного сотрудничества между здравоохранительными, экологическими и экономическими секторами, с тем, чтобы по мере возможности свести к минимуму риск для здоровья ввиду воздействия загрязняющих веществ. Существующее на сегодняшний день законодательство Российской Федерации в области охраны здоровья населения позволяет осуществлять необходимые меры по обеспечению санэпидблагополучия окружающей среды. В законодательстве подтверждается признание государством основополагающей роли охраны здоровья граждан и обеспечения их санэпидблагополучия, как неотъемлемого условия жизни общества. Конституция узаконила ответственность государства по поддержанию благоприятной окружающей среды и обеспечению экологической безопасности населения. Кроме того, законодательство

дало возможность принять федеральные целевые программы в области охраны здоровья и оздоровления среды обитания человека. Безусловно, многие положения законодательства требуют внесения дополнительных изменений, но даже существующее законодательство может и должно дать положительные результаты при условии его обязательного исполнения на всех уровнях. Для этого требуется объединить усилия всех и прежде всего – правительства, органов государственной власти и общественности. Только тогда забота о здоровье не на словах, а на деле станет важнейшим приоритетом государства.

Контрольные вопросы.

1. Кем и когда была сформулирована идея единства организма и внешней среды?
2. Что требуется для формирования и поддержания крепкого здоровья и благополучия человека?
3. Как должна рассматриваться физическая среда обитания с точки зрения здоровья людей?
4. Каковы основные задачи, стоящие перед любой страной, участвующей в реализации программы по оздоровлению среды обитания и деятельности человека?
5. Когда была разработана общая программа ВОЗ по осуществлению мероприятий, способствующих наращиванию потенциала, необходимого для решения проблем загрязнения среды обитания, и что в ней определено?
6. Что обосновывается Хельсинской декларацией 1994 года?
7. Что должны предусматривать национальные программы действий по гигиене окружающей среды?
8. Что представляет собой декларация ВОЗ «Здоровье – 21» в целом, и какие задачи ставятся перед мировым здравоохранением в области защиты окружающей среды?
9. Где, в каких документах рассматриваются вопросы обеспечения сан-эпидблагополучия населения РФ?
10. Какими правами пользуются граждане РФ в вопросах их проживания в условиях благоприятной для жизни и здоровья окружающей среды?
11. Как осуществляется контроль за окружающей средой в РФ?
12. Охарактеризуйте состояние здоровья населения Курской области и г. Курска с учетом среды обитания.
13. Дайте оценку состояния атмосферного воздуха и водохозяйственной обстановки в области.
14. Каково положение в области с качеством пищевой продукции, что влечет за собой данное положение?
15. Каково положение в РФ и области по выполнению статьи 51 Закона «Об образовании»?

16. На выполнение каких задач направлены областные санэпидпостановления по вопросам создания благоприятных для жизни и здоровья условий окружающей среды?

Содержание

Вместо предисловия	3	
Раздел I. Общая часть		
Глава 1	Общественное здоровье и здравоохранение как научная и учебная дисциплина	6
Глава 2	Основные принципы организации здравоохранения. Политика в области охраны здоровья населения.....	11
Глава 3	Законодательство РФ об охране здоровья граждан, проблемы здравоохранения в важнейших общественно-политических и государственных документах.....	18
Глава 4	Медико-социальная обусловленность здоровья. Охрана здоровья здоровых в Российской Федерации.....	26
Глава 5	Основные направления реформы и тенденции развития здравоохранения в РФ.....	34
Глава 6	Основы финансирования системы здравоохранения РФ.....	43
Глава 7	Медико-социальные аспекты здорового образа жизни.....	53
Глава 8	Современные проблемы профилактики психических и поведенческих расстройств, алкоголизма, нарко- и токсикоманий, табакокурения, заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа).....	59
Глава 9.	Медико-социальные аспекты предупреждения и борьбы с важнейшими неинфекционными заболеваниями.....	78
Глава 10	Медико-социальное исследование семьи.....	92
Глава 11	Организация здравоохранения в зарубежных странах.....	100
Глава 12	Международное сотрудничество в области здравоохранения..	107
Раздел II. Медицинская статистика		
Глава 13	Статистика и медицинская статистика, как общественная наука.....	113
Глава 14	Методология статистического исследования общественного здоровья и здравоохранения.....	121
Глава 15	Статистические методы исследования.....	127
Глава 16	Разнообразие признака в статистической совокупности. Оценка достоверности результатов исследования.....	142
Глава 17	Методы измерения связи между явлениями. Стандартизация показателей.....	152
Глава 18	Графическое изображение в статистике.....	158
Глава 19	Медицинская демография. Медико-социальные аспекты демографических процессов.....	164
Глава 20	Физическое развитие - как показатель общественного здоровья.....	193
Глава 21	Заболееваемость населения. Международная статистическая классификация болезней.....	202

Раздел III. Охрана здоровья населения.

Глава 22	Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП). Амбулаторно-поликлиническая служба.....	213
Глава 23	Стационарная медицинская помощь.....	231
Глава 24	Система охраны здоровья матери и ребенка.....	247
	I. Акушерско-гинекологическая помощь.....	247
	II. Лечебно-профилактическая помощь детям.....	256
Глава 25	Организация медико-санитарной помощи подросткам.....	268
Глава 26	Контроль качества медицинской помощи. Медицинские кадры.....	277
Глава 27	Врачебно-трудовая экспертиза. Экспертиза временной нетру- доспособности.....	294
Глава 28	Основные положения о порядке выдачи, учете и хранении документов, удостоверяющих временную нетрудоспособ- ность.....	303
Глава 29	Экспертиза стойкой нетрудоспособности.....	322
Глава 30	Основы социального и медицинского страхования	338
Глава 31	Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью ..	353
Глава 32	Санитарно-эпидемическая служба, ее место и роль в профи- лактике заболеваний.....	365
Глава 33	Правовые основы деятельности санитарно-эпидемической службы.....	373
Глава 34	Окружающая среда и здоровье человека.....	388

Издательство Курского государственного медицинского университета

305041, г. Курск, ул. К. Маркса, 3.
Лицензия ЛР № 020862 от 30.04.99 г.

Тираж 150 экз.

Отпечатано в типографии КГМУ.
305041, г. Курск, ул. К. Маркса, 3.
Заказ № 850.