

**В.А. МЕДИК  
В.К. ЮРЬЕВ**

# **ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

*Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральный институт развития образования  
Рекомендовано ГОУ ВПО «Московская медицинская  
академия имени И.М.Сеченова» в качестве учебника  
для студентов высших учебных заведений,  
обучающихся по специальностям  
060101 «Лечебное дело»; 060103 «Педиатрия»;  
060105 «Стоматология»*



**«ПРОФЕССИОНАЛ»  
Москва  
2009**

УДК 61  
ББК 51я7  
М 42

Рецензенты:

*Кучеренко В.З.*, член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова.

*Лучкевич В.С.*, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова.

Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В.А. Медик, В.К. Юрьев. — М.: Професионал, 2009. — 432 с.: ил.  
ISBN 978-5-91760-0050-5

Учебник написан в соответствии с программой преподавания дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» для студентов медицинских вузов. Представлена современная методология изучения общественного здоровья и деятельности системы здравоохранения. Сформулированы основные направления реформирования системы здравоохранения Российской Федерации, развития профилактики. Даны основы законодательства, экономики, управления здравоохранением, медицинского страхования. Изложен алгоритм разработки Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Приведены основные статистические показатели для анализа общественного здоровья, медицинской и экономической деятельности организаций здравоохранения.

Для студентов медицинских вузов, преподавателей системы высшего медицинского образования, практических врачей и организаторов здравоохранения.

УДК 61  
ББК 51я7

ISBN 978-5-91760-0050-5

© Издательство «Професионал», 2009  
© Медик В.А., Юрьев В.К., 2009

# Оглавление

## Часть I. Общественное здоровье

Введение .....	11
<b>Глава 1. Методология изучения общественного здоровья и деятельности системы здравоохранения .....</b>	<b>13</b>
1.1. Разработка дизайна исследования .....	13
1.2. Сбор информации и формирование баз данных.....	19
1.3. Обработка, анализ и визуализация данных.....	20
1.4. Выработка управленческих решений, внедрение их в практику и оценка эффективности .....	32
Контрольные вопросы .....	34
<b>Глава 2. Медико-социальные аспекты демографии .....</b>	<b>37</b>
2.1. Механическое движение населения .....	37
2.2. Естественное движение населения.....	40
2.2.1. Рождаемость.....	40
2.2.2. Смертность.....	44
2.2.3. Материнская, детская и перинатальная смертность .....	47
2.2.4. Естественный прирост (противоестественная убыль) населения.....	53
2.2.5. Средняя продолжительность предстоящей жизни.....	54
2.3. Статика населения.....	55
2.4. Демографическая ситуация в России в конце XX – начале XXI века.....	57
Контрольные вопросы .....	64
<b>Глава 3. Заболеваемость .....</b>	<b>65</b>
3.1. Заболеваемость по данным обращаемости в организации здравоохранения.....	66
3.2. Заболеваемость по данным медицинских осмотров.....	70
3.3. Заболеваемость по данным о причинах смерти .....	73
3.4. Исчерпанная (истинная) заболеваемость.....	74
3.5. Заболеваемость важнейшими социально значимыми болезнями .....	75
3.6. Инфекционная заболеваемость .....	76

3.7. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности.....	77
3.8. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем .....	78
Контрольные вопросы .....	81
<b>Глава 4. Инвалидность .....</b>	<b>82</b>
4.1. Критерии определения инвалидности .....	82
4.2. Реабилитация инвалидов .....	86
Контрольные вопросы .....	89
<b>Глава 5. Физическое здоровье.....</b>	<b>90</b>
Контрольные вопросы .....	93
<b>Глава 6. Современные проблемы профилактики .....</b>	<b>94</b>
Контрольные вопросы .....	99
<b>Глава 7. Качество жизни, связанное со здоровьем .....</b>	<b>100</b>
Контрольные вопросы .....	104
 <b>Часть II. Здравоохранение</b>	
Введение .....	107
<b>Глава 8. Правовые основы охраны здоровья граждан .....</b>	<b>108</b>
8.1. Система законодательства об охране здоровья граждан .....	108
8.2. Права граждан в области охраны здоровья .....	113
8.3. Правовое положение медицинских и фармацевтических работников.....	117
Контрольные вопросы .....	128
<b>Глава 9. Организационные основы здравоохранения .....</b>	<b>129</b>
9.1. Общие положения.....	129
9.2. Виды медицинской помощи.....	131
9.3. Номенклатура учреждений здравоохранения .....	132
Контрольные вопросы .....	136
<b>Глава 10. Теоретические основы управления здравоохранением .....</b>	<b>137</b>
10.1. Общие положения.....	137
10.2. Принципы управления.....	138
10.3. Функции управления.....	141
10.4. Стили управления .....	151
10.5. Методы управления .....	152
10.6. Технология принятия управленческого решения.....	154
10.7. Управление системой здравоохранения в Российской Федерации.....	155
Контрольные вопросы .....	158

<b>Глава 11. Планирование и прогнозирование в здравоохранении</b> .....	159
11.1. Общие положения.....	159
11.2. Основы прогнозирования общественного здоровья и здравоохранения.....	160
11.3. Планирование в здравоохранении .....	162
11.3.1. Принципы планирования в здравоохранении .....	162
11.3.2. Виды планирования в здравоохранении .....	165
11.3.3. Методы планирования в здравоохранении .....	166
Контрольные вопросы .....	168
<b>Глава 12. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи</b> .....	169
12.1. Основные задачи Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.....	169
12.2. Управление территориальной Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи .....	170
12.3. Анализ выполнения территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи .....	174
Контрольные вопросы .....	176
<b>Глава 13. Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению</b> .....	177
13.1. Общие принципы организации амбулаторно- поликлинической помощи .....	177
13.2. Городская поликлиника для взрослых .....	179
13.3. Городская поликлиника для детей.....	184
13.4. Женская консультация .....	193
13.5. Центр общей врачебной (семейной) практики .....	200
13.6. Статистика амбулаторно-поликлинических учреждений 200	
13.6.1. Особенности статистики женских консультаций .....	211
13.6.2. Особенности статистического анализа деятельности детских поликлиник .....	214
Контрольные вопросы .....	219
<b>Глава 14. Организация стационарной помощи населению</b> .....	221
14.1. Городская больница для взрослых .....	221
14.2. Городская больница для детей .....	229

14.3. Стационар родильного дома .....	231
14.4. Перинатальный центр .....	237
14.5. Стационарзамещающие технологии .....	238
14.6. Статистика больничных учреждений .....	239
14.6.1. Особенности статистического анализа деятельности родильных домов .....	248
Контрольные вопросы .....	250
<b>Глава 15. Организация специализированной помощи .....</b>	<b>251</b>
15.1. Общие принципы организации специализированной помощи .....	251
15.2. Онкологический диспансер.....	252
15.3. Психоневрологический диспансер .....	257
15.4. Наркологический диспансер .....	259
15.5. Противотуберкулезный диспансер .....	263
15.6. Кожно-венерологический диспансер.....	267
15.7. Центр по профилактике и борьбе со СПИДом .....	270
Контрольные вопросы .....	273
<b>Глава 16. Организация работы скорой медицинской помощи.....</b>	<b>275</b>
16.1. Служба скорой медицинской помощи .....	275
16.2. Статистика учреждений скорой медицинской помощи .....	279
Контрольные вопросы .....	281
<b>Глава 17. Организация стоматологической помощи населению .....</b>	<b>282</b>
17.1. Общие положения.....	282
17.2. Стоматологическая поликлиника.....	283
17.3. Особенности организации стоматологической помощи детскому населению.....	286
17.4. Перспективы развития стоматологической службы в условиях рыночной экономики .....	287
17.5. Статистика стоматологических организаций.....	288
Контрольные вопросы .....	294
<b>Глава 18. Особенности организации работы учреждений     здравоохранения в сельской местности .....</b>	<b>295</b>
Контрольные вопросы .....	303
<b>Глава 19. Организация санаторно-курортной помощи населению .....</b>	<b>304</b>
19.1. Общие положения.....	304
19.2. Отбор и направление на санаторно-курортное лечение взрослых.....	306
19.3. Особенности направления на санаторно-курортное лечение детей .....	308
Контрольные вопросы .....	310

<b>Глава 20. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защита прав потребителей на потребительском рынке</b> .....	311
20.1. Общие принципы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения .....	311
20.2. Общие принципы защиты прав потребителей на потребительском рынке .....	312
20.3. Органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор и контроль в сфере защиты прав потребителей на потребительском рынке .....	313
Контрольные вопросы .....	318
<b>Глава 21. Экспертиза трудоспособности</b> .....	319
21.1. Общие положения .....	319
21.2. Экспертиза временной нетрудоспособности .....	320
21.3. Порядок выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность .....	323
21.3.1. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах, отравлениях (некоторых других последствиях воздействия внешних причин) .....	326
21.3.2. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи .....	329
21.3.3. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам .....	331
21.3.4. Порядок выдачи листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения, протезирования и при карантине .....	333
21.4. Экспертиза стойкой нетрудоспособности .....	334
Контрольные вопросы .....	337
<b>Глава 22. Медицинское страхование</b> .....	338
22.1. Общие положения .....	338
22.2. Обязательное медицинское страхование .....	338
22.3. Добровольное медицинское страхование .....	342
Контрольные вопросы .....	345
<b>Глава 23. Основы экономики здравоохранения</b> .....	346
23.1. Общие положения .....	346
23.2. Анализ экономической деятельности организаций здравоохранения .....	347
23.3. Медицинская, социальная и экономическая эффективность здравоохранения .....	355

23.4. Роль здравоохранения в предотвращении экономического ущерба .....	362
23.5. Формирование рыночных отношений в здравоохранении .....	364
Контрольные вопросы .....	370
<b>Глава 24. Финансирование здравоохранения.....</b>	<b>371</b>
24.1. Общие положения.....	371
24.2. Источники финансирования здравоохранения .....	372
24.3. Планирование и расходование финансовых средств организациями здравоохранения .....	375
24.4. Оплата труда в здравоохранении.....	377
24.5. Финансовый контроль в здравоохранении.....	380
Контрольные вопросы .....	382
<b>Глава 25. Управление качеством медицинской помощи.....</b>	<b>383</b>
25.1. Общие характеристики и компоненты качества медицинской помощи.....	383
25.2. Система обеспечения качества медицинской помощи .....	390
Контрольные вопросы .....	393
<b>Глава 26. Этика в профессиональной деятельности врача.....</b>	<b>394</b>
26.1. Медицинская этика, деонтология: содержание и основные проблемы .....	394
26.2. Этические нормы взаимоотношений врача и пациента.....	397
26.3. Основные проблемы биомедицинской этики .....	402
Контрольные вопросы .....	406
<b>Глава 27. Здравоохранение в зарубежных странах.....</b>	<b>407</b>
27.1. Социально-экономические модели здравоохранения.....	407
27.2. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Международное сотрудничество России.....	412
Контрольные вопросы .....	416
<b>Основные термины .....</b>	<b>417</b>
<b>Рекомендуемая литература .....</b>	<b>430</b>



**Часть I**

**Общественное  
здоровье**



## Введение

В основе профессиональной деятельности любого врача лежат два основных понятия – «здоровье» и «болезнь». В современной литературе существует большое количество определений «здоровья», однако основным, признанным во всех странах, является определение Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

В принятом в 1948 г. Уставе ВОЗ сказано: *«Здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».*

В практической деятельности врач обычно оценивает здоровье отдельного человека, однако для принятия управленческих решений необходимо анализировать здоровье определенных, часто многочисленных групп людей. При этом здоровье следует рассматривать не просто как арифметическое сложение данных о здоровье индивидуумов, а как множество показателей, рассчитанных с использованием вероятностных и статистических методов анализа.

Более широкое представление о здоровье населения заложено в определении *общественного здоровья*<sup>1</sup>, которое рассматривают как важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей.

Общественное здоровье как самостоятельная медицинская дисциплина изучает воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения с целью разработки профилактических мер по его оздоровлению, совершенствованию организации медицинской помощи. Оно занимается изучением широкого круга медицинских, социологических, экономических, философских проблем в конкретной исторической обстановке. Правильно собранные и хорошо проанализированные статистические данные об общественном здоровье служат основой для планирования мероприятий

---

<sup>1</sup> Данное определение принято участниками семинара заведующих кафедрами общественного здоровья и здравоохранения (Москва, 2000).

по сохранению и укреплению здоровья населения на государственном и муниципальном уровнях, разработки современных форм и методов работы организаций здравоохранения, контроля эффективности их деятельности.

Статистические данные об общественном здоровье обычно принято изучать и анализировать на трех уровнях:

**1-й уровень** (групповой) — здоровье малых социальных или этнических групп;

**2-й уровень** (региональный) — здоровье населения отдельных административных территорий;

**3-й уровень** (популяционный) — здоровье популяции в целом.

В связи с тем что общественное здоровье является понятием интегральным, весьма сложно разработать такие показатели, которые удовлетворяли бы всем предъявляемым к ним требованиям и в полной мере отражали бы его состояние. Вместе с тем в настоящее время для оценки общественного здоровья принято использовать следующие группы показателей (индикаторов), которые достаточно полно отражают картину общественного здоровья:

- показатели медико-демографических процессов;
- показатели заболеваемости;
- показатели инвалидности;
- показатели физического здоровья.

Этим группам показателей и будет посвящена 1-я часть настоящего учебника.

# Глава 1

## Методология изучения общественного здоровья и деятельности системы здравоохранения

В организации и проведении исследований общественного здоровья, деятельности системы здравоохранения в целом, отдельных медицинских учреждений в частности, выделяют 4 основные этапа:

- I этап — разработка дизайна исследования;
- II этап — сбор информации и формирование баз данных;
- III этап — обработка, анализ и визуализация данных;
- IV этап — выработка управленческих решений, внедрение их в практику и оценка эффективности.

### 1.1. Разработка дизайна исследования

На 1-м этапе тщательно прорабатывают дизайн (от англ. *design* — творческий замысел) будущего исследования.

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

Название *темы* обычно формулируют одним предложением, и оно должно соответствовать цели исследования.

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

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

Важнейшей составляющей программы являются *сформулированные гипотезы* (ожидаемые результаты). Гипотезы формулируют,

используя конкретные статистические показатели. Главное требование, предъявляемое к гипотезам, – возможность проверить их в процессе исследования. Результаты исследования могут подтверждать, корректировать или опровергать выдвинутые гипотезы.

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

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

♦ Следующей важной операцией подготовки исследования является разработка и утверждение *рабочего плана*. Если программа исследования – это своего рода стратегический замысел, воплощающий идеи исследователя, то рабочий план (как приложение к программе) представляет собой механизм реализации исследования. Рабочий план включает в себя порядок подбора, обучения и организации работы непосредственных исполнителей; разработку нормативно-методических документов; определение необходимого объема и видов ресурсного обеспечения исследования (кадры, финансы, материально-технические, информационные ресурсы и др.); определение сроков и ответственных за отдельные этапы исследования. Как правило, он представляется в форме *сетевого графика*.

На 1-м этапе медико-социального исследования определяют, какими *методами* будет осуществляться отбор единиц наблюдения. В зависимости от объема различают *сплошное* и *выборочное* исследования. При сплошном исследовании изучают все единицы генеральной совокупности, при выборочном – лишь часть генеральной совокупности (выборка).

*Генеральной совокупностью* называют множество качественно однородных объектов, объединенных по одному или группе признаков.

*Выборочная совокупность (выборка)* – любое подмножество объектов генеральной совокупности.

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

Реальное обеспечение репрезентативности выборки гарантируется способом *случайного отбора*, т.е. такого отбора элементов в выборку, при котором у всех объектов генеральной совокупности шансы

быть отобранными одинаковы. Для обеспечения случайности отбора используют специально разработанные алгоритмы, реализующие указанный принцип, либо таблицы случайных чисел, либо генератор случайных чисел, имеющийся во многих пакетах компьютерных программ. Суть этих способов – указание случайным образом номеров тех объектов, которые необходимо выбрать из всей, каким-либо образом упорядоченной, генеральной совокупности. Например, генеральную совокупность «население региона» можно упорядочить по возрасту, месту жительства, алфавиту (Ф.И.О.) и др.

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

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

**Механический (систематический) отбор** позволяет формировать выборку с помощью механического подхода к отбору единиц наблюдения упорядоченной генеральной совокупности. При этом необходимо определиться с соотношением объемов выборочной и генеральной совокупностей, и тем самым установить пропорцию отбора. Например, с целью изучения структуры госпитализированных больных формируют выборку 20% от всех выбывших из стационара больных. В этом случае среди всех «Медицинских карт стационарного больного» (ф. 003/у), упорядоченных по номерам, следует отобрать каждую 5-ю карту.

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

**Серийным отбором** выборку формируют не из отдельных единиц наблюдения, а из целых серий или групп (муниципальные образования, учреждения здравоохранения, школы, детские сады и др.). Отбор серий осуществляют с помощью собственно-случайной или механической выборки. Внутри каждой серии изучают все единицы наблюдения. Такой способ может быть использован, например, для оценки эффективности проведенной иммунизации среди детского населения.

**Многоступенчатый отбор** предполагает поэтапное формирование выборки. По количеству этапов различают одноступенчатый, двухступенчатый, трехступенчатый отбор и т.д. Так, например, при изучении репродуктивного здоровья женщин, проживающих на территории муниципального образования, на 1-м этапе отбирают работающих женщин, которых обследуют с помощью базовых скрининговых тестов. На 2-м этапе проводят специализированное обследование женщин, имеющих детей. На 3-м этапе – углубленное специализированное обследование женщин, имеющих детей с врожденным пороком развития. Заметим, что в данном случае целенаправленного отбора по определенному признаку в выборку попадают все объекты-носители изучаемого признака на территории муниципального образования.

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

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

На 1-м этапе разрабатывают (используется готовый) и тиражируют *статистический инструментарий* (карты, анкеты, макеты та-



блиц, компьютерные программы контроля входящей информации, формирования и обработки информационных баз данных и др.), в который в будет заноситься изучаемая информация.

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

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

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

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

Уже на 1-м этапе статистического исследования необходимо составить *макеты таблиц*, которые в дальнейшем будут заполняться.

В таблицах, как в грамматических предложениях, различают *подлежащее*, т.е. главное, о чем говорится в таблице, и *сказуемое*, т.е. то, что характеризует подлежащее. Подлежащее — это основной признак изучаемого явления, оно обычно располагается слева

по горизонтальным строкам таблицы. Сказуемое – признаки, характеризующие подлежащее, – располагается обычно сверху по вертикальным графам таблицы.

При составлении таблиц соблюдают определенные требования:

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

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

*Простой* называют таблицу, в которой представлена итоговая сводка данных лишь по одному признаку.

**Таблица 1.1. Макет простой таблицы. Распределение детей по группам здоровья**

Группа здоровья	Удельный вес (%)
I	
II	
III	
IV	
V	
Итого:	

В *групповой* таблице подлежащее характеризуется несколькими сказуемыми, но признаки, характеризующие подлежащее, не связаны между собой.

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

Группа здоровья	Пол		Возраст (лет)				Всего
	м	ж	0–3	4–6	7–10	11–17	
I							
II							
III							
IV							
V							
Итого:							

В *комбинационной* таблице признаки, характеризующие подлежащее, взаимосвязаны.

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

Группа здоровья	Возраст (лет)														
	0–3			4–6			7–10			11–17			Всего		
	Пол														
	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего
I															
II															
III															
IV															
V															
Итого:															

Важное место в подготовительный период занимает *пилотное исследование*, задачей которого является апробация статистического инструментария, проверка правильности разработанной методики сбора и обработки данных. Наиболее удачным представляется такое пилотное исследование, которое повторяет в уменьшенном масштабе основное, т.е. дает возможность проверить все предстоящие этапы работы. В зависимости от результатов предварительного анализа полученных при пилотаже данных производится корректировка статистического инструментария, методики сбора и обработки информации.

## 1.2. Сбор информации и формирование баз данных

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

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

В массиве собранной информации находятся данные, представленные словами, числами и символами, которые фиксируют на физических носителях (бумажные, магнитные, оптические), обрабатывают и передают с использованием средств вычислительной техники и каналов связи. Такой массив данных, структурированный и хранимый на электронных носителях, называют *базой данных* (БД),

которая управляется с помощью специального программного обеспечения — *системы управления базами данных (СУБД)*. С помощью этой системы можно извлекать и обновлять информацию, взаимодействовать с другими прикладными программами и др. Перечень используемого в настоящее время программного обеспечения для выполнения функций СУБД достаточно широк: от простых СУБД (типы Access, dBase, Paradox, FoxPro) до мощных, высокопроизводительных (типы Oracle, Informix, Sybase, DB2, Interbase, Progress).

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

### 1.3. Обработка, анализ и визуализация данных

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

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

Исходя из сложившейся практики и собственного опыта проведения комплексных медико-социальных исследований, можно выделить следующие последовательные *операции обработки данных* (хранящихся в БД) с использованием пакетов компьютерных программ:

- подготовка данных;
- группировка данных;
- расчет статистических показателей;
- статистический анализ данных;
- логический анализ и интерпретация полученных результатов.

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

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

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

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

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

Иногда используют более укрупненные возрастные интервалы:

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

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

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

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

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

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

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

Кроме того, для комплексной оценки здоровья населения, медицинской и экономической деятельности организаций здравоохранения на основе математических моделей разрабатывают интегральные статистические показатели.

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

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

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

- экстенсивные показатели;
- интенсивные показатели;
- показатели соотношения;
- показатели наглядности.

**Экстенсивные показатели** показывают внутреннюю структуру явления, распределение его на составные части, удельный вес каждой части в целом и выражаются в процентах (%). Эти показатели дают возможность сопоставлять структуры одной и той же совокупности в различные моменты времени, делать выводы о тенденциях и закономерностях структурных изменений в динамике. К экстенсив-

ным показателям относятся структура заболеваемости, инвалидности, смертности, коечного фонда, врачебных специальностей и др.

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

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

Основанием показателя могут быть числа 100, 1000, 10000, 100000 и др. Эти числа выбирают произвольно и используют для удобства анализа. Так, например, летальность принято рассчитывать на 100, смертность на 1000, материнскую смертность на 100000, хотя использование другого основания не будет ошибкой.

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

*Показатели соотношения* характеризуют уровень (распространенность) какого-либо явления в среде, непосредственно (биологически) не связанного с этой средой. В этом их отличие от интенсив-

ных показателей. Показатели соотношения рассчитывают, как правило, для анализа деятельности системы здравоохранения, ее ресурсного обеспечения, где в качестве среды берут численность населения, а в качестве явления — число врачей, средних медицинских работников, больничных коек, посещений амбулаторно-поликлинических учреждений и др., и выражают в промилле (‰), децимилле (‱), сантимилле (‰‰‰). К показателям соотношения относятся обеспеченность населения стационарной, амбулаторно-поликлинической помощью, врачами, средними медицинскими работниками и др. Эти показатели, так же как и показатели интенсивности, можно сравнивать на различных административных территориях, изучать на данный момент времени или в динамике.

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

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

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

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



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

Для расчета средних величин необходимо соблюдать следующие условия:

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

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

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

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

Существуют прямой, косвенный и обратный методы вычисления стандартизованных коэффициентов.

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

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

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

*Третий этап:* расчет стандартизованных коэффициентов.

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

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

Для *статистического анализа данных* используют различные математико-статистические методы: выборочный метод и оценка параметров распределения, проверка статистических гипотез, корреляционно-регрессионный анализ, дисперсионный анализ, анализ временных рядов, анализ выживаемости и т.д. Примеры использования этих методов для анализа общественного здоровья, деятельности медицинских организаций, системы здравоохранения также представлены в «Руководстве к практическим занятиям по общественному здоровью и здравоохранению» [4].

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

Для выбора оптимального метода лечения конкретного пациента доказательная медицина использует, как практический врачебный опыт, так и результаты доказательных клинических исследований. При этом проводимое исследование должно быть **контролируемым**, т.е. сравнение конечных результатов должно быть проведено в двух группах пациентов: группе активного лечения (в которой больные получают терапию лекарственным средством, эффективность которого оценивается) и контрольной группе пациентов (получающих плацебо, или лечение, эффективность которого уже доказана, или не

получающих лечение вообще). При этом группы пациентов должны быть сопоставимы и однородны по полу, возрасту, нозологическим формам, сопутствующей патологии и репрезентативны. Кроме того, исследование должно быть **рандомизированным**, т.е. распределение пациентов в экспериментальную и контрольную группы (формирование выборочных совокупностей) должно происходить методом случайного отбора. Случайное отнесение пациента к той или иной группе означает, что каждый индивидуум имеет одинаковый шанс получить любое из возможных вмешательств.

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

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

- «слепое» исследование (пациент не знает, получает он активное лечение или входит в группу контроля);
- «двойное слепое» исследование (о принадлежности пациента к той или иной группе не знает ни пациент, ни лечащий врач).

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

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

затратами. Для этого современному врачу-клиницисту как никогда необходимы знания методов математической статистики.

После статистического анализа переходят к *логическому анализу и интерпретации полученных результатов*. Обработка данных без должного логического анализа полученных результатов может привести к неправильным выводам и принятию ошибочных управленческих решений. Во многом проведению логического анализа помогает визуализация данных путем построения *графиков*.

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

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

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

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

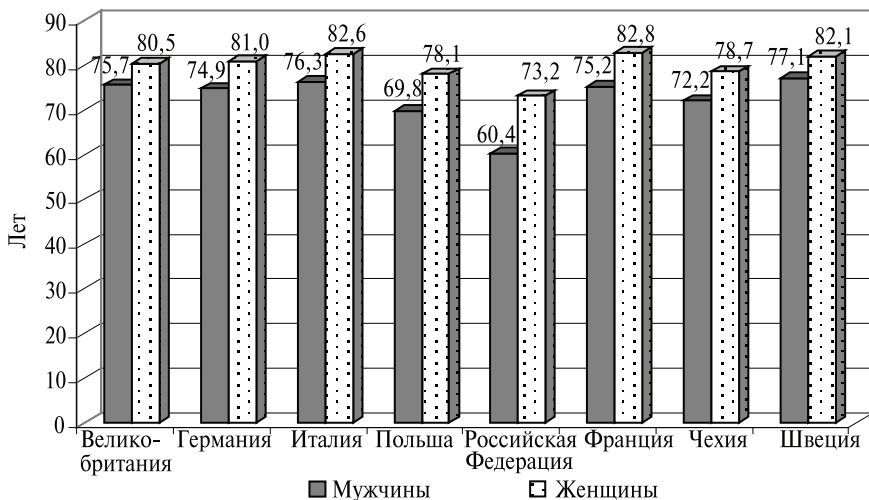
Самым распространенным из них является *диаграмма* — изображение статистических данных посредством геометрических фигур либо символов. Диаграммы чаще используют в медико-социальных исследованиях, в то время как картограммы и картодиаграммы — в медико-географических исследованиях. Диаграммы можно классифицировать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

*Линейная диаграмма* показывает динамику какого-либо статистического показателя — заболеваемости, смертности, рождаемости и др. Нанесение разных показателей на один график позволяет наглядно представить их изменение во времени (*рис. 1.1*).



**Рис. 1.1.** Линейная диаграмма: динамика показателей первичной заболеваемости всеми формами активного туберкулеза и смертности от туберкулеза населения Российской Федерации (1998–2007).

Столбчатые диаграммы удобны для сравнительного анализа одного и того же показателя в какой-либо фиксированный промежуток времени для различных объектов исследования (например, уровень показателя средней продолжительности предстоящей жизни населения) (*рис. 1.2*).



**Рис. 1.2.** Столбчатая диаграмма: уровень показателя средней продолжительности предстоящей жизни населения некоторых европейских стран (2006).

Ленточную диаграмму целесообразно использовать, например, для анализа результатов социологических исследований оценки населением состояния здравоохранения, окружающей среды, отношения к здоровому образу жизни и т.д. (рис. 1.3).

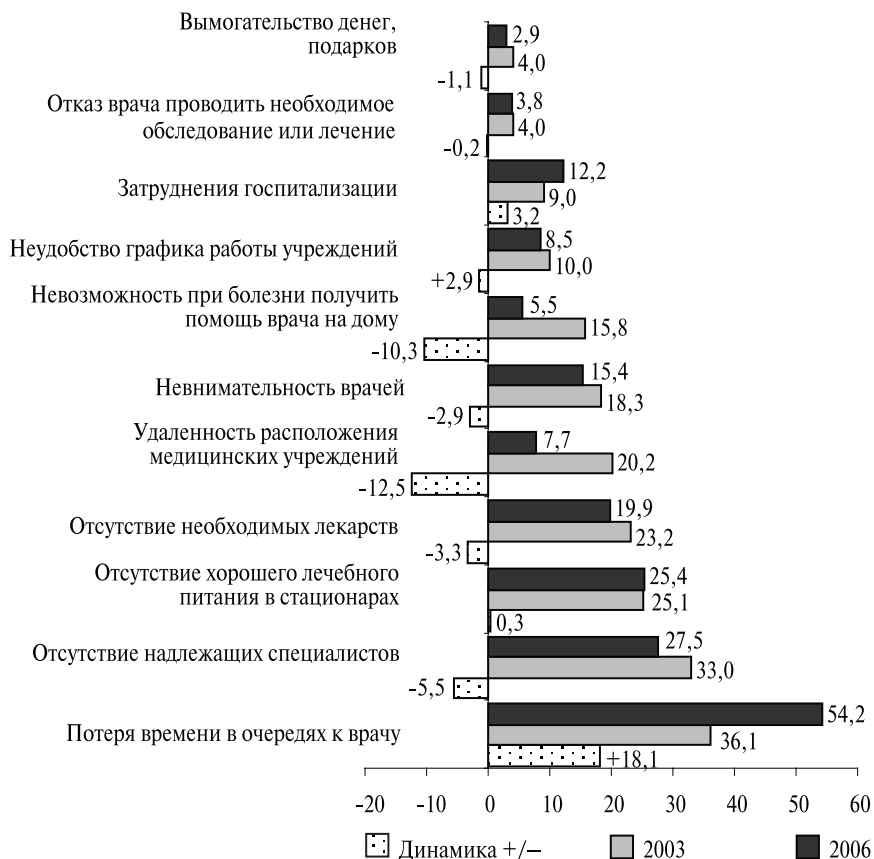
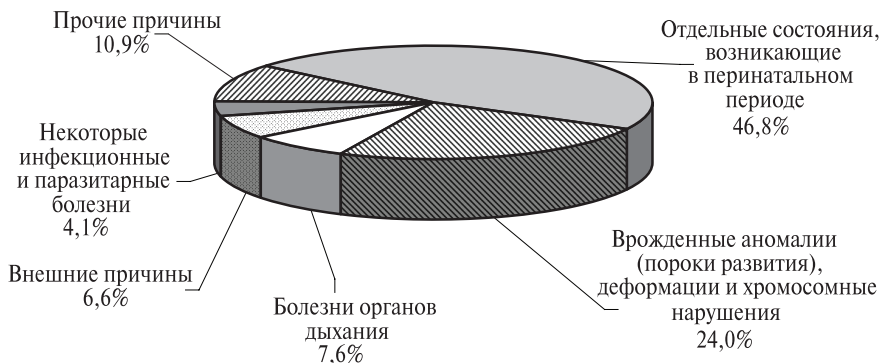
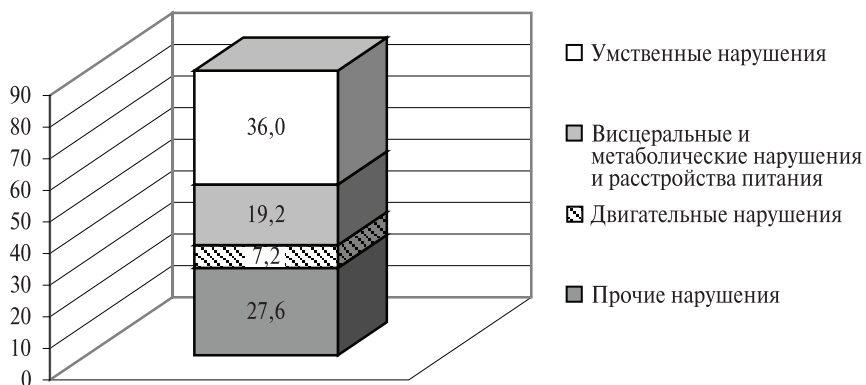


Рис. 1.3. Ленточная диаграмма: оценка населением Новгородской области деятельности системы здравоохранения (2003, 2006).

При изучении структуры статистической совокупности используют *секторные круговые* и *секторные столбиковые диаграммы*. В секторной круговой диаграмме величиной признака в процентах является площадь сектора, вся статистическая совокупность — площадь круга. Примером использования секторной круговой диаграммы является структура причин младенческой смертности (рис. 1.4), а секторной столбиковой диаграммы — распределение детей-инвалидов по видам нарушений в состоянии здоровья (рис. 1.5).



**Рис. 1.4.** Секторная круговая диаграмма: структура причин младенческой смертности в Российской Федерации (2006).

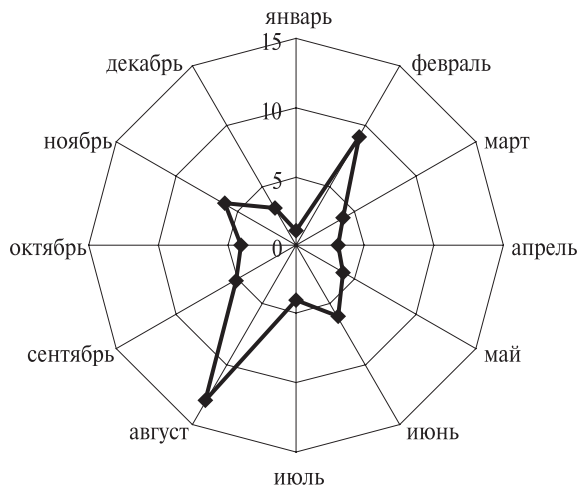


**Рис. 1.5.** Секторная столбиковая диаграмма: распределение детей-инвалидов Новгородской области по видам нарушений состояния здоровья (2007).

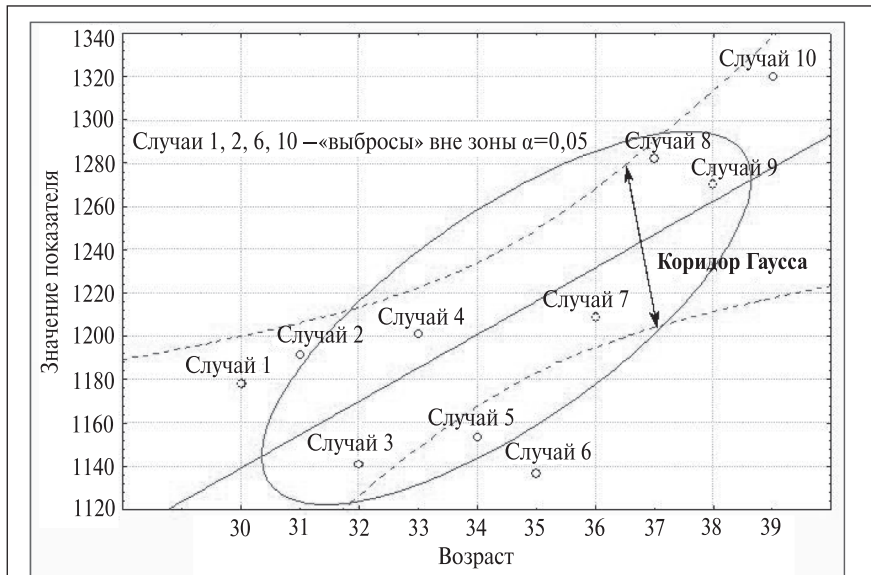
Для анализа сезонности заболеваемости, госпитализации, посещаемости амбулаторно-поликлинических учреждений и других статистических показателей используют *радиальные диаграммы*. В качестве примера на *рис. 1.6* представлены сезонные колебания показателя заболеваемости населения сальмонеллезом.

Для анализа результатов клинических исследований часто используют *диаграммы рассеяния* (*рис. 1.7*). Все данные, находящиеся вне границы эллипса (значения 1, 2, 6, 10), относятся к категории недостоверных или имеющих иную величину достоверности. Признаки, находящиеся внутри эллипса, но вне границ коридора Гаусса, относятся к математической категории «выбросы» или «хвосты», не вписывающиеся в заданные параметры. В медицине наибольшее

значение имеет не сама величина коридора Гаусса, а именно «выбросы» или «хвосты» как нетипичные и требующие пристального клинического внимания.



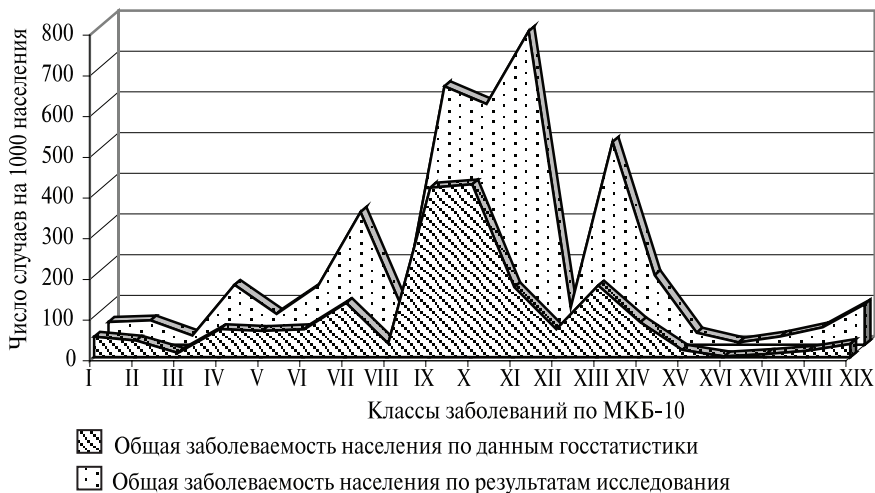
**Рис. 1.6.** Радальная диаграмма: помесечное распределение случаев заболевания сальмонеллезом, абс. (2007).



**Рис. 1.7.** Диаграмма рассеяния: показатель общей заболеваемости по обращаемости населения в возрасте 30–39 лет (на 1000 человек соответствующего возраста) (2007).



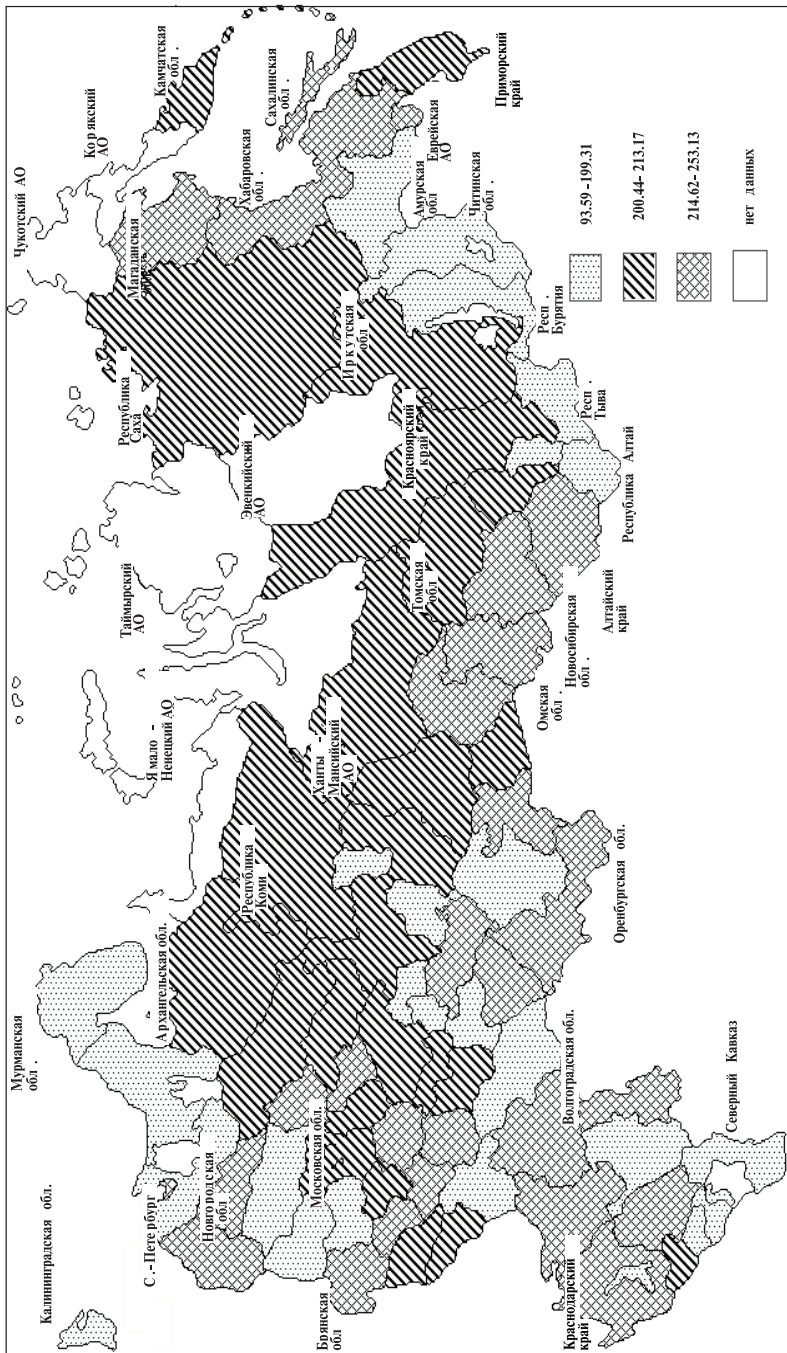
Кроме того, для визуализации и анализа данных используются *слоевые диаграммы* (рис. 1.8).



**Рис. 1.8.** Слоевая диаграмма: сравнительный анализ общей заболеваемости населения Новгородской области по результатам специально проведенного исследования и данным государственной статистики (2007).

Для визуализации статистических показателей в границах различных административных территорий используют картограмму и картодиаграмму. *Картограммой* называют географическую карту с нанесенной на нее штриховкой разного вида или интенсивности, которые соответствуют определенному значению показателя на данной административной территории (рис. 1.9). *Картодиаграмма* представляет собой картограмму, на которую помимо штриховки нанесены диаграммы, отражающие, например, динамику явления, изображенного на картограмме.

Заканчивается данный этап статистического исследования формулировкой выводов и предложений.



**Рис. 1.9.** Картограмма: заболеваемость населения отдельных субъектов Российской Федерации злокачественными новообразованиями (на 100 000 населения) в 2007 г.

#### **1.4. Выработка управленческих решений, внедрение их в практику и оценка эффективности**

Результаты медико-социальных исследований используют для выработки управленческих решений.

Управленческие решения в здравоохранении выражаются, как правило, в следующих организационно-правовых формах:

- подготовка проектов правовых актов органов законодательной и исполнительной власти;
- подготовка проектов приказов, методических рекомендаций, инструкций и др.;
- разработка комплексных или целевых медико-социальных программ;
- проведение оптимизации сети учреждений здравоохранения;
- совершенствование системы подготовки и переподготовки кадров медицинских работников и др.

Внедрение этих управленческих решений в практику здравоохранения является сложным, многоэтапным процессом. Возможные варианты внедрения должны быть намечены и обсуждены еще на 1-м этапе исследования.

Оценку эффективности управленческих решений производят с помощью статистических показателей на муниципальном, региональном и федеральном уровнях управления здравоохранением.

### Контрольные вопросы

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

## Глава 2

# Медико-социальные аспекты демографии

В оценке общественного здоровья важное значение имеет группа показателей, характеризующих медико-демографические процессы. Изучением медико-демографических процессов занимается наука демография, которая имеет специальный раздел — медицинская демография. Название «демография» происходит от греческих слов *demos* — народ и *grapho* — писать, изображать. Применяя статистические, математические, а также собственно демографические методы, демография разрабатывает теорию воспроизводства населения, демографические прогнозы, демографическую политику.

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

Статистическое изучение народонаселения ведут в двух основных направлениях: *динамики* и *статики* населения.

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

Численность, возрастной состав, половая структура населения формируются за счет динамических процессов, происходящих в обществе, характеризующихся рядом показателей.

### 2.1. Механическое движение населения

Механическое движение населения происходит в результате характерных для истории человечества миграционных процессов. Слово «миграция» происходит от латинского *migratio* (*migro* — перехожу, переселяюсь). Таким образом, **миграция** — это территориальные

перемещения населения с целью постоянной или временной смены места жительства. Причин для переселений множество – учеба, поиск работы, стремление повысить свое благосостояние, повидать мир, создать семью и многое другое. С этой точки зрения переселение – личное дело каждого, одна из естественных форм существования людей. Если же учесть, что ежегодно в нашей стране меняют место жительства миллионы человек, что с миграциями связаны освоение новых регионов страны, рост городов, уменьшение сельского населения, межнациональное сближение, то станет понятным огромное медико-социальное значение миграции.

В зависимости от юридического статуса пересекаемых населением границ административных территорий различают:

- внешнюю миграцию населения;
- внутреннюю миграцию населения.

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

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

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

По хронологическим признакам выделяют:

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

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

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

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

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

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

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

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

Изучение миграционных процессов имеет важное значение как для государства в целом, так и для органов практического здравоохранения. Процесс урбанизации изменяет экологическую обстановку (с ростом урбанизации связано 3/4 общего объема загрязнений), требует пересмотра плановых нормативов медицинской помощи, изменения сети медицинских учреждений, изменяет структуру заболеваемости и смертности населения, влияет на эпидемическую обстановку региона. Маятниковая миграция увеличивает число контактов, способствующих распространению инфекционных заболеваний, ведет к росту стрессовых ситуаций, травматизма. Сезонная миграция ведет к неравномерной сезонной нагрузке учреждений здравоохранения, влияет на состояние здоровья населения. Показатели здоровья мигрантов часто существенно отличаются от аналогичных показателей коренного населения. Благодаря активным миграционным процессам, расширению экономических и политических связей, развитию международного туризма эпидемии могут быстро превращаться в пандемии.

Миграции оказывают большое влияние на структуру населения, так как разные его группы участвуют в них неодинаково. Исследователи миграции отмечают, что наиболее часто переселяются молодые люди в возрасте до 30 лет, одинокие или семейные, но без детей.

Семьи с детьми и особенно пожилые люди переселяются реже. Поэтому миграция деформирует возрастные структуры населения. В местах притока население «омолаживается», так как в нем увеличивается доля молодежи, в местах оттока, наоборот, молодежи становится меньше, а пожилых больше, население стареет, что существенно сказывается на уровнях рождаемости и смертности.

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

## 2.2. Естественное движение населения

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

- рождаемость;
- смертность;
- естественный прирост (противоестественная убыль) населения;
- средняя продолжительность предстоящей жизни.

### 2.2.1. Рождаемость

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

Согласно российскому законодательству все дети в течение 1 мес со дня рождения должны быть зарегистрированы в органах ЗАГС по месту их рождения или месту жительства родителей. Основным документом для регистрации ребенка в органах ЗАГС является «Медицинское свидетельство о рождении» (ф. 103/у-08). Оно выдается



при выписке матери из стационара всеми учреждениями здравоохранения, в которых произошли роды, во всех случаях живорождения. В случае родов на дому «Медицинское свидетельство о рождении» выдает то учреждение, куда родильница доставляется после родов. При многоплодных родах «Медицинское свидетельство о рождении» заполняется на каждого ребенка в отдельности.

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

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

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

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

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

<b>Общий коэффициент рождаемости</b>	=	$\frac{\text{Абсолютное число родившихся за год живыми}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$
--------------------------------------	---	---

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

*Таблица 2.1. Оценка общего коэффициента рождаемости*

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

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

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

Специальный коэффициент рождаемости (плодовитости) рассчитывают по формуле:

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

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

<p><b>Возрастной коэффициент рождаемости (плодовитости) женщин 20–24 лет =</b></p>	$\frac{\text{Общее число родившихся за год живыми у женщин в возрасте 20–24 года}}{\text{Среднегодовая численность женщин в возрасте 20–24 года}} \times 1000$
--	--

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

**Суммарный коэффициент рождаемости** характеризует среднее число рождений у одной женщины на протяжении всего репродуктивного периода при сохранении существующих уровней рождаемости в каждом возрасте. Этот показатель вычисляют по формуле:

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

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

В связи с тем что при расчете показателей рождаемости и плодовитости учитывают только живорожденных детей, важное значение приобретает правильный учет живорожденности.

В нашей стране учреждения здравоохранения осуществляют регистрацию в медицинской документации всех родившихся живыми и мертвыми, имеющих массу тела при рождении 500 г и более. В органах ЗАГС подлежат регистрации:

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

В целях международной сопоставимости отечественной статистики при расчете показателя перинатальной смертности используют число плодов и новорожденных с массой тела 1000 г и более (или, если масса при рождении неизвестна, длиной тела 35 см и более, или сроком беременности 28 нед и более). В отраслевую статистику перинатальной смертности в соответствии с рекомендациями ВОЗ включают все случаи рождения плода и новорожденного с массой тела 500 г и более (или, если масса при рождении неизвестна, длиной тела 25 см и более, или сроком беременности 22 нед и более). Таким образом, имеет место расхождение в показателях отраслевой и федеральной статистики.

С 2010 г. Федеральная служба государственной статистики России планирует перейти на международные критерии регистрации новорожденных, при которых все дети, родившиеся от беременности сроком 22 нед и более и масса тела которых будет составлять 500 г и более, сразу будут регистрироваться как живорожденные.

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

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

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

- преждевременные роды в 22–27 нед (масса плода 500–1000 г);
- преждевременные роды в 28–33 нед (масса плода 1000–1800 г);
- преждевременные роды в 34–37 нед (масса плода 1900–2500 г).

### 2.2.2. Смертность

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

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

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

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

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

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

Таблица 2.2. Схема оценки общего коэффициента смертности.

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

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

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

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

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

Важное значение в разработке и реализации комплекса мер по снижению смертности населения имеет анализ **показателей смертности от отдельных причин**. При расчете смертности от данной причины

в качестве явления берут численность умерших от данной причины, а в качестве среды — среднегодовую численность населения. Например, смертность от инфаркта миокарда рассчитывают по формуле:

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

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

$$\text{Летальность от инфаркта миокарда} = \frac{\text{Число умерших от инфаркта миокарда в течение года}}{\text{Число заболевших инфарктом миокарда в течение года}} \times 1000$$

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

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

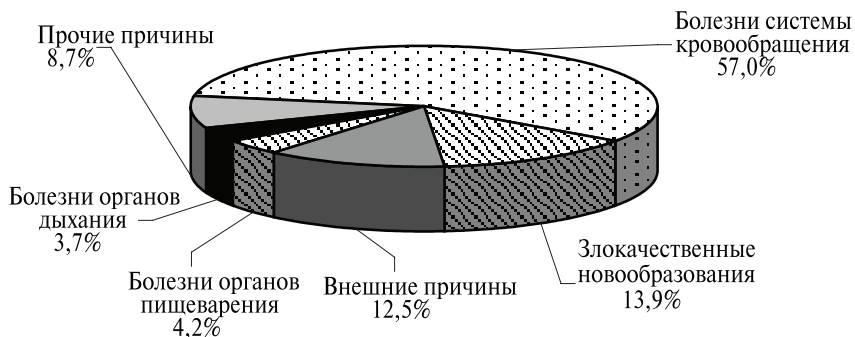
Методика расчета и анализа показателей летальности в стационаре представлена в соответствующих главах учебника. Показатели летальности позволяют комплексно оценить уровень организации лечебно-диагностической помощи, использования современных медицинских технологий, преемственность в работе амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений и являются важнейшими показателями качества медицинской помощи.

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

- все умершие в течение года — 100%;

- умершие от I класса болезней —  $X_1\%$ ;
- умершие от II класса болезней —  $X_2\%$ ;
- .....
- умершие от  $n$  класса болезней —  $X_n$ .

Структура смертности населения Российской Федерации по причинам представлена на *рис. 2.1*.



**Рис. 2.1.** Структура смертности населения Российской Федерации вследствие различных причин (2007).

На 1-м месте – смертность населения в связи с болезнями системы кровообращения (57,0%), на 2-м – вследствие злокачественных новообразований (13,9%), на 3-м – в связи с внешними причинами (12,5%). Эти заболевания составляют более 80% всех причин смертности населения Российской Федерации.

Так же рассчитывают показатели структуры смертности по полу и возрасту.

### 2.2.3. Материнская, детская и перинатальная смертность

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

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

Случаи материнской смертности подразделяют на 2 группы:

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

Показатель материнской смертности рассчитывают по формуле:

<b>Материнская смертность</b>	=	$\frac{\text{Число умерших беременных (с начала беременности), рожениц, а также родильниц (в течение 42 дней после прекращения беременности)}}{\text{Число родившихся живыми}}$	× 100 000
-------------------------------	---	---	-----------

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

**Детская смертность** является важнейшей группой показателей, во многом определяющих демографическую ситуацию в стране. Показатели детской смертности характеризуют не только состояние здоровья, но и уровень социально-экономического благополучия, степень цивилизованности общества в целом. Правильный и своевременный анализ детской смертности позволяет разработать ряд конкретных мер по снижению заболеваемости и смертности, оценить эффективность проводимых мероприятий, в значительной мере охарактеризовать работу органов здравоохранения по охране материнства и детства.

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

В статистике детской смертности выделяют ряд показателей:

**1. Показатели (коэффициенты) младенческой смертности:**

- младенческая смертность (смертность на 1-м году жизни);
- ранняя неонатальная смертность (смертность детей в первые 7 сут, т.е. 168 ч жизни);
- поздняя неонатальная смертность (смертность детей в возрасте 8–28 сут жизни);



- неонатальная смертность (смертность детей в первые 28 сут жизни);
- постнеонатальная смертность (смертность детей в возрасте с 29-го дня жизни до 1 года).

2. **Коэффициент смертности детей** в возрасте до 5 лет.

3. **Коэффициент детской смертности** в возрасте от 0 до 17 лет включительно.

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

<b>Коэффициент младенческой смертности</b>	Число детей, умерших на 1-м году жизни в течение года	=	_____	× 1000
			Число детей, родившихся живыми в данном календарном году	

Значение этого показателя в 2007 г. в РФ составило 9,4‰.

Вместе с тем среди детей, умерших в течение года в возрасте до 1 года, есть родившиеся как в прошлом календарном году, так и в текущем, и соотносить умерших только с родившимися в этом году теоретически неверно. Применение данного способа возможно лишь в том случае, когда число родившихся в отчетном и прошлом году одинаково, что в реальной жизни практически не встречается.

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

<b>Коэффициент младенческой смертности (формула Ратса)</b>	Число детей, умерших в течение года на 1-м году жизни	=	_____	× 1000
			2/3 родившихся живыми в данном календарном году + 1/3 родившихся живыми в предыдущем календарном году	

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

**Первый этап:** число детей, умерших в течение года на первом году жизни, принимают за 100%, из них:

- родившихся в данном календарном году –  $x_1\%$ ;
- родившихся в предыдущем календарном году –  $x_2\%$ .

**Второй этап:** коэффициент младенческой смертности, учитывающая доли  $\frac{x_1}{100}$  и  $\frac{x_2}{100}$ , рассчитывают по формуле:

$$\text{Коэффициент младенческой смертности} = \frac{\text{Число детей, умерших в течение года на первом году жизни}}{\frac{x_1}{100} \text{ от числа детей, родившихся живыми в данном календарном году,} + \frac{x_2}{100} \text{ от числа детей, родившихся живыми в предыдущем календарном году}} \times 1000$$

Коэффициент ранней неонатальной смертности рассчитывают по формуле:

$$\text{Коэффициент ранней неонатальной смертности} = \frac{\text{Число детей, умерших в первые 7 дней за отчетный период}}{\text{Число детей, родившихся живыми за отчетный период}} \times 1000$$

Коэффициент поздней неонатальной смертности рассчитывают по формуле:

$$\text{Коэффициент поздней неонатальной смертности} = \frac{\text{Число детей, умерших в возрасте 8–28 дней за отчетный период}}{\text{Число детей, родившихся живыми за отчетный период}} \times 1000$$

Коэффициент неонатальной смертности рассчитывают по формуле:

$$\text{Коэффициент неонатальной смертности} = \frac{\text{Число детей, умерших в первые 28 дней за отчетный период}}{\text{Число детей, родившихся живыми за отчетный период}} \times 1000$$

Коэффициент постнеонатальной смертности рассчитывают по формуле:

$$\text{Коэффициент постнеонатальной смертности} = \frac{\text{Число детей, умерших в возрасте от 29 дней до 1 года за отчетный период}}{\text{Число детей, родившихся живыми за отчетный период}} \times 1000$$

Помимо коэффициента младенческой смертности в международной практике принято рассчитывать **коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет**. Этот показатель выбран Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) в качестве индикатора

тора благополучия детского населения в различных государствах. Его рассчитывают по формуле:

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

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

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

Значение показателя в РФ в 2006 г. составило 1,09‰.

**Перинатальная смертность.** С 1963 г. в статистику здоровья населения и практику здравоохранения введен термин «перинатальный период». Всемирная ассамблея здравоохранения определила перинатальный период, как период, который начинается с 22-й полной недели (154-й день) внутриутробной жизни плода (в это время в норме масса его тела составляет 500 г) и заканчивается спустя 7 полных дней (168 ч) после рождения. В России статистика перинатального периода имеет свои особенности – считается с 28-й недели беременности, однако при переходе к международным критериям живорожденности (предположительно 2010 г.), очевидно, будет осуществлен переход и к рекомендованной ВОЗ международной статистике перинатального периода.

Перинатальный период включает в себя 3 периода: антенатальный (с 22-й (28-й) недели беременности до родов), интранатальный (период родов) и постнатальный (первые 168 ч жизни). Постнатальный период соответствует раннему неонатальному периоду. Каждому периоду соответствует свой показатель смертности. Следует подчеркнуть, что перинатальная смертность не является составной частью младенческой смертности; в последнюю входит лишь одна составляющая перинатальной смертности – постнатальная (ранняя неонатальная) смертность.

Показатель перинатальной смертности рассчитывают по формуле:

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

Значение этого показателя в 2007 г. в РФ составило 9,1‰.

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

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

Значение этого показателя в 2007 г. в РФ составило 5,1‰.

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

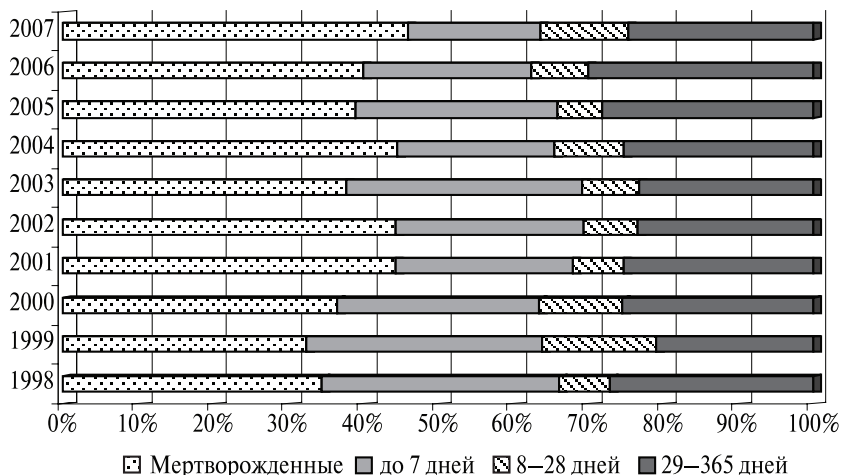
- причины, при которых к гибели ребенка (плода) привели заболевания или состояния матери или последа, патология беременности, родов;
- причины, связанные с заболеванием и (или) состоянием самого ребенка (плода).

Статистика перинатальной смертности имеет свои особенности. В Федеральной службе государственной статистики при расчете показателя перинатальной смертности используется число плодов и новорожденных с массой тела 1000 г и более (или, если масса при рождении неизвестна, длиной тела 35 см и более, или сроком беременности 28 нед и более). В отраслевую статистику перинатальной смертности в соответствии с рекомендациями ВОЗ включают все случаи смерти плода и новорожденного с массой тела 500 г и более (или, если масса при рождении неизвестна, длиной тела 25 см и более, или сроком беременности 22 нед и более). Таким образом, показатель перинатальной смертности отраслевой статистики будет превышать показатель федеральной статистики (в среднем на 3%).

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

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

Динамика фетоинфантильных потерь (на примере Новгородской области) представлена на *рис. 2.2*.



**Рис. 2.2.** Динамика возрастной структуры фетоинфантильных потерь в Новгородской области (1998–2007).

#### 2.2.4. Естественный прирост (противоестественная убыль) населения

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

<b>Общий коэффициент естественного прироста</b>	=	Общий коэффициент рождаемости – Общий коэффициент смертности
---	---	--

Сам естественный прирост населения не всегда отражает демографическую ситуацию в обществе, так как одни и те же значения прироста могут быть получены при различных показателях рождаемости и смертности. В связи с этим естественный прирост населения необходимо оценивать только в соотношении с показателями рождаемости и смертности.

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

прирост при больших показателях смертности также указывает на неблагоприятную демографическую ситуацию.

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

### 2.2.5. Средняя продолжительность предстоящей жизни

Одним из показателей, используемых для оценки общественного здоровья, является показатель средней продолжительности предстоящей жизни (СППЖ), который служит более объективной характеристикой, чем показатели общей смертности и естественного прироста населения.

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

Показатель средней продолжительности предстоящей жизни рассчитывают на основе возрастных коэффициентов смертности путем построения таблиц смертности (или дожития), которые показывают порядок последовательного вымирания гипотетической совокупности лиц, одновременно родившихся. Провести эти расчеты на основе наблюдений за реальным поколением людей практически невозможно (для этого потребовалось бы много десятилетий, и итогом была бы средняя продолжительность жизни уже вымершего поколения, отражающая влияние ушедших в прошлое социально-экономических и иных факторов). Поэтому среднюю продолжительность жизни исчисляют применительно к определенному моменту на основе реальных соотношений числа живущих и умерших в от-

дельных возрастных группах, считают показателем гипотетическим и дополняют термином «предстоящей».

### 2.3. Статика населения

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

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

Всего в России проводилось 8 переписей населения: первая – в 1926 г., последняя – в 2002 г.

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

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

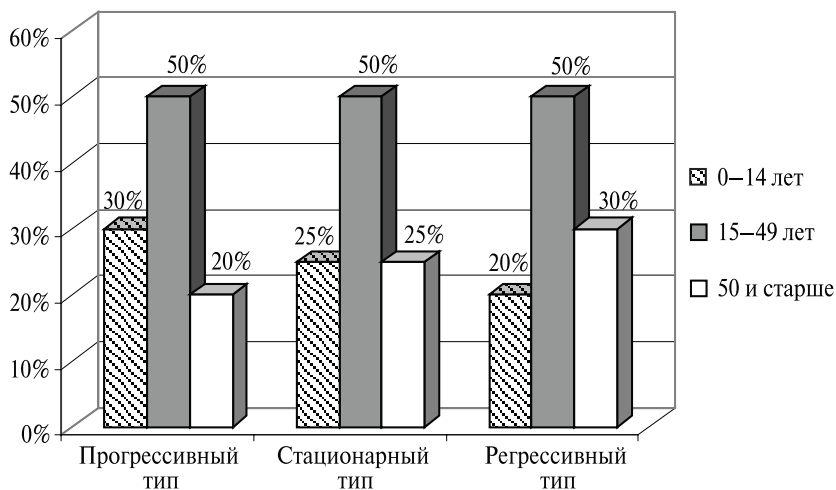
К **постоянному населению** относятся лица, постоянно проживающие на данной территории, включая временно отсутствующих. Кроме того, выделяют **юридическое (приписное) население**, включающее лиц, которые прописаны или связаны с данной территорией действующими правилами регистрации независимо от фактического проживания. Для вычисления большинства показателей естественного движения населения обычно используют данные о среднегодовой численности населения, которую рассчитывают как среднее арифметическое из численности населения на начало и конец соответствующего года по результатам текущих оценок.

Естественным в жизненном цикле популяции является процесс старения населения. Различают 2 типа старения:

- *старение снизу*, которое является результатом снижения рождаемости на фоне не меняющегося уровня смертности в старших возрастных группах;

- *старение сверху*, которое является результатом увеличения средней продолжительности предстоящей жизни, уменьшения смертности в старших возрастных группах на фоне низкой рождаемости.

На основании расчета удельного веса лиц в возрасте 0–14, 15–49, 50 лет и старше можно определить возрастной тип населения. Различают прогрессивный, стационарный и регрессивный типы развития населения (*рис. 2.3*).



**Рис. 2.3.** Возрастные типы развития населения, %.

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

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

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

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

В настоящее время в России сложился регрессивный тип развития населения: доля населения в возрасте 0–14 лет составляет 15,8%, а старше 50 лет – 31,5%.

Однако возраст 50 лет для большинства стран является возрастом трудоспособного населения, и брать его за основу в определении



типа возрастного состава вряд ли целесообразно. В связи с этим зачистую уровень демографической «старости» населения определяют по удельному весу лиц в возрасте 60 лет и старше, для чего используют специальные демографические шкалы. Наиболее распространенной является шкала Ж. Боже-Гарнье–Э. Россета (табл. 2.1).

Таблица 2.1. Шкала демографического старения Ж. Боже-Гарнье–Э. Россета

Удельный вес лиц в возрасте 60 лет и старше, %	Уровень демографической старости
< 8	Демографическая молодость
8–10	Первое преддверие старости
10–12	Собственно преддверие старости
12 и выше	Демографическая старость
12–14	Начальный уровень демографической старости
14–16	Средний уровень демографической старости
16–18	Высокий уровень демографической старости
18 и выше	Очень высокий уровень демографической старости

Для анализа возрастной структуры населения большое значение имеет расчет коэффициента демографической нагрузки, который показывает, сколько детей и стариков приходится на каждые 1000 человек трудоспособного возраста:

<b>Общий коэффициент демографической нагрузки</b>	=	Средняя численность населения нетрудоспособного возраста	× 1000
		Средняя численность населения трудоспособного возраста	

В РФ в 2007 г. показатель составил 577 лиц нетрудоспособного возраста (детей и стариков) на 1000 трудоспособного населения.

## 2.4. Демографическая ситуация в России в конце XX – начале XXI века

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

Так, только за период 1987–1995 гг. из России выехало около 4 млн человек, а въехало в Россию более 6,5 млн иммигрантов – в основном из стран Юго-Восточной Азии, Ближнего Востока, Африки. В начале XXI в. интенсивность миграции ненадолго снизилась с последующим ростом с 2004 г. (табл. 2.2).

Падение рождаемости в России стало наблюдаться с конца 80-х годов прошлого столетия, однако в 90-е годы этот процесс приобрел катастрофический характер и показатель рождаемости к концу столетия достиг беспрецедентно низких цифр. И хотя с начала XXI в. наметилась тенденция к росту рождаемости, значение этого показателя в 2007 г. составило 11,3‰, что соответствует низкому уровню.

На фоне снижения общего коэффициента значительно сократился и суммарный коэффициент рождаемости, который в начале 80-х годов XX в. был на уровне 2,0–2,1 ребенка на одну женщину, что обеспечивало простое воспроизводство населения. Однако, начиная с 90-х годов XX в., значение этого показателя перешло рубеж от простого к суженному воспроизводству населения и составил в 2005 г. 1,29 ребенка на одну женщину. Существующие сегодня уровни рождаемости в 1,6 раза ниже, чем необходимо для обеспечения хотя бы простого воспроизводства населения, и если такая тенденция сохранится, то к 2050 г., по оценкам экспертов ООН, численность населения России сократится на 1/3.

До ВОВ в России отмечалась высокая плодовитость у женщин как до, так и после 30 лет, – так называемый «сельский тип плодовитости». Более половины всех детей рождались у женщин в возрасте старше 30 лет – это были в основном вторые, третьи и последующие дети. В настоящее время наиболее высокий уровень плодовитости отмечается у женщин в возрасте 20–24 года. В последующих возрастных группах этот показатель снижается. Такой вид плодовитости называется «городской тип». При нем отмечается увеличение доли первенцев среди родившихся детей, что говорит об ориентации семей на малодетность. В настоящее время уровень рождаемости в большей степени поддерживается за счет первенцев.

С начала 90-х годов XX в. в России был отмечен беспрецедентно высокий рост показателя смертности, который продолжался вплоть до 2003 г. За этот период времени показатель вырос почти в 1,5 раза. Начиная с 2004 г. отмечается снижение смертности, показатель которой в 2007 г. составил 14,6‰ (средний уровень).

За всю историю России (не считая периода войн) впервые в 1992 г. был отмечен отрицательный естественный прирост (противоестественная убыль) населения, который сохранился до настоящего времени и составил в 2007 г. –3,3‰.

Таблица 2.2. Основные демографические показатели России в 1990–2007 гг.

Показатели	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Миграционный прирост: тысяч человек на 10 000 населения	275,0 1,9	653,7 4,4	362,6 2,5	278,5 1,9	230,8 1,6	93,1 0,6	98,9 0,7	125,9 0,9	132,3 -	239,9 -
Рождаемость, ‰	13,4	9,3	8,7	9,0	9,7	10,2	10,4	10,2	10,4	11,3
Смертность, ‰	11,2	15,0	15,3	15,6	16,2	16,4	16,0	16,1	15,2	14,6
Естественный прирост, ‰	2,2	-5,7	-6,6	-6,6	-6,5	-6,2	-5,6	-5,9	-4,8	-3,3
Младенческая смертность (на 1000 детей, родившихся живыми)	17,4	18,1	15,3	14,6	13,3	12,4	11,6	11,0	10,2	9,4
Перинатальная смертность (на 1000 детей, родившихся живыми и мертвыми)	17,9	15,9	13,2	12,9	12,1	11,3	10,6	10,2	9,6	9,07
Материнская смертность (на 100 000 детей, родившихся живыми)	47,4		39,7	36,5	33,6	31,9	23,4	25,4	23,8	24,1
Средняя продолжительность предстоящей жизни (лет):										
всего	69,2	64,5	65,3	65,2	65,0	64,9	65,3	65,3	66,6	-
мужчин	63,7	58,1	59,0	58,9	58,7	58,6	58,9	58,9	60,4	-
женщин	74,3	71,6	72,3	72,2	71,9	71,8	72,3	72,4	73,2	-
Численность населения на 01.01 соответствующего года (млн человек)	148,0	147,9	145,6	144,8	144,0	143,1	144,2	143,5	142,8	142,2
Удельный вес лиц моложе трудоспособного возраста, %	24,4	21,5	18,3	19,4	18,7	18,0	18,0	16,8	16,3	16,0
Удельный вес лиц старше трудоспособного возраста, %	18,7	20,2	20,7	20,4	20,7	20,7	20,4	20,3	20,4	20,6

Показатель младенческой смертности относится к тем немногим демографическим показателям, которые в 90-е годы XX в. имели положительную динамику. Начиная с 1990 г. этот показатель снизился в 1,9 раза и в 2007 г. составил 9,4‰. Однако значение показателя младенческой смертности в России остается значительно выше его уровня в ряде стран Европы. Так, средний уровень показателя младенческой смертности для 25 стран-членов Европейского союза составил в 2005 г. 4,7‰.

В структуре причин младенческой смертности в настоящее время в РФ преобладают врожденные аномалии (24,0%), болезни органов дыхания (7,6%), травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин (6,6%), инфекционные и паразитарные болезни (4,1%).

В возрастной структуре младенческой смертности на долю неонатальной смертности приходится 59,8%, в том числе на долю ранней неонатальной – 41,2%, поздней неонатальной – 18,6%, постнеонатальной смертности – 40,2%. Отмеченное снижение младенческой смертности в период 1990–2006 гг. в России произошло преимущественно за счет уменьшения неонатальной смертности в 1,8 раза.

За период 1990–2007 гг. показатель перинатальной смертности снизился почти в 2 раза и составил в 2007 г. 9,4‰. В структуре перинатальной смертности преобладает мертворождаемость, на долю которой приходится 50,5%.

В структуре причин перинатальной смертности наибольший удельный вес имеют дыхательные расстройства у новорожденного – дистресс (18,9%), геморрагические нарушения у плода и новорожденного (12,1%) и врожденные пневмонии (11,4%). Среди причин смерти детей 1-й недели жизни преобладают респираторные расстройства (34,1%), врожденные аномалии (18,6%) и внутриутробная гипоксия и асфиксия при рождении (12,2%). В структуре мертворождаемости на 1-м месте стабильно находится внутриутробная гипоксия (83,8%), на 2-м – врожденные аномалии (7,4%).

Среди материнских причин перинатальной смертности наибольший удельный вес имеют патология плаценты и пуповины (32,8%), неустановленные причины (26,7%) и состояния матери, не связанные с беременностью (18,4%). Вызывает тревогу тот факт, что 2-е место в структуре материнских причин занимают неустановленные причины, что означает недостаточное выявление обстоятельств гибели ребенка и прежде всего недорегистрацию интранатальной патологии.

Показатель фетоинфантильных потерь в России за период с 1990 по 2005 г. снизился на 37,1% и составил в 2005 г. 17,1‰. При

этом в связи с более быстрым снижением младенческой смертности в сравнении с мертворождаемостью доля мертворождаемости в динамике увеличивалась и достигла в структуре ФИП в 2005 г. 34,0%.

Показатель материнской смертности имеет четко выраженную тенденцию к снижению и за период 1990–2007 гг. сократился с 47,4 до 24,1 на 100 000 детей, родившихся живыми. Основными причинами материнской смертности являются не прямые причины акушерской смерти, удельный вес которых составляет 14,2%; токсикозы беременных (11,9%); аборт (11,4%); акушерская эмболия (9,4%) и кровотечения в родах и послеродовом периоде (9,1%) (рис. 2.4).

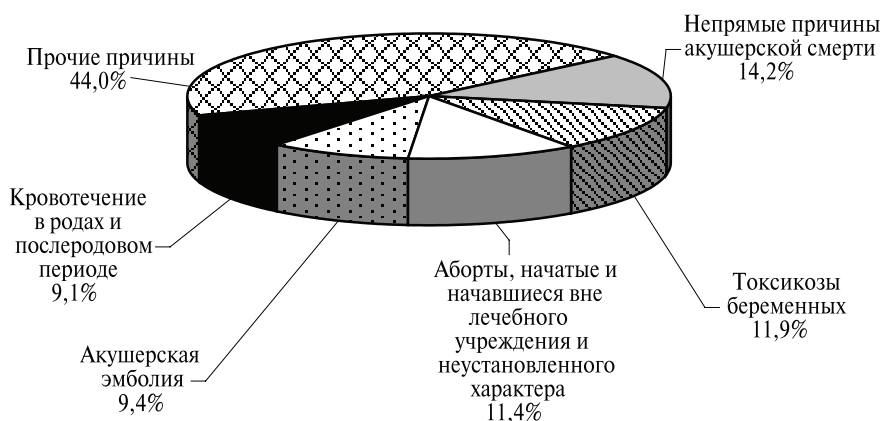


Рис. 2.4. Структура причин материнской смертности в РФ (2006).

Последнее десятилетие показатель средней продолжительности предстоящей жизни в РФ имел тенденцию к снижению, но к 2006 г. возрос и составил для мужчин 60,4 года, женщин 73,2 года. В то же время РФ отстает от ряда стран мира по показателю средней продолжительности предстоящей жизни на 16–19 лет у мужчин и на 9–13 лет у женщин, занимая соответственно 134-е и 100-е место в мире.

Таким образом, в конце XX–начале XXI в. в РФ сложилась такая демографическая ситуация, при которой население страны стало сокращаться, что представляет собой серьезную угрозу национальной безопасности. Особую тревогу вызывает ситуация, при которой поколение детей лишь на 60% замещает поколение родителей, страна ежегодно теряет 800–900 тыс. человек. За период 1990–2006 гг. разница между количеством родившихся и умерших в России составила более 11,6 млн человек, а абсолютная убыль населения (с учетом 5,3 млн въехавших мигрантов) около 5,8 млн (400 000 человек в среднем за год).

Численность населения РФ на начало 2007 г. составила 142,2 млн человек, что на 5,8 млн меньше, чем в 1990 г. В структуре населения страны на долю женщин приходится около 54%, мужчин — 46%, городских жителей — 73%, сельских жителей — 27%.

Реальная угроза национальной безопасности и суверенитету РФ связана с уменьшением численности населения трудоспособных возрастов и соответственно экономического потенциала страны. В 2007 г. удельный вес населения трудоспособного возраста составил всего 63,4%, а показатель демографической нагрузки — 577 детей и пожилых людей на 1000 трудоспособного населения. Старение населения увеличивает нагрузку на его трудоспособную часть, систему здравоохранения и социального обеспечения, способствует обострению проблем с выплатами пенсий и социальных пособий. В условиях ожидаемого экономического роста сокращение численности экономически активного населения (по оценке Минэкономразвития России на 3,2 млн человек за 2006–2010 гг.) вызовет острый дефицит рабочей силы. Привлечение мигрантов из зарубежных государств с социокультурными параметрами и образом жизни, существенно отличающимися от таковых характеристик народов РФ, может только временно и локально способствовать решению экономических проблем.

Очевидно, что эти негативные процессы будут сопровождаться усилением демографического давления на восточные и южные границы РФ со стороны более плотно населенных соседних государств.

Сложившаяся ситуация во многом порождена недостаточным учетом демографических факторов в среднесрочной и долгосрочной социально-экономической стратегии государства, отсутствием должной поддержки института семьи.

В условиях высокой смертности мало внимания уделяется формированию у населения установок здорового образа жизни, профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, несчастных случаев, отравлений и травм, алкоголизма, наркомании, табакокурения.

В последние годы в России крайне мало сделано для привлечения в страну необходимых категорий мигрантов, прежде всего соотечественников. В настоящее время миграция по большей части стихийна и в основной своей массе складывается за счет инокультурных лиц, обладающих низкой профессиональной квалификацией.

В соответствии с прогнозом, разработанным специалистами-демографами, при сохраняющихся тенденциях в уровнях смертности и рождаемости и без принятия комплекса мер по улучшению здоровья численность населения РФ к 2015 г. сократится на 6,2 млн человек и составит 136 млн человек, а к 2025 г. — 124,9 млн человек.

Развитие ситуации по этому сценарию, помимо демографических потерь, неблагоприятно скажется на основных показателях

социально-экономического развития страны, прежде всего на темпе роста валового внутреннего продукта и обеспеченности трудовыми ресурсами, потребует структурных и качественных изменений в системе оказания медицинской и социальной помощи с учетом увеличения доли граждан старшего возраста.

Для преодоления негативных тенденций и стабилизации в дальнейшем демографической ситуации Указом Президента РФ №1351 от 9 октября 2007 г. утверждена «Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» (далее – Концепция), целью которой является создание условий для роста численности, увеличения ожидаемой продолжительности предстоящей жизни, повышения качества жизни населения РФ.

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

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

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

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

**Контрольные вопросы**

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



## Глава 3

### Заболееаемость

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

Основными источниками получения информации о заболееаемости населения являются:

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

В зависимости от источников получения информации и методике учета выделяют:

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

Кроме того, учитывая высокую социальную и экономическую значимость отдельных видов заболееаемости, отдельно рассматривают заболееаемость важнейшими социально значимыми болезнями,

инфекционную заболеваемость, заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) и др.

### 3.1. Заболеваемость по данным обращаемости в организации здравоохранения

Чаще всего впервые по поводу заболевания больные обращаются в амбулаторно-поликлинические учреждения. Амбулаторно-поликлиническая помощь является самым массовым видом медицинской помощи. В амбулаторно-поликлинических учреждениях ведется учет первичной и общей заболеваемости, которую иногда называют терминами «распространенность» или «болезненность».

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

Показатель первичной заболеваемости рассчитывают по следующей формуле:

<b>Первичная заболеваемость</b>	=	$\frac{\text{Число заболеваний, выявленных впервые в жизни в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$	×1000
-------------------------------------	---	---	-------

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

Показатель общей заболеваемости рассчитывают по формуле:

<b>Общая заболеваемость</b>	=	$\frac{\text{Число всех заболеваний, выявленных в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$	×1000
---------------------------------	---	--	-------

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

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

<b>Первичная заболеваемость населения болезнями системы кровообращения</b>	=	Число заболеваний системы кровообращения, выявленных впервые в жизни в данном году	×	1000
		Среднегодовая численность населения		

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

<b>Первичная заболеваемость мужчин трудоспособного возраста болезнями системы кровообращения</b>	=	Число заболеваний системы кровообращения, выявленных впервые в жизни в данном году у мужчин трудоспособного возраста	×	1000
		Среднегодовая численность мужчин трудоспособного возраста		

Учет заболеваемости по данным обращаемости населения за медицинской помощью в организации здравоохранения ведут на основании разработки «Талона амбулаторного пациента» (ф. 025–6(7)/у–89; 025–10/у–97; 025–11/у–02; 025–12/у) или «Единого талона амбулаторного пациента» (ф. 025–8/у–95). Талоны заполняют на все заболевания и травмы (кроме острых инфекционных заболеваний), во всех поликлиниках, амбулаториях в городах и сельской местности.

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

При учете заболеваний необходимо следовать следующим правилам. При регистрации *первичной заболеваемости* за единицу наблюдения принимают случай заболевания, зарегистрированный впервые в жизни у пациента в данном году. Диагнозы острых заболеваний регистрируют каждый раз при их новом возникновении в течение года; хронические заболевания учитывают только 1 раз в году; обострения хронических заболеваний не учитывают. Таким образом, для расчета *показателя первичной заболеваемости* берут все заболевания, возникшие у больного впервые в жизни и отмеченные в формах первичной учетной медицинской документации («Талон амбулаторного пациента» или «Единый талон амбулаторного пациента») знаком (+).

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

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

Уровень первичной заболеваемости взрослого населения колеблется в пределах 500–600‰. Уровень первичной заболеваемости детей значительно превышает аналогичные показатели у взрослых и находится в пределах 1800–1900‰. Общая заболеваемость взрослого населения составляет в среднем 1300–1400‰. Показатель общей заболеваемости детского населения также значительно превышает уровень заболеваемости взрослого населения и находится в пределах 2300–2400‰.

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

Первое место в структуре первичной заболеваемости взрослого населения занимают болезни органов дыхания (26,4%), второе – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (15,6%), третье – болезни мочеполовой системы (9,3%). Ранговая структура первичной заболеваемости детей отличается от таковой у взрослых. В структуре первичной заболеваемости детского населения болезни органов дыхания имеют значительно больший удельный вес (59,4%); второе место в этой возрастной группе принадлежит травмам и отравлениям (5,9%); на третьем месте находятся болезни кожи и подкожной клетчатки (5,3%).

На первом месте в структуре общей заболеваемости взрослого населения находятся болезни системы кровообращения (18,7%); на втором месте – болезни органов дыхания (14,8%), на третьем – болезни костно-мышечной системы (9,2%) (рис. 3.1).

В структуре общей заболеваемости детского населения на первом месте находятся болезни органов дыхания (45,6%), на втором – болезни органов пищеварения (5,9%), на третьем – болезни кожи и подкожной клетчатки (4,6%) (рис. 3.2).

Данные об обращаемости населения в амбулаторно-поликлинические учреждения в настоящее время остаются единствен-

ным источником для расчета показателей первичной и общей заболеваемости. В то же время в диагностике наиболее сложных случаев заболеваний важная роль принадлежит стационарам. Изучение диагнозов, установленных в больничных учреждениях, дает углубленную информацию о частоте отдельных наиболее тяжелых заболеваний, совпадении или расхождении клинических и патологоанатомических диагнозов, преемственности в лечении больных в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях. Преимущество госпитальных диагнозов состоит в том, что они позволяют подтверждать, уточнять или исключать диагнозы, установленные на догоспитальном этапе. Кроме того, больничные учреждения являются ценным источником данных о тех заболеваниях, которые не были поводом для обращения населения в амбулаторно-поликлинические учреждения.

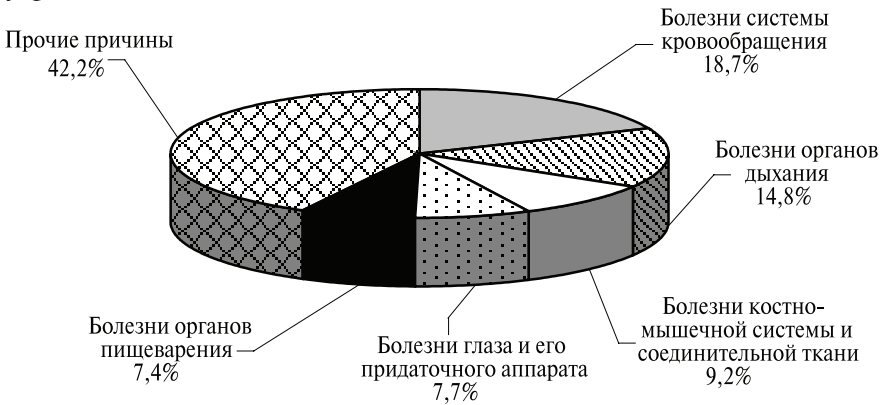


Рис. 3.1. Структура общей заболеваемости взрослого населения РФ (2007).

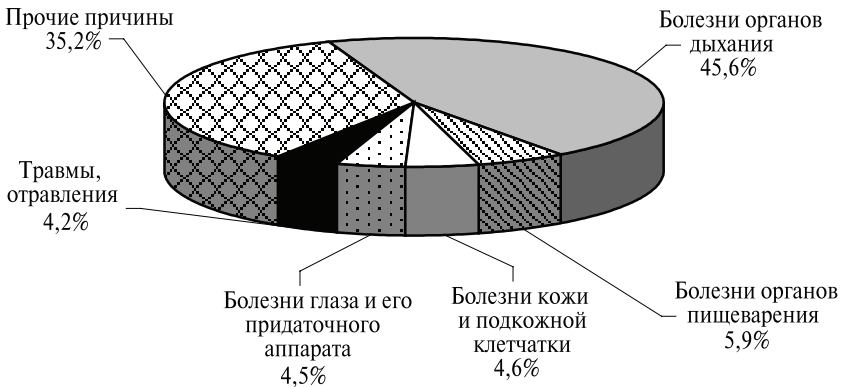


Рис. 3.2. Структура общей заболеваемости детского населения РФ (2007).

Таким образом, именно эти диагнозы необходимо учитывать как дополнительные к тем, которые установлены в амбулаторно-поликлинических учреждениях, и включать в расчет показателей первичной и общей заболеваемости населения. Но это в сложившейся системе государственной статистики возможно только при формировании персонифицированных баз данных (ПБД). Последние годы такие базы стали формироваться в территориальных фондах обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организациях, анализ которых позволяет исключить дублирование госпитальных и амбулаторно-поликлинических диагнозов и получать таким образом более полные и корректные данные о заболеваемости населения.

Заболеваемость по данным обращаемости населения в организации здравоохранения не может дать исчерпывающую картину, позволяющую объективно оценить здоровье граждан. Это связано с рядом причин:

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

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

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

### **3.2. Заболеваемость по данным медицинских осмотров**

Медицинские осмотры дают наиболее полную информацию о всех имеющихся на момент осмотра хронических и острых заболеваниях с клиническими проявлениями, а также о субклиниче-

ских формах, протекающих без нарушений функций систем и органов. Медицинские осмотры, способствуя ранней и своевременной диагностике наиболее распространенных, социально значимых хронических заболеваний, приводящих к инвалидизации и преждевременной смерти, являются перспективным методом развития профилактического направления в здравоохранении.

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

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

Целью **периодических медицинских осмотров** являются динамическое наблюдение за состоянием здоровья работающих в условиях воздействия профессиональных вредностей, своевременное установление начальных признаков профессиональных заболеваний, выявление общих заболеваний, препятствующих продолжению работы с вредными опасными веществами и производственными факторами, для проведения медицинских и других мер. Выделяют 3 вида предварительных и периодических медицинских осмотров в зависимости от контингента лиц, в отношении которых их проводят:

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

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

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

В практике здравоохранения существуют и другие виды медицинских осмотров — разовые комплексные медицинские обследо-

вания различных групп населения, например, водителей личного транспорта, владельцев огнестрельного оружия и др.

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

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

Различают 2 основные формы скрининга: однопрофильный и многопрофильный скрининг. *Однопрофильный (целевой) скрининг* – система медико-организационных мероприятий для целевого выявления отдельных заболеваний или состояний. *Многопрофильный (многоцелевой) скрининг* – система медико-организационных мероприятий для выявления целого ряда заболеваний или состояний. В настоящее время в практическом здравоохранении все большее распространение получают организационные формы многопрофильного (многоцелевого) скрининга.

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

<b>Патологическая пораженность</b>	=	$\frac{\text{Число заболеваний, выявленных на медицинских осмотрах}}{\text{Число осмотренных лиц}} \times 1000$
------------------------------------	---	---

Результаты медицинских осмотров фиксируют в «Карте подлежащего периодическому осмотру» (ф. 046/у) – для лиц, проходящих обязательные периодические осмотры, в «Медицинской карте амбулаторного больного», в «Истории развития ребенка», «Медицинской карте ребенка...» (ф. 026/у-2000) для лиц, обращаю-



щихся за амбулаторно-поликлинической помощью и проходящих диспансеризацию.

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

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

### **3.3. Заболеваемость по данным о причинах смерти**

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

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

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

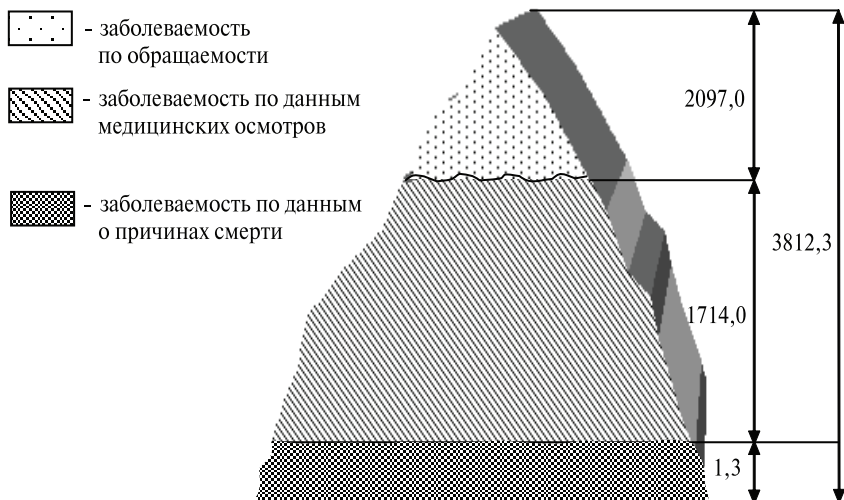
### 3.4. Исчерпанная (истинная) заболеваемость

Заболевания, выявленные при обращении населения в организации здравоохранения, полученные дополнительно в результате медицинских осмотров и при анализе данных о причинах смерти, характеризуют отдельные стороны многопланового показателя заболеваемости и, взятые в отдельности, не дают возможности его комплексной оценки.

♦ Наиболее полной характеристикой заболеваемости населения является *исчерпанная (истинная) заболеваемость*, которую рассчитывают по формуле:

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

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



**Рис. 3.3.** Исчерпанная (истинная) заболеваемость населения Новгородской области по результатам специально проводимых исследований (2005).

### 3.5. Заболеваемость важнейшими социально значимыми болезнями

Отдельные социально значимые заболевания, к которым относятся злокачественные новообразования, туберкулез, ВИЧ-инфекция и СПИД, алкоголизм, наркомания, заболевания, передающиеся половым путем, психические расстройства и некоторые другие подлежат специальному учету. Организация их специального учета связана с тем, что они, как правило, требуют раннего выявления, всестороннего обследования больных, взятия их на диспансерный учет, постоянного наблюдения и специального лечения, а в ряде случаев — и выявления контактов.

При обнаружении социально значимых заболеваний заполняют:

- извещение о больном с вновь установленным диагнозом: сифилис, гонорея, трихомоноз, хламидиоз, герпес урогенитальный, аногенитальные бородавки, микроспория, фавус, трихофития, микоз стоп, чесотка; ф. 089/у-кв;
- извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом туберкулеза, рецидива туберкулеза; ф. 089/у-туб;
- извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования; ф. 090/у.
- извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании; ф. 091/у.

Формы 089/у-кв и 089/у-туб заполняются врачами всех медицинских организаций независимо от ведомственной принадлежности и условий выявления заболеваний (при обращении, при профилактическом осмотре, обследовании в стационаре и др.) на всех больных, у которых впервые в жизни выявлено данное заболевание. В случае выявления двух инфекций у одного и того же больного, например, гонореи и сифилиса, извещение заполняют на каждое заболевание отдельно. Нельзя вписывать два диагноза одной инфекции. Например, сифилис скрытый и сифилис висцеральный. Следует уточнить, какой диагноз является доминирующим, и указать только его. При наличии у больного двух локализаций туберкулеза (туберкулез легких и туберкулез коленного сустава) указывают обе локализации. На 1-е место ставят более тяжелое поражение. При изменении диагноза внутри нозологической формы заполняют новое извещение и ему присваивается тот же номер, что и предыдущему извещению.

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

Для анализа заболеваемости социально значимыми болезнями по каждому из заболеваний рассчитывают показатели первичной заболеваемости. По хроническим заболеваниям, например, психическим расстройствам, помимо первичной заболеваемости рассчитывают и общую заболеваемость. Расчет производят приведенными ранее способами, однако в качестве основания показателя обычно берут не 1000, а 100 000.

По некоторым заболеваниям (туберкулез, злокачественные новообразования, ИППП и др.) рассчитывают показатель контингентов больных по формуле:

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

### 3.6. Инфекционная заболеваемость

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

О каждом случае обнаруженного инфекционного заболевания оповещают территориальные Центры гигиены и эпидемиологии. Список обязательных для извещения инфекционных заболеваний определяется МЗиСР РФ.

Основным документом для изучения эпидемической заболеваемости является «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром, профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (ф. 058/у). Сведения о заболевшем также регистрируют в «Журнале учета инфекционных заболеваний» (ф. 060/у).

Медицинский работник, установивший диагноз или заподозривший инфекционное заболевание, обязан составить экстренное извещение в течение 12 ч и направить его в территориальный Центр гигиены и эпидемиологии (по месту регистрации заболевания независимо от места жительства больного). Медицинские работники учреждений фельдшерского обслуживания составляют экстренное извещение в 2-х экземплярах: 1-й экземпляр отсылают в территориальный Центр гигиены и эпидемиологии, 2-й – в лечебное учреждение, в ведении которого находится данный пункт (сельскую

участковую, районную или городскую больницу, амбулаторию, поликлинику и т.д.).

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

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

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

Показатели инфекционной заболеваемости рассчитывают приведенными выше способами.

### **3.7. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности**

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

вредного воздействия комплекса производственных факторов и условий, психологической несовместимости в коллективе, недостаточно четкой организации оказания лечебно-профилактической помощи и др.

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

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

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

Для анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности рассчитывают следующие показатели:

<b>Число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих</b>	=	$\frac{\text{Число случаев временной утратытрудоспособности}}{\text{Среднегодовая численность работающих}} \times 100$
---	---	--

<b>Число дней временной нетрудоспособности на 100 работающих</b>	=	$\frac{\text{Число дней временной утраты трудоспособности}}{\text{Среднегодовая численность работающих}} \times 100$
--	---	--

<p><b>Средняя длительность (тяжесть) случая временной нетрудоспособности</b></p>	<p>=</p>	$\frac{\text{Число дней временной утраты трудоспособности}}{\text{Число случаев временной утраты трудоспособности}}$
--	----------	--

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

В РФ в 2007 г. число случаев временной нетрудоспособности по всем причинам на 100 работающих составило 63,3; число дней временной нетрудоспособности 820,3 на 100 работающих; средняя длительность одного случая временной нетрудоспособности 13,0 дней.

Порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности и выдачи листков нетрудоспособности изложен в гл. 21.

### 3.8. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем

Основным нормативным документом, который используют во всех странах мира для изучения заболеваемости и причин смертности, является Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). **МКБ** – система группировки болезней и патологических состояний, отражающая современный этап развития медицинской науки. МКБ пересматривается и утверждается ВОЗ примерно каждые 10 лет. В настоящее время действует Международная классификация 10-го пересмотра (МКБ-10) (табл. 3.1).

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

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

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

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

*Таблица 3.1. Классы болезней (МКБ-10)*

Классы	Наименование классов
I	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни
II	Новообразования
III	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм
IV	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ
V	Психические расстройства и расстройства поведения
VI	Болезни нервной системы
VII	Болезни глаза и его придаточного аппарата
VIII	Болезни уха и сосцевидного отростка
IX	Болезни системы кровообращения
X	Болезни органов дыхания
XI	Болезни органов пищеварения
XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки
XIII	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
XIV	Болезни мочеполовой системы
XV	Беременность, роды и послеродовой период
XVI	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде
XVII	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения
XVIII	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках
XIX	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин
XX	Внешние причины заболеваемости и смертности
XXI	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения



**Контрольные вопросы**

1. Перечислите основные источники информации о заболеваемости населения.
2. Как рассчитывают показатели первичной и общей заболеваемости?
3. Чем отличается структура первичной (общей) заболеваемости взрослого и детского населения?
4. Какие виды медицинских осмотров вы знаете? В чем преимущество скрининговых обследований населения?
5. Для чего изучают заболевания, дополнительно выявленные на медицинских осмотрах, и заболеваемость по данным о причинах смерти?
6. Как рассчитывают показатель патологической пораженности населения?
7. Раскройте понятие истощенной заболеваемости населения. Приведите формулу расчета.
8. Как регистрируют важнейшие социально значимые заболевания?
9. Как организована система регистрации и контроля инфекционной заболеваемости?
10. По каким показателям анализируют заболеваемость с временной утратой трудоспособности?
11. Для чего предназначена Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем?

## Глава 4

### Инвалидность

Показатели инвалидности являются важным медико-социальным индикатором общественного здоровья. *Инвалидом* (лат. *invalidus* – слабый, немощный) принято считать человека, который имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

В 2007 г. в РФ было зарегистрировано 13,2 млн инвалидов, в том числе 574,4 тыс. детей-инвалидов. Ежегодно впервые инвалидами признают около 1,5 млн человек.

Признание человека инвалидом осуществляется исходя из комплексной оценки состояния его здоровья на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных и только при проведении медико-социальной экспертизы (порядок направления граждан и проведения медико-социальной экспертизы изложены в гл. 21).

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

#### 4.1. Критерии определения инвалидности

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

◆ Показания для установления I группы инвалидности:

- неспособность к самообслуживанию или полная зависимость от других лиц;
- неспособность к самостоятельному передвижению и потребность в постоянной помощи других лиц;
- неспособность к ориентации (дезориентация);
- неспособность к общению;
- неспособность контролировать свое поведение.

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

- ◆ Показания для установления II группы инвалидности:
  - способность к самообслуживанию с частичной помощью других лиц и использованием вспомогательных средств;
  - способность к самостоятельному передвижению с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц;
  - неспособность к трудовой деятельности или способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях с использованием вспомогательных средств и (или) специально оборудованного рабочего места, с помощью других лиц;
  - неспособность к обучению или способность к обучению только в специальных учебных заведениях или по специальным программам в домашних условиях;
  - способность ориентации во времени и в пространстве, требующая помощи других лиц;
  - способность к общению с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц;
  - прогрессирующее снижение критики по отношению к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц.

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

- ◆ Показания для установления III группы инвалидности:
  - способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств;
  - способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, подробности выполнения и сокращении расстояния;
  - способность к обучению в учебных заведениях общего типа при соблюдении специального режима учебного процесса и (или) с использованием специальных методов и режима обучения, с помощью других лиц (кроме обучающего персонала);
  - способность к самостоятельной ориентации только в привычной ситуации при условии использования вспомогательных средств;
  - способность к общению, характеризующаяся снижением скорости, уменьшением объема усвоения, получения и передачи информации.

При установлении группы инвалидности одновременно определяют **степень ограничения его способности к трудовой деятельности** (III, II или I степень ограничения), либо группу инвалидности устанавливают без ограничения способности к трудовой деятельности. При оценке степени ограничения способности к трудовой деятельности определяют способность к труду в обычных производственных условиях, в специально созданных условиях, либо неспособность к труду.

В зависимости от обстоятельств наступления инвалидности при проведении медико-социальной экспертизы определяют следующие причины инвалидности.

**1. Инвалидность вследствие общего заболевания** является наиболее частой причиной инвалидности за исключением случаев, непосредственно связанных с профессиональными заболеваниями, трудовым увечьем, военной травмой и др.

**2. Инвалидность в связи с трудовым увечьем** устанавливается гражданам, инвалидность которых наступила вследствие повреждения здоровья, связанного с несчастным случаем на производстве.

**3. Инвалидность вследствие профессионального заболевания** устанавливается гражданам, инвалидность которых наступила вследствие острых и хронических профессиональных заболеваний.

**4. Инвалидность с детства:** лицу в возрасте до 18 лет, признанному инвалидом, устанавливается статус «ребенок-инвалид»; при достижении возраста 18 лет и старше этим лицам устанавливается «инвалидность с детства».

**5. Инвалидность у бывших военнослужащих** устанавливается при заболеваниях и травмах, связанных с выполнением военных обязанностей.

**6. Инвалидность вследствие радиационных катастроф** устанавливается гражданам, инвалидность которых наступила вследствие ликвидации аварий на Чернобыльской АЭС, ПО «Маяк» и др.

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

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

- не позднее 2 лет после первичного признания инвалидом (установления категории «ребенок-инвалид») гражданина, имеющего заболевания, дефекты, необратимые морфологические изменения, нарушения функций органов и систем организма, перечисленные в специальном Перечне, утвержденном постановлением Правительства РФ;

- не позднее 4 лет после первичного признания гражданина инвалидом (установления категории «ребенок-инвалид»), когда выявляется невозможность устранения или уменьшения в ходе осуществления реабилитационных мероприятий степени ограничения жизнедеятельности гражданина, вызванного стойкими необратимыми морфологическими изменениями, дефектами и нарушениями функций органов и систем организма.

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

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

## 4.2. Реабилитация инвалидов

Для гражданина, признанного инвалидом, специалистами бюро, проводившими медико-социальную экспертизу, разрабатывается **индивидуальная программа реабилитации (ИПР)**, которая представляет собой перечень реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление способностей инвалида к бытовой, общественной и профессиональной деятельности в соответствии со структурой его потребностей, кругом интересов, уровнем притязаний, учетом прогнозируемого уровня его соматического состояния, психофизиологической выносливости, социального статуса и реальных возможностей социально-средовой инфраструктуры. В ИПР определяют виды, формы рекомендуемых реабилитационных мероприятий, их объем, сроки проведения и исполнители.

**Реабилитация инвалидов** – процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Выделяют следующие основные виды реабилитации инвалидов.

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

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

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

- **Социальная реабилитация** – процесс восстановления способностей индивида к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности. Она включает в себя социально-средовую

ориентацию и социально-бытовую адаптацию. Социально-средовая ориентация представляет собой индивидуальный подбор доступных видов общественной и семейно-бытовой деятельности, а социально-бытовая адаптация определяет оптимальные режимы общественной и семейно-бытовой деятельности в конкретных социально-средовых условиях и приспособление к ним инвалида.

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

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

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

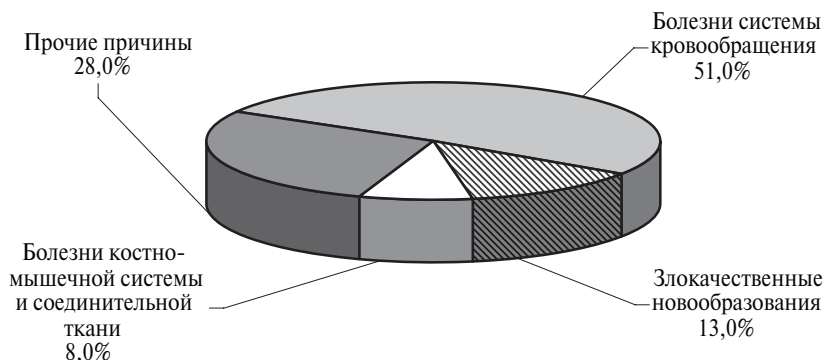
**Показатель первичной инвалидности** характеризует распространенность среди лиц трудоспособного возраста случаев инвалидности, установленных впервые в данном году. Показатель рассчитывают по формуле:

<b>*Первичная инвалидность</b>	=	Общее число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами в данном году	×10 000
		Общая численность лиц трудоспособного возраста	

*\*Примечание:* показатель может рассчитываться по отдельным возрастно-половым группам, классам заболеваний, нозологическим формам.

В 2007 г. в РФ этот показатель составил 78,1 на 10 000 населения.

В структуре первичной инвалидности взрослого населения 1-е место занимают болезни системы кровообращения (51%), 2-е — злокачественные новообразования (13%), 3-е — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (8%) (*рис. 4.1*). Эти причины составляют более 70% в структуре всех причин первичной инвалидности населения.



**Рис. 4.1.** Структура причин первичной инвалидности взрослого населения Российской Федерации (2007 г.).

**Показатель структуры первичной инвалидности (по группам инвалидности)** характеризует распределение показателя первичной инвалидности по группам. Показатель рассчитывают по формуле:

<b>Структура первичной инвалидности (по группам инвалидности)</b>	=	Число лиц, признанных инвалидами I (II, III) группы	× 100
		Общее число лиц, впервые признанных бюро МСЭ инвалидами, за год	

В структуре первичной инвалидности населения РФ в 2007 г. на долю инвалидов I группы приходилось 9,4%, II группы – 54,7%, III группы – 35,9%.

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

<b>Полная медицинская и профессиональная реабилитация инвалидов</b>	=	Общее число инвалидов, признанных трудоспособными	× 100
		Общее число инвалидов, повторно освидетельствованных в бюро МСЭ	

Значение этого показателя в Российской Федерации находится в пределах 3–5%.

**Суммарный показатель частичной медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов** характеризует эффективность медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на частичную компенсацию стойкой



утраты трудоспособности. Показатель рассчитывают по формуле:

<b>Суммарный показатель частичной медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов</b>	=	Общее число лиц, признанных инвалидами III группы (из числа инвалидов I и II групп) + общее число лиц, признанных инвалидами II группы (из числа инвалидов I группы)	×100
		Общее число инвалидов I и II групп, повторно освидетельствованных в бюро МСЭ	

Значение показателя в РФ составляет около 5%.

### Контрольные вопросы

1. Какие категории лиц принято считать инвалидами?
2. Перечислите критерии для установления инвалидности I, II, III групп.
3. Каковы основные причины инвалидности?
4. Что такое реабилитация инвалидов? Какие существуют виды реабилитации инвалидов?
5. По каким показателям проводят анализ инвалидности населения? Приведите формулы расчета.

## Глава 5

### Физическое здоровье

Физическое здоровье является важным признаком, определяющим в целом уровень здоровья населения. Показатели физического здоровья используются для выявления антропометрических маркеров риска ряда заболеваний, контроля за физическим развитием детей и оценки эффективности проводимых оздоровительных мероприятий. Они необходимы для определения режима жизни и физической нагрузки ребенка, оценки школьной зрелости, спортивных возможностей детей. Показатели физического здоровья являются важными критериями в определении годности к воинской службе и роду войск, широко используются в судебно-медицинской практике.

Физическое здоровье изучается как на популяционном, так и на индивидуальном уровне, отдельно для детского и взрослого населения.

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

*Гомеостаз* — способность организма поддерживать относительное постоянство внутренней среды (крови, лимфы, межклеточной жидкости) и устойчивость основных физиологических функций (кровообращения, дыхания, обмена веществ и др.) в пределах, обеспечивающих его нормальную жизнедеятельность.

Уровень физического здоровья населения во многом говорит о социальном благополучии в обществе. Под влиянием длительно действующих неблагоприятных факторов уровень физического здоровья снижается, и наоборот, улучшение условий, нормализация образа жизни способствуют повышению уровня физического здоровья населения.

Основными методами изучения физического здоровья населения являются:

- антропоскопия (описание тела в целом и отдельных его частей);

- антропометрия (измерение размеров тела и отдельных его частей);
- антропофизиометрия (определение физиологического состояния, функциональных возможностей организма).

*Антропоскопия* основывается на визуальном осмотре человека. Оценивают тип телосложения, состояние кожных покровов, степень развития мускулатуры, отложений жира, состояние опорно-двигательного аппарата, развитость вторичных половых признаков и др. Состояние опорно-двигательного аппарата визуально оценивают по ширине плеч, осанке, массивности. Степень полового созревания определяют по совокупности вторичных половых признаков: оволосению лобка и подмышечных впадин, развитию молочных желез и времени появления менструаций у девочек.

*Антропометрию* проводят с помощью специальных инструментов – антропометра, ростомера, сантиметровой ленты, различных циркулей и др. Различают основные и дополнительные антропометрические показатели. К основным относят рост, массу, площадь поверхности, объем тела, длину окружности грудной клетки (при максимальном вдохе, паузе и максимальном выдохе). К дополнительным антропометрическим показателям относят рост сидя, длину окружности шеи, живота, талии, бедра и голени, размер плеча, сагитальный и фронтальный диаметры грудной клетки, длину рук, массу подкожного жира и др.

Для анализа антропометрических данных используют оценочные коэффициенты, выведенные путем сопоставления различных антропометрических признаков. Этими коэффициентами пользуются для оценки физического здоровья индивидуумов, комплексной оценки здоровья населения, отбора в спортивные секции и др.

*Антропофизиометрию* проводят с использованием специальных приборов (динамометры, угломеры, велоэргометры, спирографы и др.) и антропофизиометрических методов исследования и оценивают целым рядом показателей, характеризующих силу кисти и становую силу, жизненную емкость легких, физическую работоспособность человека и др.

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

Специалистами Новгородского научного центра Северо-Западного отделения РАМН разработана методика оценки физического здоровья населения, которая основывается на балльной

системе оценки критериев физического здоровья отдельно детей и взрослых с последующим их суммированием. Таким образом, получаются интегральные показатели уровня физического здоровья детского, взрослого и всего населения\*.

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

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

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

*Физико-химические факторы:*

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

*Отдельные факторы жизни:*

- алиментарные;
- информационные;
- социально-биологические;
- урбанизация.

*Генетические факторы:*

- циклические биологические изменения;
- гетерозис (смещение популяций).

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

Акселерация не может рассматриваться однозначно как положительный или отрицательный процесс. Она ставит много проблем перед современным обществом, а именно:

- более раннее биологическое созревание, которое наступает до социальной зрелости и гражданской дееспособности (более раннее начало половой жизни, рост числа «юных» матерей, числа абортов у несовершеннолетних и т.д.);

---

\* Методические рекомендации по изучению физического здоровья населения / О.П. Щепин, В.А. Медик, А.Г. Швецов, И.Л. Истомина и др. Утв. РАМН. М., 2008.

- необходимость установления новых норм трудовой, физической нагрузки, питания, нормативов детской одежды, обуви, мебели и предметов обихода;
- нарастающая вариабельность всех признаков возрастного развития, полового созревания, необходимость установления новых границ между нормой и патологией;
- диссоциация между продольными и поперечными размерами тела, приводящая к грацилизации тела и росту числа осложнений в родах.

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

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

### **Контрольные вопросы**

1. Дайте определение физического развития населения.
2. Какие основные методы изучения физического развития вы знаете?
3. Перечислите основные типы телосложения.
4. Что такое акселерация? Каковы ее основные причины?

## Глава 6

### Современные проблемы профилактики

Здоровье населения обусловлено комплексным воздействием факторов, определяющих образ жизни человека и состояние среды его обитания – атмосферного воздуха, воды, почвы, уровня благосостояния общества и др. Одни факторы позитивно влияют на состояние здоровья населения, другие оказывают отрицательное воздействие. Факторы, потенциально опасные для здоровья человека и способствующие возникновению заболеваний, называют факторами риска.

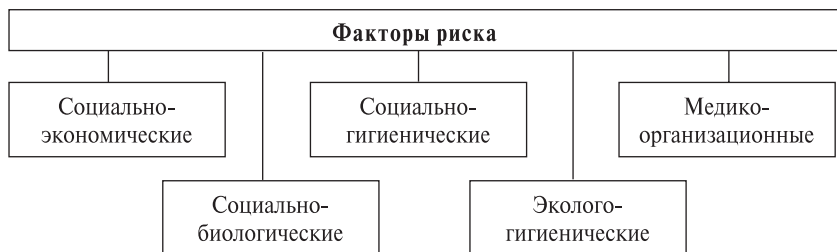
**Факторы риска** – это потенциально опасные для здоровья факторы, повышающие вероятность возникновения заболеваний, их развития и неблагоприятного исхода. Понятие «фактор риска» применяют к любому явлению, влияние которого повышает вероятность возникновения заболеваний. Наряду с непосредственными причинами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

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

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

- низкая физическая активность;
- несбалансированное питание (избыточное потребление поваренной соли, насыщенных жиров, недостаток белков, микроэлементов, витаминов и др.);
- вредные привычки (табакокурение, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков и др.);
- психологическая дезадаптация (высокая психо-эмоциональная нагрузка, усталость на работе, чувство страха, враждебности, социальной незащищенности и др.).

Классификация факторов риска представлена на *рис. 6.1.*



**Рис. 6.1.** Классификация факторов риска.

Разделение факторов на приведенные группы весьма условно, так как человек обычно подвергается комплексному воздействию взаимосвязанных и обуславливающих друг друга факторов. В связи с этим при изучении здоровья населения проводят комплексные статистические исследования, в которых учитывают влияние множества факторов, взаимосвязь и ранговую оценку каждого из них.

В отдельных случаях воздействие факторов риска моментально приводит к развитию заболевания. В этом случае можно предположить, что именно это воздействие и явилось фактором риска для данного заболевания. Другие болезни имеют продолжительный латентный период между действием фактора и клиническим проявлением заболевания. Установление связи между ними в таком случае становится проблематичным.

Устранение или смягчение негативного влияния факторов риска на здоровье населения лежит в основе первичной профилактики и формирования здорового образа жизни.

Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан закреплён приоритет профилактических мер в укреплении и охране здоровья населения. Профилактика заболеваний является главным принципом отечественного здравоохранения.

Комплекс профилактических мер, реализуемый через систему здравоохранения, называется *медицинской профилактикой*. Медицинская профилактика по отношению к населению бывает индивидуальной, групповой и популяционной (массовой). Индивидуальная профилактика – это проведение профилактических мероприятий с отдельными лицами; групповая – с группами лиц со сходными факторами риска; популяционная – охватывает большие группы населения (популяцию) или население в целом.

Кроме того, различают первичную, вторичную и третичную профилактику, или реабилитацию.

**Первичная профилактика** — комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение появления тех или иных заболеваний и отклонений в состоянии здоровья.

Первичная профилактика включает в себя комплекс мер, предусматривающих:

- снижение влияния вредных факторов окружающей среды на организм человека (улучшение качества атмосферного воздуха, питьевой воды, почвы, структуры и качества питания, условий труда, быта и отдыха, уровня психосоциального стресса и других факторов, влияющих на качество жизни);

- формирование здорового образа жизни;
- предупреждение профессионально обусловленных заболеваний и травм, несчастных случаев, а также случаев смертности в трудоспособном возрасте;

- проведение иммунопрофилактики среди различных групп населения.

**Вторичная профилактика** представляет собой комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление заболеваний, а также предупреждение их обострений, осложнений и хронизацию.

Вторичная профилактика включает в себя:

- целевое санитарно-гигиеническое обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием (организация школ здоровья для больных, страдающих бронхиальной астмой, сахарным диабетом, гипертонической болезнью и др.);

- проведение медицинских осмотров с целью выявления заболеваний на ранних стадиях развития;

- проведение курсов профилактического (противорецидивного) лечения.

**Третичная профилактика, или реабилитация**, — комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных физиологических, социальных функций организма, качества жизни и трудоспособности больных и инвалидов. Это достигается развитием сети центров восстановительной медицины и реабилитации, а также санаторно-курортных учреждений.

Одним из важнейших компонентов первичной профилактики является **формирование здорового образа жизни (ЗОЖ)**, который включает в себя благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, позволяющие сохранять и укреплять здоровье, поддерживать оптимальное качество жизни.



Важная роль в формировании здорового образа жизни принадлежит его пропаганде, целью которой является формирование гигиенического поведения населения, базирующегося на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на сохранение и укрепление здоровья, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия.

Важнейшими направлениями формирования ЗОЖ являются:

- пропаганда факторов, способствующих сохранению здоровья: личная гигиена, гигиена труда, отдыха, питания, физкультура, гигиена половой жизни, медико-социальная активность, гигиена окружающей среды и др.;

- пропаганда мер по профилактике факторов, пагубно влияющих на здоровье: избыточного потребления пищи при недостаточной физической нагрузке, злоупотребления спиртными напитками, употребления наркотиков, курения табака, соблюдения некоторых этнических обрядов и привычек и т.д.

Для пропаганды здорового образа жизни используют различные методы (рис. 6.2).



Рис. 6.2. Формы пропаганды здорового образа жизни.

Первичными подразделениями службы формирования здорового образа жизни являются *отделения (кабинеты) профилактики*.

Они организуются в составе территориальных поликлиник, поликлинических отделений центральных районных (городских) больниц, медико-санитарных частей. По решению органов управления здравоохранением аналогичные подразделения могут создаваться в других лечебно-профилактических учреждениях.

Организационно-методическое руководство деятельностью отделений (кабинетов) медицинской профилактики осуществляет региональный **Центр медицинской профилактики**.

Отделение (кабинет) медицинской профилактики возглавляет врач (фельдшер), имеющий соответствующую подготовку в области медицинской профилактики.

Основными задачами отделения (кабинета) медицинской профилактики являются координация взаимодействия лечебно-профилактического учреждения с региональным центром медицинской профилактики, организационно-методическое обеспечение деятельности медицинских работников лечебно-профилактического учреждения по выявлению факторов риска, коррекции образа жизни, пропаганде медицинских и гигиенических знаний, здорового образа жизни. Кроме того, в современных условиях на первый план выходят задачи информационного обеспечения специалистов и населения по вопросам охраны здоровья, в том числе и через средства массовой информации, изучения и оценки знаний вопросов профилактики заболеваний, формирования здорового образа жизни у населения путем проведения социологических опросов. Все это невозможно без внедрения научно обоснованных мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний, гигиеническому обучению и воспитанию населения.

Проблемы укрепления здоровья населения путем существенно-го снижения распространенности социально значимых заболеваний, создания условий и формирования мотивации для ведения здорового образа жизни последние годы привлекают все большее внимание на государственном уровне. В связи с этим «Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» предусмотрено решение следующих задач:

- формирование у различных групп населения, особенно у подрастающего поколения, мотивации для ведения здорового образа жизни путем повышения информированности граждан через средства массовой информации о влиянии на здоровье негативных факторов и возможности их предупреждения. Привлечение граждан к занятиям физической культурой, туризмом и спортом, организации отдыха и досуга независимо от места жительства, а также разработка механизмов поддержки общественных инициатив, направленных на укрепление здоровья населения;

- разработка мер, направленных на снижение количества потребляемого алкоголя, регулирование производства, продажи и потребления алкогольной продукции, осуществление в образовательных учреждениях профилактических программ, направленных на недопущение потребления алкоголя и табачных изделий детьми и подростками;
- создание эффективной системы профилактики социально значимых заболеваний, предупреждения факторов их развития;
- обеспечение безбарьерной среды обитания для лиц с ограниченными возможностями, развитие реабилитационной индустрии, направленной на обеспечение максимальной социализации инвалидов;
- внедрение комплексных оздоровительных и реабилитационных программ по сокращению сроков восстановления здоровья после перенесенных заболеваний и травм, развитие услуг, предоставляемых санаторно-курортными организациями и оздоровительными учреждениями.

Таким образом, рационально построенная система профилактики дает высокий социальный и экономический эффект за счет предотвращения преждевременной смертности, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инвалидности, сокращения расходов на выплату социальных пособий и др.

### **Контрольные вопросы**

1. Что такое факторы риска? Приведите их классификацию.
2. Какие виды медицинской профилактики вы знаете?
3. Что такое первичная профилактика?
4. Что включает в себя вторичная профилактика?
5. Что представляет собой третичная профилактика?
6. Раскройте понятие «здоровый образ жизни».
7. Какие формы пропаганды здорового образа жизни используют в работе с населением?
8. Перечислите основные задачи отделения (кабинета) медицинской профилактики.
9. Какие задачи по формированию здорового образа жизни сформулированы в «Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года»?

## Глава 7

### Качество жизни, связанное со здоровьем

В последние годы для оценки уровня социально-экономического благополучия индивидуумов, социальных групп населения, популяции, доступности им основных материальных благ все чаще стали использовать понятие «качество жизни», которое ВОЗ (1999) предложила рассматривать как оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и др.) в достижении благополучия и самореализации. Исходя из этого можно сформулировать следующее определение: *качество жизни* – это интегральная оценка индивидуумом своего положения в жизни общества (в системе общечеловеческих ценностей), а также соотношение этого положения со своими целями и возможностями. Другими словами, качество жизни отражает уровень комфортности человека в обществе и базируется на трех основных компонентах:

- условиях жизни, то есть объективной, не зависящей от самого человека, стороне его жизни (природная, социальная среда и др.);
- образе жизни, то есть субъективной, создаваемой самим индивидуумом стороне жизни (общественная, физическая, интеллектуальная активность, досуг, духовность и др.);
- удовлетворенности условиями и образом жизни.

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

Современная концепция изучения качества жизни, связанного со здоровьем, базируется на трех составляющих.

**1. Многомерность.** Качество жизни, связанное со здоровьем, оценивают характеристиками, как ассоциированными, так и не ас-

соцированными с заболеванием, что позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного.

**2. Изменяемость во времени.** Качество жизни, связанное со здоровьем, меняется во времени в зависимости от состояния больного. Данные о качестве жизни позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию терапии.

**3. Участие больного в оценке своего состояния.** Эта составляющая является особенно важной. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем, сделанная самим больным, является ценным показателем его общего состояния. Данные о качестве жизни наряду с традиционным врачебным заключением позволяют составить более полную картину болезни и прогноз ее течения.

Методология исследования качества жизни, связанного со здоровьем, включает в себя те же этапы, что и любое медико-социальное исследование. Как правило, объективность результатов исследования зависит от точности выбора метода. Наиболее эффективным методом оценки качества жизни в настоящее время является социологический опрос населения путем получения стандартных ответов на стандартные вопросы, которые сформулированы в специальных опросниках. Опросники бывают общие, применяемые для оценки качества жизни, связанного со здоровьем населения в целом, независимо от патологии, и специальные, используемые при конкретных заболеваниях. К опросникам, используемым для этих целей, предъявляются определенные требования. Они должны быть:

- универсальными (охватывать все параметры качества жизни, связанного со здоровьем);
- надежными (фиксировать индивидуальные особенности качества жизни, связанного со здоровьем, у каждого респондента);
- чувствительными (отмечать любые значимые изменения здоровья каждого респондента);
- воспроизводимыми (тест – ретест);
- простыми в использовании;
- стандартизованными (предлагать единый вариант стандартных вопросов и ответов для всех групп респондентов);
- оценочными (давать количественную оценку параметров качества жизни, связанного со здоровьем).

Корректное с точки зрения получения достоверной информации исследование качества жизни, связанного со здоровьем, возможно только при использовании опросников, прошедших валидацию, то есть получивших подтверждение того, что предъявляемые к ним требования соответствуют поставленным задачам.

Преимуществом общих опросников является то, что их валидность установлена для различных нозологий, что позволяет проводить сравнительную оценку влияния различных медико-социальных программ на качество жизни больных, как страдающих отдельными заболеваниями, так и относящихся к различным классам болезней. В то же время недостатком таких статистических инструментов является их низкая чувствительность к изменениям состояния здоровья с учетом отдельно взятого заболевания. В связи с этим общие опросники целесообразно применять при проведении эпидемиологических исследований для оценки качества жизни, связанного со здоровьем, отдельных социальных групп населения, популяции в целом.

Примерами общих опросников могут служить опросник SIP (Sickness Impact Profile) и опросник SF-36 (The MOS 36-Item Short-Form Health Survey). Опросник SF-36 является одним из наиболее популярных. Это связано с тем, что он, являясь общим, позволяет оценивать качество жизни больных с различными заболеваниями и сравнивать этот показатель с таковым у здоровой популяции. Кроме того, SF-36 позволяет охватывать респондентов от 14 лет и старше, в отличие от других опросников для взрослых, в которых минимальным порогом является возраст 17 лет. Преимуществом данного опросника является краткость (содержит всего 36 вопросов), что делает его применение достаточно удобным.

Специальные опросники применяют для оценки качества жизни больных с тем или иным заболеванием, эффективности их лечения. Они позволяют уловить изменения в качестве жизни пациентов, произошедшие за относительно короткий промежуток времени (обычно за 2–4 нед). Специальные опросники применяют для оценки эффективности схем лечения конкретного заболевания. В частности, их используют при клинических испытаниях фармакологических препаратов. Существует много специальных опросников, например AQLQ (Asthma Quality of Life Questionnaire) и AQ-20 (20-Item Asthma Questionnaire) для бронхиальной астмы, QLMI (Quality of Life after Myocardial Infarction Questionnaire) для больных острым инфарктом миокарда и т.д.

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

Единых критериев и стандартных норм качества жизни, связанного со здоровьем, не существует. Каждый опросник имеет свои критерии и шкалу оценок. Для отдельных социальных групп населения, проживающих в различных административных территориях,

странах можно определить условную норму качества жизни больных и в дальнейшем проводить сравнение с ней.

Все большее распространение методик изучения качества жизни, связанного со здоровьем, ставит ряд вопросов и указывает на типичные ошибки, которые допускают исследователи.

Прежде всего, возникает вопрос: уместно ли говорить о качестве жизни в стране, где многие люди живут за чертой бедности, государственная система здравоохранения финансируется не в полном объеме, а цены на медикаменты в аптеках недоступны для большинства больных? Скорее всего, нет, поэтому доступность медицинской помощи рассматривается ВОЗ как важный фактор, влияющий на качество жизни больных.

Второй вопрос, который возникает при изучении качества жизни: обязательно ли проводить опрос самого больного или можно опросить его родственников? При изучении качества жизни, связанного со здоровьем, необходимо учитывать то обстоятельство, что имеются значительные несоответствия между показателями качества жизни, оцененными самими пациентами и «сторонними наблюдателями», например родственниками, друзьями. В первом случае, когда родные и близкие излишне драматизируют ситуацию, срывается так называемый «синдром телохранителя». Во втором случае проявляется «синдром благодетеля», когда они завышают реальный уровень качества жизни больного. В большинстве случаев только сам пациент может определить, что хорошо, а что плохо в оценке своего состояния. Исключения составляют некоторые опросники, применяемые в педиатрической практике.

Распространенной ошибкой является отношение к качеству жизни как к критерию степени тяжести заболевания. Нельзя строить заключение о влиянии какого-либо метода лечения на качество жизни больного, основываясь на динамике клинических показателей. Важно помнить, что качество жизни оценивает не тяжесть течения процесса, а то, как пациент переносит свое заболевание. Так, при длительно текущей болезни некоторые больные привыкают к своему состоянию и перестают обращать на него внимание. У таких пациентов можно наблюдать повышение уровня качества жизни, что, однако, не будет означать ремиссию заболевания.

Большое количество программ клинических исследований направлено на выбор оптимальных алгоритмов лечения различных заболеваний. При этом качество жизни рассматривают как важный интегральный критерий эффективности лечения. Например, он может использоваться для сравнительной оценки качества жизни больных, страдающих стабильной стенокардией напряжения, прошедших

курс консервативного лечения и подвергшихся операции чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики, до и после лечения. Этот показатель также может быть использован при разработке реабилитационных программ для больных, перенесших тяжелые заболевания и операции.

Доказано значение оценки качества жизни, связанного со здоровьем, как прогностического фактора. Данные о качестве жизни, полученные до лечения, могут быть использованы для прогноза развития заболевания, его исхода и таким образом помочь врачу в выборе наиболее эффективной программы лечения. Оценка качества жизни как прогностического фактора может быть полезна при стратификации больных в клинических исследованиях и при выборе стратегии индивидуального лечения больного.

Важную роль играют исследования качества жизни больных в контроле качества оказываемой населению медицинской помощи. Эти исследования являются дополнительным инструментом оценки эффективности системы организации медицинской помощи на основе мнения главного его потребителя – больного.

Таким образом, исследование качества жизни, связанного со здоровьем, является новым и эффективным инструментом оценки состояния больного до, в ходе и после лечения. Большой международный опыт изучения качества жизни больных показывает его перспективность во всех разделах медицины.

### **Контрольные вопросы**

1. Дайте определение понятия «качество жизни».
2. Что подразумевается под понятием «качество жизни, связанное со здоровьем»?
3. Какие 3 составляющие включает в себя современная концепция изучения качества жизни?
4. Какие требования предъявляют к опросникам при социологических исследованиях качества жизни?
5. В каких случаях используют общие и специальные опросники?
6. Как применяют исследования качества жизни в клинической практике?



**Часть II**

# **Здравоохранение**



## Введение

Охрана здоровья граждан является обязательным условием нормальной жизни любого цивилизованного общества. В соответствии с законодательством граждане РФ обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья. В России государство возлагает на себя ответственность за сохранение и укрепление здоровья населения и гарантирует охрану здоровья каждого человека. Эти положения закреплены в Конституции РФ и иных законодательных актах.

**Охрана здоровья** – совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического, противоэпидемиологического характера, направленных на сохранение и укрепление здоровья каждого человека, семьи и общества в целом, поддержание активной долголетней жизни.

Охрана здоровья граждан – первостепенное дело государства и общества в целом, однако системе здравоохранения в этом принадлежит ведущая и координирующая роль.

Право граждан на охрану здоровья закреплено основными принципами отечественного здравоохранения:

- соблюдение прав гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;
- доступность медико-социальной помощи;
- социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- ответственность органов государственной власти, руководителей организаций независимо от формы собственности, а также должностных лиц за реализацию прав граждан в области охраны здоровья.

Реализация мер по охране здоровья граждан базируется на современной системе законодательства об охране здоровья граждан, повышении эффективности управления отраслью и использования ресурсов здравоохранения. Важнейшими направлениями в реализации этих мер также являются совершенствование организации отдельных видов медицинской помощи и улучшение ее качества, модернизация системы медицинского страхования, повышение уровня профессионального образования работников здравоохранения и соблюдение ими норм медицинской этики и др.

## Глава 8

# Правовые основы охраны здоровья граждан

### 8.1. Система законодательства об охране здоровья граждан

Элементы регулирования медицинской деятельности появились со времен зарождения медицины. Существовавшие на разных этапах развития человеческого общества правила и обычаи не могли не затронуть взаимоотношений пациента и врача, однако в нашей стране длительное время отсутствовало подробное правовое регулирование профессиональной деятельности медицинских работников. Если медицина и соприкасалась с правом, то в большинстве случаев с уголовным.

В последние десятилетия реформы социально-экономического уклада, прогресс медицины, появление частной системы здравоохранения наряду с государственной и муниципальной вызвали необходимость радикальных изменений в действующей системе правового регулирования общественных отношений, связанных с медицинской деятельностью. В связи с этим значительно изменилась нормативная правовая база в сфере здравоохранения, вступили в силу новые федеральные законы, постановления Правительства РФ, приказы Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

Изменилась и правовая ситуация в здравоохранении – медицина стала более доступна для претензий и исков пациентов, поэтому сегодня каждый медицинский работник должен четко знать не только свои права и обязанности, но также права и обязанности пациента при оказании ему медицинских услуг. Он должен знать основы юриспруденции, иметь представление о той ответственности, которая наступает в случае невыполнения или ненадлежащего выполнения им своих профессиональных обязанностей. Эти требования могут быть соблюдены только при наличии соответствующей нормативной правовой базы.

Основным законом РФ, в соответствии с которым формируется вся нормативная правовая база здравоохранения, является принятая в 1993 г. **Конституция Российской Федерации**.

Во 2-й главе Конституции сформулирован ряд прав и свобод граждан, касающихся охраны здоровья и жизни любого человека, деятельности медицинских работников, и установлены следующие принципы:

- о праве на жизнь (ст. 20);
- об охране достоинства личности государством, о недопустимости подвергаться унижающему человеческое достоинство обращению, медицинским, научным или иным опытам без добровольного согласия (ст. 21);
- о защите государством материнства, детства и семьи (ст. 38);
- о гарантиях социального обеспечения по возрасту, в случае болезни и инвалидности (ст. 39);
- о праве на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь (ст. 41);
- о праве на благоприятную окружающую среду и возмещение ущерба, причиненного здоровью человека экологическим правонарушением (ст. 42).

В соответствии с Конституцией РФ в 1993 г. приняты **«Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»** (далее – «Основы»), которые стали правовой базой для развития законодательства в области здравоохранения.

В «Основах» впервые на законодательном уровне проблему здоровья населения стали рассматривать как общегосударственную, и правовые нормы охватили широкий круг общественных отношений, а не только системы здравоохранения. Также в «Основах» определены основные принципы охраны здоровья граждан, задачи законодательства в области здравоохранения, права граждан при оказании медико-социальной помощи, обязанности и права медицинских работников, ответственность за причинение вреда здоровью и др.

В соответствии с Конституцией и «Основами» отдельные виды медицинской деятельности регулируются другими нормативными правовыми актами.

Так, общие правила, регулирующие медицинскую деятельность по пересадке органов и тканей человека, сформулированы в **Законе РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека»**.

Трансплантация органов и (или) тканей от живого донора или трупа может быть применена только в случае, если другие медицинские средства не могут гарантировать сохранения жизни больного (реципиента) либо восстановления его здоровья. Трансплантация органов и тканей допускается исключительно с согласия живого донора и, как правило, с согласия реципиента.

Органы и (или) ткани могут быть изъяты у трупа для трансплантации только в том случае, если имеются бесспорные доказательства факта смерти, зафиксированного консилиумом врачей-специалистов. Заключение о смерти дается на основании констатации необратимой гибели всего головного мозга.

Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли-продажи. Купля-продажа органов и (или) тканей человека влечет уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ.

Общие правила, регламентирующие отношения, связанные с донорством крови и ее компонентов, сформулированы в **Законе Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов»**.

Согласно этим правилам, донорство крови и ее компонентов — это свободно выраженный добровольный акт. Донором крови и ее компонентов может быть каждый дееспособный гражданин с 18 лет, прошедший медицинское обследование. Взятие от донора крови и ее компонентов допустимо только при условии, если здоровью донора не будет причинен вред.

**Медицинскую деятельность по иммунопрофилактике** инфекционных болезней регулирует **Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»**. Иммунопрофилактика инфекционных болезней — система мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней путем профилактических прививок согласно Национальному календарю профилактических прививок.

**Федеральный закон «О предупреждении распространения туберкулеза»** устанавливает правовые основы государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в РФ в целях охраны здоровья граждан и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Этот закон определяет права и обязанности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением или госпитализированных в связи с туберкулезом, а также медицинских, ветеринарных и иных работников, непосредственно участвующих в оказании противотуберкулезной помощи, порядок организации оказания противотуберкулезной помощи, порядок установления диспансерного наблюдения и др.

Общие правила, регулирующие медицинскую деятельность по предупреждению распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека, сформулированы в **Федеральном законе «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»**.

Согласно этому закону, ВИЧ-инфицированные граждане РФ обладают на ее территории всеми правами и свободами в соответствии с действующим законодательством. Не допускаются увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции.

Медицинское освидетельствование граждан на наличие у них ВИЧ-инфекции в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения проводится добровольно по просьбе освидетельствуемого лица.

Обязательному медицинскому освидетельствованию подлежат доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей, а также работники отдельных профессий, перечень которых утверждается Правительством РФ.

Работники государственной системы здравоохранения, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими ВИЧ, имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени, дополнительный отпуск за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда в соответствии с законодательством РФ. Кроме того, они подлежат обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей, а также социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

**В Законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»** сформулированы общие правила оказания психиатрической помощи.

В законе зафиксированы гарантии государства в области оказания психиатрической помощи; права лиц, страдающих психическими расстройствами, и ограничения в правах; порядок осуществления принудительных мер медицинского характера в отношении таких лиц; права, обязанности и меры социальной защиты врачей-психиатров, иных специалистов и медицинского персонала, участвующих в оказании психиатрической помощи; порядок проведения психиатрического освидетельствования, оказания консультативно-лечебной помощи психиатрического профиля, диспансерного наблюдения, госпитализации (добровольной и недобровольной) лиц, страдающих психическими расстройствами, и помещения их в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения.

Общие правила, регулирующие оборот наркотических средств и психотропных веществ в медицинской практике, сформулированы

в **Федеральном законе «О наркотических средствах и психотропных веществах»**.

Наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры, подлежащие контролю в РФ, включаются в особый Перечень.

Государственная политика в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и в области противодействия их незаконному обороту строится на следующих принципах:

- государственная монополия на основные виды деятельности, связанные с оборотом наркотических средств, психотропных веществ;
- приоритетность мер по профилактике наркомании и правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотиков;
- лицензирование всех видов деятельности, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ.

В России запрещается потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача. Государство гарантирует больным наркоманией оказание наркологической помощи.

**Федеральный закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»** устанавливает правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения в РФ. Система медицинского страхования (обязательного и добровольного) является основанием возникновения обязательства по оказанию медицинской помощи гражданам нашей страны. Она выступает в качестве формы социальной защиты интересов населения в области охраны здоровья (вопросы медицинского страхования рассмотрены в гл. 21).

Рядом нормативных правовых актов регулируется **медицинская деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека**. В соответствии с разделом VII «Основ» она осуществляется путем искусственного прерывания беременности, медицинской стерилизации, искусственного оплодотворения, имплантации эмбриона.

**Искусственное прерывание беременности** проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 нед, по социальным показаниям — при сроке беременности до 22 нед, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины — независимо от срока беременности.

**Медицинская стерилизация** как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее 2 детей, а при наличии медицинских показаний и согласия гражданина — независимо от возраста и наличия детей.



Каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на **искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона**, которые осуществляют в лицензированных учреждениях при наличии письменного согласия супругов (одиноким женщины).

Также к системе законодательства об охране здоровья относятся такие законы, как:

- «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»
- «О радиационной безопасности населения»
- «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах»
- «О лекарственных средствах»
- «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»
- «Об ограничении курения табака».

Кроме того, к правовым источникам, регулирующим здравоохранение, относятся постановления и распоряжения Правительства РФ, указы Президента РФ, приказы, инструкции, правила и другие документы Министерства здравоохранения и социального развития РФ, а также нормативные правовые акты субъектов РФ. Многие вопросы, связанные с медицинской деятельностью, регулируются в рамках различных отраслей права – трудового, гражданского, административного, уголовного и др.

## 8.2. Права граждан в области охраны здоровья

Согласно ст. 20 «Основ», при заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на **медико-социальную помощь**, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами учреждений государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с **Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи**.

Граждане имеют право на дополнительные медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского

страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством РФ.

Отдельные категории граждан имеют право на льготное обеспечение протезами, ортопедическими, корригирующими изделиями, слуховыми аппаратами, средствами передвижения и иными специальными средствами. Граждане имеют право на медицинскую экспертизу, в том числе независимую, которая производится по их личному заявлению в специализированных учреждениях. Дети, подростки, учащиеся, инвалиды и пенсионеры, занимающиеся физической культурой, имеют право на бесплатный медицинский контроль.

Права пациента при получении медико-социальной помощи в обобщенном виде сформулированы в ст. 30 «Основ».

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет следующие права.

**Уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.** Грубое, небрежное отношение к пациенту может служить основанием для привлечения медицинского работника к юридической ответственности.

**Выбор врача и лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования.** Пациент может лечиться в медицинском учреждении не только по месту своей регистрации. Для этого необходимо письменно поставить в известность страховую компанию и выбранное лечебное учреждение при условии, что оно входит в систему оказания медицинской помощи по договорам обязательного или добровольного медицинского страхования.

**Обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.** Санитарные нормы и правила регламентируют условия и порядок размещения людей в больничных палатах, противоэпидемический и санитарный режим в лечебных учреждениях.

**Проведение по просьбе пациента консилиума и консультаций других специалистов. Облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами.** Недопустимо применение методов диагностики или лечения без необходимого обезболивания. За виновное причинение боли пациенту действующим законодательством предусмотрена юридическая ответственность.

**Сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании пациента и его лечении.** Пациенты имеют

право на врачебную тайну, т.е. на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при их обследовании и лечении. Эта информация без согласия пациента никому не может быть предоставлена, за исключением случаев, которые предусмотрены ст. 61 «Основ». Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

- в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- по запросу органов дознания, следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- в случае оказания помощи несовершеннолетнему, больному наркоманией, в возрасте старше 16 лет, иным несовершеннолетним в возрасте старше 15 лет для информирования их родителей или законных представителей;
- при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий;
- в целях проведения военно-врачебной экспертизы.

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство** — необходимое предварительное условие медицинского вмешательства. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

**Отказ от медицинского вмешательства.** Пациент или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения. При отказе от медицинского вмешательства пациенту или его законному представителю в доступной для них форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником. Оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями,

представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния. Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представителей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей — судом.

**Получение информации о правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.** Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, — их законным представителям лечащим врачом, заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении. Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

Получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования.

Возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью пациента при оказании медицинской помощи.

Допуск к пациенту адвоката или иного законного представителя для защиты его прав.

Допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении — на предоставление условий для отправления религиозных обрядов.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации либо в суд.

### 8.3. Правовое положение медицинских и фармацевтических работников

Согласно ст. 54 «Основ», **право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью** в РФ имеют лица, получившие высшее, среднее медицинское или фармацевтическое образование в России, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности.

Сертификат специалиста выдается на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура) или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан.

Лица, незаконно занимающиеся медицинской или фармацевтической деятельностью, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ.

Право на занятие **частной медицинской практикой** имеют лица, получившие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на медицинскую деятельность. Частная медицинская практика – это оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет личных средств граждан или за счет средств предприятий, учреждений и организаций, в том числе страховых медицинских организаций, в соответствии с заключенными договорами.

Правом на занятие **народной медициной** обладают граждане РФ, получившие диплом целителя, выдаваемый органами исполнительной власти субъектов РФ в области здравоохранения. Народная медицина – это методы оздоровления, профилактики, диагностики и лечения, основанные на опыте многих поколений людей, утвердившиеся в народных традициях и не зарегистрированные в порядке, установленном законодательством РФ. Допускается использование методов народной медицины в лечебно-профилактических учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения по решению руководителей этих учреждений. Проведение сеансов массового целительства, в том числе с использованием средств массовой информации, запрещается. Незаконное занятие народной медициной (целительством) влечет за собой административную и уголовную ответственность.

В соответствии со ст. 63 «Основ» **медицинские и фармацевтические работники имеют право** на:

- обеспечение условий их деятельности в соответствии с требованиями охраны труда;
- работу по трудовому договору (контракту), в том числе за рубежом;
- защиту своей профессиональной чести и достоинства;
- получение квалификационных категорий в соответствии с достигнутым уровнем теоретической и практической подготовки;
- совершенствование профессиональных знаний;
- переподготовку при невозможности выполнять профессиональные обязанности по состоянию здоровья, а также в случаях освобождения работников в связи с сокращением численности или штата, ликвидации предприятий, учреждений и организаций;
- страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей;
- беспрепятственное и бесплатное использование средств связи, принадлежащих предприятиям, учреждениям, организациям или гражданам, а также любого имеющегося вида транспорта для перевозки гражданина в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение в случаях, угрожающих его жизни.

**Меры социальной поддержки** медицинских и фармацевтических работников федеральных специализированных организаций здравоохранения устанавливаются Правительством РФ, организаций здравоохранения, находящихся в ведении субъектов РФ, — органами государственной власти субъектов РФ, а муниципальных организаций здравоохранения — органами местного самоуправления.

Согласно ст. 62 «Основ», медицинские и фармацевтические работники имеют право на создание **профессиональных ассоциаций** и других общественных объединений, формируемых на добровольной основе для защиты прав медицинских и фармацевтических работников, развития медицинской и фармацевтической практики, содействия научным исследованиям, решения иных вопросов, связанных с профессиональной деятельностью медицинских и фармацевтических работников.

Статья 63 «Основ» предусматривает право медицинских и фармацевтических работников на **страхование профессиональной ошибки**, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей. Однако, к сожалению, страхова-

ние риска ответственности за причинение вреда пациенту при оказании медицинских услуг еще не нашло широкого распространения в здравоохранении.

Медицинский работник должен знать не только свои права, но также иметь представление о юридической ответственности, которая может наступить за невыполнение или ненадлежащее выполнение своих профессиональных обязанностей. Юридическая ответственность медицинского работника может быть:

- гражданско-правовой;
- дисциплинарной;
- административной;
- уголовной.

Общим основанием для привлечения к юридической ответственности является совершение лицом правонарушения. Под правонарушением понимают противоправное деяние (действие или бездействие). Противоправность деяния проявляется в нарушении лицом общеобязательных правил поведения, установленных нормами права, регулирующих различные стороны жизни общества. Вина может быть в форме умысла или неосторожности. Последствием правонарушения, как правило, является причинение вреда. Вред может быть различным: материальным или моральным, измеримым или неизмеримым, восстановимым или невозможным.

**Гражданско-правовая ответственность** возникает при установлении факта **вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина** при оказании медицинской помощи, что предусмотрено ст. 1084–1094 Гражданского кодекса РФ.

При причинении гражданину увечья или ином повреждении его здоровья возмещению подлежит утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел или определенно мог иметь, а также дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии и др.

Возмещение вреда, вызванного уменьшением трудоспособности или смертью потерпевшего, производится ежемесячными платежами. При наличии уважительных причин суд с учетом возможностей причинителя вреда может по требованию гражданина, имеющего право на возмещение вреда, присудить ему причитающиеся платежи единовременно, но не более чем за 3 года.

Кроме возмещения имущественного вреда, потерпевший может требовать компенсации морального вреда, который обычно



заключается в физических или нравственных страданиях, связанных с неправильным лечением или ошибочной диагностикой, разглашением врачебной тайны, а также иными неправомерными действиями медицинских работников. Порядок компенсации морального вреда регулируется ст. 12, 150–151 части 1 Гражданского кодекса РФ, а также ст. 1099–1101 части 2 Гражданского кодекса РФ. Конкретный размер компенсации морального вреда определяется, как правило, в судебном порядке.

Гражданско-правовая ответственность в виде возмещения имущественного вреда и компенсации морального вреда не исключает применения к причинителю вреда иных видов юридической ответственности.

Основанием для **дисциплинарной ответственности** медицинских работников являются совершаемые ими различные дисциплинарные проступки: нарушение правил внутреннего трудового распорядка, невыполнение или ненадлежащее выполнение своих трудовых обязанностей, нарушение правил техники безопасности и т.д.

За совершение дисциплинарного проступка работодатель имеет право применить к нарушителю следующие дисциплинарные взыскания: замечание, выговор, увольнение по соответствующим основаниям. До применения дисциплинарного взыскания работодатель должен затребовать от работника объяснение в письменной форме. Если по истечении 2 рабочих дней указанное объяснение работником не предоставлено, то составляется соответствующий акт. Непредоставление работником объяснения не является препятствием для применения дисциплинарного взыскания.

Дисциплинарное взыскание применяют не позднее 1 мес со дня обнаружения проступка, не считая времени болезни работника, пребывания его в отпуске, а также времени, необходимого на учет мнения представительного органа работников. Дисциплинарное взыскание не может быть применено позднее 6 мес со дня совершения проступка, а по результатам ревизии, проверки финансово-хозяйственной деятельности или аудиторской проверки – позднее 2 лет со дня его совершения. В указанные сроки не включается время производства по уголовному делу. Не может считаться нарушением трудовой дисциплины невыполнение работником своих трудовых обязанностей при отсутствии необходимого оборудования, достаточной квалификации и др.

За каждый дисциплинарный проступок может быть применено только одно дисциплинарное взыскание. Приказ (распоряжение) работодателя о применении дисциплинарного взыскания объявляется работнику под роспись в течение 3 рабочих дней со дня его издания,



не считая времени отсутствия работника на работе. В случае отказа работника ознакомиться с указанным приказом (распоряжением) под роспись составляют соответствующий акт. Дисциплинарное взыскание может быть обжаловано работником в государственную инспекцию труда и (или) органы по рассмотрению индивидуальных трудовых споров.

Если в течение 1 года со дня применения дисциплинарного взыскания работник не будет подвергнут новому дисциплинарному взысканию, то он считается не имеющим дисциплинарного взыскания. Работодатель до истечения года со дня применения дисциплинарного взыскания имеет право снять его с работника по собственной инициативе, просьбе самого работника, ходатайству его непосредственного руководителя или представительного органа работников.

Основанием для **административной ответственности** является административное правонарушение, то есть такое противоправное виновное действие (бездействие) физического или юридического лица, за которое законодательством установлена административная ответственность.

За совершение административных правонарушений в области здравоохранения применяют в основном такие виды наказания, как предупреждение и штраф. Назначение административного наказания не освобождает лицо от исполнения обязанности, за неисполнение которой наказание было назначено. Никто не может нести административную ответственность дважды за одно и то же правонарушение. Постановление по делу об административном правонарушении не может быть вынесено по истечении 2 мес со дня его совершения.

Административная ответственность по действующему законодательству в области здравоохранения предусмотрена за следующие правонарушения:

- незаконное занятие частной медицинской практикой, частной фармацевтической деятельностью либо народной медициной (целительством);
- нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выразившееся в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- нарушение санитарно-эпидемиологических требований к эксплуатации жилых помещений и общественных помещений, зданий, сооружений и транспорта, к питьевой воде, организации питания населения, условиям воспитания и обучения;

- незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов;
- потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача;
- пропаганду наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров;
- нарушение законодательства о труде и об охране труда;
- отказ от предоставления гражданину информации;
- сокрытие страхового случая при обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
- сокрытие лицом, больным ВИЧ-инфекцией, венерическим заболеванием, источника заражения, а также лиц, имевших с указанным лицом контакты, создающих опасность заражения.

Назначение административного наказания юридическому лицу не освобождает от административной ответственности за данное правонарушение виновное физическое лицо, равно как и наоборот.

Основанием для **уголовной ответственности** является совершение деяния, содержащего все признаки состава преступления. Преступлением признается виновно совершенное общественно опасное деяние, запрещенное Уголовным кодексом РФ под угрозой наказания. Термин «деяние» предусматривает как активный (действие), так и пассивный (бездействие) способ совершения преступления. Наиболее опасными являются умышленные преступления, направленные на причинение вреда жизни и здоровью.

УК РФ (п. «м» ч. 2 ст. 105) предусматривает уголовное наказание в виде лишения свободы на срок от 8 до 20 лет либо пожизненное лишение свободы, либо смертную казнь за убийство в целях использования органов или тканей потерпевшего. Пункт «ж» ч. 2 ст. 111 УК РФ предусматривает уголовное наказание в виде лишения свободы на срок от 3 до 10 лет за умышленное причинение тяжкого вреда здоровью в целях использования органов и тканей потерпевшего.

Ряд статей УК РФ предусматривает уголовную ответственность за нанесение вреда здоровью потерпевшего различной степени тяжести. Факт причинения вреда здоровью потерпевшего и степень его тяжести определяются путем проведения судебно-медицинской экспертизы, которая назначается постановлением следователя, прокурора или определением суда.

Согласно ст. 111 УК РФ, умышленным причинением тяжкого вреда здоровью является причинение вреда, опасного для жизни человека, или повлекшего за собой потерю зрения, речи, слуха либо какого-либо органа или утрату органом его функций, прерывание

беременности, психическое расстройство, заболевание наркоманией либо токсикоманией, или вызвавшего в неизгладимом обезображивании лица, или вызвавшего значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть или заведомо для винного полную утрату профессиональной трудоспособности.

Средний вред здоровью (ст. 112 УК РФ) определяется после исключения признаков, указанных в ст. 111 УК РФ. При этом учитывают 2 критерия: длительность расстройства здоровья – временная утрата трудоспособности на срок более 3 нед. и значительная утрата общей трудоспособности, под которой понимают стойкую утрату трудоспособности от 10% до 30% включительно. Стойкой утратой работоспособности следует считать и длительность расстройства здоровья свыше 120 сут с учетом последствий травмы.

Легкий вред здоровью характеризуется следующими признаками: кратковременное расстройство здоровья на срок до 3 нед; незначительная стойкая утрата общей трудоспособности, равная 5%.

Согласно ст. 124 УК РФ, преступлением считается неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного.

Неоказание помощи больному квалифицируется как преступление, если помощь не была оказана без уважительной причины, а медицинский работник осознавал, что ее неоказание может повлечь тяжкие последствия для больного. Уважительной причиной неоказания помощи больному являются, например, болезнь самого медицинского работника, стихийное бедствие и др.

Согласно ст. 123 УК РФ преступлением считается незаконное производство аборта лицом, не имеющим высшего медицинского образования специального профиля. Лицо, совершившее такое преступление, наказывается штрафом в размере до 80 тыс. рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 6 мес, либо обязательными работами на срок от 100 до 240 ч, либо исправительными работами на срок от 1 до 2 лет. Деяния, повлекшие по неосторожности смерть потерпевшей либо причинение тяжкого вреда ее здоровью, наказываются лишением свободы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации влечет уголовную ответственность по ст. 120 УК РФ. За принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации, совершенное с применением насилия либо с угрозой его применения, предусмотрено наказание в виде лишения свободы на срок

до 4 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового. То же деяние, совершенное в отношении лица, заведомо для виновного находящегося в беспомощном состоянии либо в материальной или иной зависимости от виновного, наказывается лишением свободы на срок от 2 до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

Уголовная ответственность за заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей предусмотрена ч. 4 ст. 122 УК РФ. Лицо, совершившее такое преступление, наказывается лишением свободы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет.

Незаконное помещение лица в психиатрический стационар согласно ч. 1 ст. 128 УК РФ наказывается лишением свободы на срок до 3 лет. То же деяние, если оно совершено лицом с использованием своего служебного положения либо повлекло по неосторожности смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия, наказывается лишением свободы на срок от 3 до 7 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

Статьи 228, 228.1, 228.2 УК РФ предусматривают ответственность за незаконное приобретение, хранение, перевозку, изготовление, переработку, производство, сбыт, пересылку, нарушение правил оборота наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов.

Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ, наказываются штрафом в размере до 80 тыс. рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 6 мес, либо обязательными работами на срок до 180 ч, либо исправительными работами на срок до 1 года, либо лишением свободы на срок до 2 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

Согласно ч. 1 ст. 235 УК РФ, занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью лицом, не имеющим лицензии на избранный вид деятельности, если это повлекло по неосторожности причинение вреда здоровью человека, наказывается штрафом в размере до 120 тыс. рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 1 года,

либо ограничением свободы на срок до 3 лет, либо лишением свободы на срок до 3 лет. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть человека, согласно ч. 2 ст. 235 УК РФ, наказывается ограничением свободы на срок до 5 лет или лишением свободы на тот же срок.

Согласно ч. 1 ст. 236 УК РФ нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание или отравление людей, наказывается штрафом в размере до 80 тыс. рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 6 мес, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет, либо обязательными работами до 180 ч, исправительными работами до 1 года, либо ограничением свободы на срок до 3 лет. Если же нарушение санитарно-эпидемиологических правил повлекло по неосторожности смерть человека, согласно ч. 2 ст. 236 УК РФ, такое деяние наказывается обязательными работами на срок от 180 до 240 ч, либо исправительными работами на срок от 6 мес до 2 лет, ограничением свободы на срок до 5 лет или лишением свободы на тот же срок.

Преступления против жизни и здоровья человека в медицинской практике совершаются, как правило, по неосторожности.

Часть 2 ст. 109 УК РФ предусматривает уголовную ответственность за причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Лицо, совершившее такое преступление, наказывается ограничением свободы на срок до 3 лет либо лишением свободы на тот же срок с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

Согласно ч. 2 ст. 118 УК РФ, причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, наказывается ограничением свободы на срок до 4 лет либо лишением свободы на срок до 1 года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

Уголовная ответственность для медицинских работников может также наступить за совершение должностных преступлений, к которым относятся: злоупотребление должностными полномочиями, превышение должностных полномочий, получение взятки, служебный подлог, халатность.

Злоупотребление должностными полномочиями, то есть использование должностным лицом своих служебных полномочий вопреки

интересам службы, если это деяние совершено из корыстной или иной личной заинтересованности и повлекло существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства, влечет уголовную ответственность по ст. 285 УК РФ. Лицо, совершившее такое преступление, наказывается штрафом в размере до 80 тыс. рублей или в размере заработной платы осужденного за период до 6 мес, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 5 лет, либо арестом на срок от 4 до 6 мес, либо лишением свободы на срок до 4 лет.

Статья 290 УК РФ предусматривает уголовную ответственность за взяточничество. Взяткой является получение должностным лицом лично или через посредника денег, ценных бумаг, иного имущества или выгод имущественного характера за действия (бездействие) в пользу взяткодателя или представляемых им лиц, если такие действия (бездействие) входят в служебные полномочия должностного лица либо оно в силу должностного положения может способствовать таким действиям (бездействию), а равно за общее покровительство или попустительство по службе.

Взяточничество наказывается штрафом в размере от 100 тыс. до 500 тыс. рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от 1 года до 3 лет либо лишением свободы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет.

Согласно ст. 292 УК РФ внесение в официальные документы заведомо ложных сведений (учитывая, что медицинским работникам предоставлено право оформлять официальные медицинские документы), а равно внесение в указанные документы исправлений, искажающих их действительное содержание, из корыстной или иной личной заинтересованности образуют состав такого преступления, как служебный подлог, который наказывается штрафом в размере до 80 тыс. рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 6 мес, либо обязательными работами на срок от 180 до 240 ч, либо исправительными работами на срок от 1 года до 2 лет, либо арестом на срок от 3 до 6 мес, либо лишением свободы на срок до 2 лет.

Служебный подлог имеет место при выдаче листка нетрудоспособности здоровому человеку, выдаче ложных справок о якобы тяжелом заболевании, необходимости постороннего ухода, наличии беременности, перенесенной травме и др. Как служебный подлог квалифицируют случаи выдачи заведомо ложного свидетельства

о рождении или смерти, уничтожение историй болезни, протоколов патолого-анатомического вскрытия.

Опасным преступлением, способным причинить вред правам и интересам граждан, является халатность. Согласно ст. 293 УК РФ, халатность — это неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе, если это повлекло причинение крупного ущерба или существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства. Халатность, повлекшая по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека, наказывается лишением свободы на срок до 5 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без такового.

Юридическая и медицинская практика убедительно свидетельствуют, что чем выше правовая культура медицинских работников, тем лучше исполняются ими профессиональные обязанности, тем выше эффективность и качество медицинской помощи, реальнее обеспечение прав и законных интересов граждан в сфере охраны здоровья. Зная основы юриспруденции, медицинские работники должны ориентироваться в действующем законодательстве и неукоснительно следовать в своей профессиональной деятельности правовым нормам. Знание медицинскими работниками своих прав и обязанностей, умение понимать и применять законы, давать оценку неправомерному поведению в правоотношениях с пациентом и предвидеть его юридические последствия окажут значительную помощь в предупреждении конфликтов с пациентами, а также возможных ошибок и профессиональных преступлений.

**Контрольные вопросы**

1. Перечислите основные принципы отечественного здравоохранения.
2. Какие статьи Конституции РФ закрепляют права и свободы граждан, касающиеся охраны здоровья и жизни?
3. Какие проблемы регулируют «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан?»
4. Перечислите действующие Федеральные законы, регулирующие медицинскую деятельность в России.
5. Дайте определение понятия «медико-социальная помощь». Каковы права граждан по ее получению?
6. Какие основные права имеет пациент при обращении за медицинской помощью?
7. Перечислите основные требования, предъявляемые законодательством, к лицам для занятия медицинской и фармацевтической деятельностью.
8. Какие социальные и профессиональные права предоставляются законодательством медицинским и фармацевтическим работникам?
9. Перечислите виды юридической ответственности медицинских работников.
10. Каким образом производится возмещение вреда, причиненного здоровью граждан при оказании медицинских услуг?
11. В каких случаях и каким образом наступает дисциплинарная и административная ответственность медицинских работников за нарушения, связанные с профессиональной деятельностью?
12. Какие правонарушения являются основанием для привлечения медицинских работников к уголовной ответственности?



## Глава 9

# Организационные основы здравоохранения

### 9.1. Общие положения

Нормативная правовая база в области охраны здоровья граждан определяет организационную основу оказания населению РФ медицинской помощи. Такой основой является система здравоохранения, структурные элементы которой законодательно закреплены в соответствующих правовых актах.

**Система здравоохранения** представляет собой совокупность федеральных органов управления здравоохранением, органов исполнительной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления, подведомственных им организаций, а также субъектов частной медицинской практики и частной фармацевтической деятельности, функционирующих в целях сохранения и укрепления здоровья граждан.

Организационно-функциональная структура системы здравоохранения РФ представлена на *рис. 9.1*.

В соответствии с «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан» в зависимости от форм собственности и источников финансирования в РФ выделяют 3 системы здравоохранения:

- государственную;
- муниципальную;
- частную.

К **государственной системе здравоохранения** относятся федеральные органы исполнительной власти в сфере здравоохранения, органы исполнительной власти субъектов РФ, РАМН, а также находящиеся в государственной собственности лечебно-профилактические, научно-исследовательские, образовательные, аптечные, санитарно-профилактические учреждения и некоторые другие предприятия, учреждения, организации.

К **муниципальной системе здравоохранения** относятся органы местного самоуправления, уполномоченные на осуществление управления в сфере здравоохранения, и находящиеся в муниципальной собственности медицинские, фармацевтические и аптечные организации.



**Рис. 9.1.** Организационно-функциональная структура системы здравоохранения Российской Федерации.

Государственную и муниципальную системы здравоохранения можно объединить общим названием «общественная система здравоохранения».

К **частной системе здравоохранения** относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

Субъекты частной системы здравоохранения вправе наряду с государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения участвовать в реализации государственной политики в сфере здравоохранения, формировании рынка медицинских услуг, решении задачи обеспечения граждан квалифицированной медицинской помощью. Деятельность частных организаций здравоохранения основывается на принципах применения единых в сфере здравоохранения нормативно-правовых актов, стандартов медицинской помощи и этических норм.

Выделение государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения достаточно условно, поэтому правильнее считать, что в РФ действует единая система здравоохранения, подчиненная

решению целого комплекса задач по сохранению и укреплению здоровья граждан, а внутри этой системы имеются три сектора: государственный, муниципальный и частный.

## 9.2. Виды медицинской помощи

Учреждения, входящие в систему здравоохранения РФ, оказывают населению различные виды медицинской помощи. *Медицинская помощь* – совокупность лечебно-профилактических мероприятий, проводимых при заболеваниях, травмах, отравлениях, а также при родах лицами, имеющими высшее и среднее медицинское образование.

Существуют несколько классификаций видов медицинской помощи.

Согласно ст. 38–42 «Основ», выделяют:

- первичную медико-санитарную помощь;
- скорую медицинскую помощь;
- специализированную медицинскую помощь;
- медико-социальную помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями;
- медико-социальную помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

Наиболее массовым видом медицинской помощи является первичная медико-санитарная помощь (ПМСП). *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.

ПМСП оказывается гражданам в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

Другая классификация видов медицинской помощи основывается на номенклатуре учреждений здравоохранения и стоящих перед ними задачах:

- амбулаторно-поликлиническая (внебольничная) медицинская помощь;
- больничная (стационарная) медицинская помощь;

- неотложная медицинская помощь;
- скорая медицинская помощь;
- санаторно-курортная медицинская помощь.

Кроме того, медицинскую помощь с учетом этапов ее оказания и уровня специализации можно классифицировать следующим образом:

- первая медицинская;
- доврачебная;
- первая врачебная;
- скорая;
- специализированная;
- высокотехнологичная (дорогостоящая).

Перечень видов медицинской помощи, с одной стороны, во многом зависит от поставленных перед системой здравоохранения задач, с другой – влияет на формирование организационной структуры и номенклатуры самих учреждений здравоохранения.

### **9.3. Номенклатура учреждений здравоохранения**

В системе здравоохранения РФ действуют некоммерческие и коммерческие организации здравоохранения. Основной формой некоммерческих организаций здравоохранения являются учреждения. Кроме того, к некоммерческим организациям здравоохранения относятся некоммерческие партнерства, автономные некоммерческие организации и автономные учреждения.

Основными формами коммерческих организаций здравоохранения являются государственные и муниципальные унитарные предприятия, а также хозяйственные товарищества (полные и командитные) и хозяйственные общества (акционерные, с ограниченной или дополнительной ответственностью).

**Номенклатура учреждений здравоохранения** утверждается федеральным органом управления здравоохранением. В настоящее время действует приведенная ниже Единая номенклатура государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, утвержденная приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 ноября 2005 года № 627:

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

##### **1.1. Больничные учреждения**

1.1.1. Больницы, в том числе:

- участковая;
- районная;
- городская, в том числе детская;
- городская скорой медицинской помощи;

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

1.1.2. Специализированные больницы, в том числе:

- восстановительного лечения, в том числе детская;
- гинекологическая;
- гериатрическая;
- инфекционная, в том числе детская;
- наркологическая;
- онкологическая;
- офтальмологическая;
- психоневрологическая, в том числе детская;
- психиатрическая, в том числе детская;
- психиатрическая (стационар) специализированного типа;
- психиатрическая (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением;
- туберкулезная, в том числе детская;
- курортная.

1.1.3. Госпитали всех наименований.

1.1.4. Медико-санитарная часть, в том числе центральная.

1.1.5. Дом (больница) сестринского ухода.

1.1.6. Хоспис.

1.1.7. Лепрозорий.

**1.2. Диспансеры:**

- врачебно-физкультурный;
- кардиологический;
- кожно-венерологический;
- маммологический;
- наркологический;
- онкологический;
- офтальмологический;
- противотуберкулезный;
- психоневрологический;
- эндокринологический.

**1.3. Амбулаторно-поликлинические учреждения**

1.3.1. Амбулатория.

1.3.2. Поликлиники, в том числе:

- городская, в том числе детская;
- центральная районная;
- стоматологическая, в том числе детская;
- консультативно-диагностическая, в том числе для детей;
- психотерапевтическая;
- физиотерапевтическая;
- восстановительного лечения.

**1.4. Центры, в том числе научно-практические:**

- восстановительной терапии для воинов-интернационалистов;

- восстановительной медицины и реабилитации, в том числе детские;
- гериатрический;
- диabetологический;
- наркологический реабилитационный;
- медицинский, в том числе окружной;
- профессиональной патологии;
- по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями;
- клинико-диагностический;
- патологии речи и нейрореабилитации;
- реабилитации;
- медицинской и социальной реабилитации;
- общей врачебной (семейной) практики;
- консультативно-диагностический, в том числе для детей;
- реабилитации слуха;
- лечебной физкультуры и спортивной медицины;
- мануальной терапии;
- лечебного и профилактического питания;
- специализированных видов медицинской помощи;
- психофизиологической диагностики;
- диагностический;
- медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

#### **1.5. Учреждения скорой медицинской помощи и учреждения переливания крови**

- Станция скорой медицинской помощи.
- Станция переливания крови.
- Центр крови.

#### **1.6. Учреждения охраны материнства и детства**

- Перинатальный центр.
- Родильный дом.
- Женская консультация.
- Центр планирования семьи и репродукции.
- Центр охраны репродуктивного здоровья подростков.
- Дом ребенка, в том числе специализированный.
- Молочная кухня.

#### **1.7. Санаторно-курортные учреждения**

- Бальнеологическая лечебница.
- Грязелечебница.
- Курортная поликлиника.
- Санаторий, в том числе детский, а также для детей с родителями.
- Санаторий-профилакторий.
- Санаторный оздоровительный лагерь круглогодичного действия.

### **2. Учреждения здравоохранения особого типа**

#### **2.1. Центры:**

- медицинской профилактики;
- медицины катастроф (федеральный, региональный, территориальный);

- медицинский мобилизационных резервов «Резерв» (республиканский, краевой, областной, городской);
- лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности (республиканский, краевой, областной);
- контроля качества и сертификации лекарственных средств;
- медицинский информационно-аналитический;
- информационно-методический по экспертизе, учету и анализу обращения средств медицинского применения.

#### **2.2. Бюро:**

- медицинской статистики;
- патолого-анатомическое;
- судебно-медицинской экспертизы.

#### **2.3. Контрольно-аналитическая лаборатория.**

#### **2.4. Военно-врачебная комиссия, в том числе центральная.**

#### **2.5. Бактериологическая лаборатория по диагностике туберкулеза.**

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

- Центры гигиены и эпидемиологии.
- Центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора.
- Противочумный центр (станция).
- Дезинфекционный центр (станция).
- Центр гигиенического образования населения.

### **4. Аптечные учреждения**

- Аптека.
- Аптечный пункт.
- Аптечный киоск.
- Аптечный магазин.

*Примечание: фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), здравпункты (врачебные, фельдшерские) являются структурными подразделениями учреждений здравоохранения.*

В основу такой номенклатуры заложены юридические и функциональные признаки. Можно использовать и другие подходы для классификации учреждений здравоохранения:

- по форме собственности: государственные, муниципальные, частные и иных форм собственности;
- по территориально-административной подчиненности: федеральные, субъектов РФ, муниципальные;
- по ведомственной принадлежности: системы МЗиСР, Министерства обороны, Министерства внутренних дел, Министерства юстиции, Российской академии медицинских наук и др.;
- по месту расположения учреждений: городские и сельские;
- по организационно-функциональной структуре: объединенные и необъединенные;

- по специализации: многопрофильные и специализированные;
- по возрастному признаку: детские, взрослые, гериатрические и др.;
- по степени интенсивности лечения: интенсивного, восстановительного, паллиативного лечения и др.

Существуют и другие характеристики, по которым разделяются организации здравоохранения, однако каждая из них, как правило, включает в себя несколько признаков, относясь с учетом решаемых задач к той или иной номенклатурной группе учреждений здравоохранения.

### **Контрольные вопросы**

1. Что представляет собой система здравоохранения РФ?
2. Какова организационно-функциональная структура системы здравоохранения РФ?
3. Что относится к государственной, муниципальной, частной системам здравоохранения?
4. Приведите существующие классификации видов медицинской помощи.
5. Какие организации здравоохранения относятся к некоммерческим и коммерческим?
6. Перечислите основные типы медицинских учреждений, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения.



## Глава 10

# Теоретические основы управления здоровоохранением

### 10.1. Общие положения

В современных условиях одним из важнейших направлений реформирования здравоохранения является формирование новой системы управления. В последние годы широкое распространение получил термин *«менеджмент»* – рациональное управление современным производством для достижения его высокой эффективности и оптимального использования ресурсов. Другими словами, менеджмент – это вид деятельности по эффективному использованию материально-технических, финансовых, кадровых и других ресурсов в решении поставленных задач.

Возникает вопрос: можно ли считать перевод английского слова *«management»* и русский термин *«управление»* равнозначными понятиями? Строго говоря, *«управление»* – это понятие более общее, которое базируется на теории и методологии решения проблем. *«Менеджмент»* – понятие более узкое, которое включает в себя совокупность организационно-правовых, экономических и других механизмов решения этих проблем на основе разработанной теории управления. Поэтому не следует отказываться от привычного *«руководитель»* в угоду американизированному *«менеджер»*, в то же время не следует и противопоставлять эти понятия друг другу. Очевидно, термин *«менеджмент»* в здравоохранении целесообразно использовать применительно к конкретным организациям здравоохранения (независимо от форм собственности) и работающему в них персоналу, а термин *«управление»* – к системам здравоохранения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

*Управление* – это функция организованных систем различной природы (биологических, социальных, информационных и др.), обеспечивающая сохранение их определенной структуры, поддержание режима деятельности, реализацию их целей и программ.

В системе управления обязательно присутствуют два звена: управляющее и управляемое. Тех, кто управляет, принято называть *субъектами управления*, а то, чем управляют, – *объектами управления*.

Таким образом, субъект управления – это управляющее звено в системе управления, осуществляющее целенаправленное воздействие на объект управления, а объект управления – это управляемое звено системы управления, воспринимающее управляющее воздействие со стороны субъекта управления.

Объектом управления в здравоохранении могут быть системы здравоохранения России, субъектов РФ, муниципальных образований, организации здравоохранения и их структурные подразделения, медицинский персонал и др. В системе управления здравоохранением субъект управления одновременно может являться и управляющим, и управляемым звеном. Например, орган управления здравоохранением субъекта РФ по отношению к органу управления здравоохранением муниципального образования или отдельных организаций здравоохранения является субъектом управления, в то же время по отношению к Министерству здравоохранения и социального развития РФ является объектом управления.

## 10.2. Принципы управления

Управление организацией здравоохранения – сложный процесс, основанный на выборе оптимальных решений, с постоянным учетом как внутренних проблем организации, так и меняющейся социальной, экономической и политической ситуации. Поэтому для оптимального управления необходимо опираться на основные принципы управления.

**Принцип целенаправленности.** В управлении этот принцип является главенствующим, поскольку аккумулирует в себе все составляющие процесса управления.

Прежде чем приступить к какому-либо действию, направленному на достижение каких-либо результатов, руководитель (главный врач, заведующий отделением, главная медицинская сестра и др.) ставит перед собой цель.

Выделяют следующие виды целей в управлении системами и отдельными организациями здравоохранения:

- в зависимости от уровня управления: стратегические, тактические, оперативные;
- по характеру решаемых задач: комплексные, промежуточные, конечные;
- по содержанию: медико-организационные, финансово-экономические, медико-технологические и др.

Формулировка цели должна отвечать конкретным требованиям. Она должна быть своевременной и необходимой, реальной и дости-

жимой, конкретной и согласованной с другими целями, иметь количественную или качественную оценку. Таким образом, один из важнейших принципов управления можно сформулировать предельно коротко и четко: *каждое действие должно иметь ясную и определенную цель.*

**Принцип правовой защищенности управленческого решения.**

Управленческая деятельность в здравоохранении, особенно в условиях рыночной экономики, всегда сопряжена с определенным риском. Принцип правовой защищенности управленческого решения требует от руководителя органа управления или отдельной организации здравоохранения знаний и соблюдения законодательства в технологии разработки и реализации управленческих решений. Соблюдение законодательства в процессе разработки и реализации управленческого решения является не только проявлением правовой культуры руководителя, но и определенной гарантией успеха в достижении намеченных целей.

**Принцип оптимизации управления.** В процессе управления любой управляемый объект развивается, совершенствуется. В нем возрастает упорядоченность отдельных структурных элементов, оптимизируется структурная организация в целом. Проводимые реформы здравоохранения в первую очередь должны касаться оптимизации системы управления отраслью и организационно-функциональной структуры учреждений здравоохранения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

**Принцип достаточности в централизации и децентрализации управления.** Централизация и децентрализация власти, по сути дела, два взаимосвязанных процесса, предусматривающих концентрацию власти и ее распределение, централизованное управление и самоуправление. Баланс, который устанавливается между ними, очень динамичен и может быть нарушен в ту или иную сторону, но чаще — в пользу централизованной власти. Централизация функции управления должна гибко сочетаться с децентрализацией и создавать необходимые условия для нижестоящих звеньев в системе управления здравоохранением, позволяющие им эффективно выполнять возложенные на них функциональные обязанности.

Централизация управления имеет несомненные преимущества при решении глобальных, стратегических задач, а также в случаях возникновения чрезвычайных, экстремальных ситуаций (война, стихийные бедствия, техногенные катастрофы, которые сопровождаются большими санитарными потерями). Децентрализация управления характеризуется передачей на нижние иерархические уровни управления функций, которые прежде были закреплены за звеньями

управления более высоких уровней или входили в компетенцию вышестоящих органов. Эта форма управления освобождает исполнителей от ненужной опеки, стимулирует инициативу, раскрывает потенциальные возможности личности.

Децентрализация оправдана, если на низших уровнях управленческой иерархии принимаются обоснованные и результативные тактические решения, которые не противоречат стратегическим решениям, принимаемым на высшем уровне управления. Другими словами, при наличии продуманной стратегии развития здравоохранения на федеральном уровне больше прав, а соответственно и обязанностей можно передать органам управления здравоохранением субъектов РФ. Аналогично разработка эффективной политики охраны здоровья населения на уровне субъекта РФ позволит делегировать многие полномочия по ее реализации органам управления здравоохранением муниципальных образований. Децентрализация ряда управленческих функций оправдана и при территориальной разобщенности структурных подразделений крупных, многопрофильных организаций здравоохранения.

**Принцип единоначалия** означает предоставление руководителю органа управления или организации здравоохранения широких полномочий для выполнения его функций с установлением персональной ответственности за результаты работы. Этот принцип, как правило, оправдан и реализуется в системе управления с высоким уровнем централизации власти. Во многом эффективная реализация этого принципа зависит от авторитета руководителя.

**Принцип делегирования полномочий.** В самом названии этого принципа заключен его главный смысл: передача руководителем части своих функций подчиненным без активного вмешательства в их действия. В итоге руководитель получает возможность освободиться от текущих дел и сконцентрировать свой интеллектуальный и организаторский потенциал на решении задач более сложного уровня управления. Одновременно реализация этого принципа предоставляет большие возможности для повышения квалификации сотрудников, способствует мотивации их труда, проявлению инициативы и самостоятельности. Делегирование полномочий целесообразно и в том случае, когда руководитель готовит на свое место преемника.

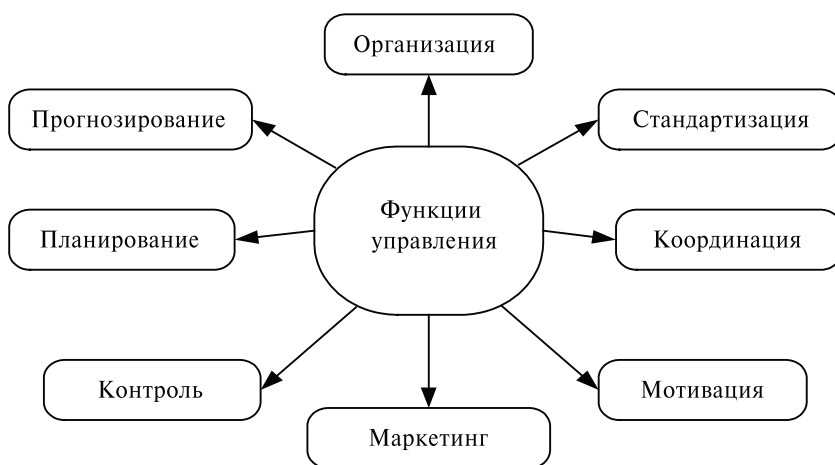
В реализации этого принципа есть и такой аспект, как организация контроля за работой подчиненных, которым делегированы дополнительные полномочия: мелочная опека ничего не дает, а отсутствие контроля может сделать ситуацию неуправляемой. Решение проблемы — в эффективных формах обратной связи руководителя с подчиненными, возможности свободного обмена информацией,

наличии доверительных отношений и здорового психологического климата в коллективе.

Переход от командно-административных к социально-психологическим и экономическим методам управления с соблюдением вышеперечисленных принципов возможен только эволюционным путем. Однако прежде всего должны произойти изменения в сознании самих руководителей. В итоге должен сформироваться новый тип руководителя-менеджера, нацеленного на достижение главного результата в своей управленческой деятельности – повышение доступности и качества медицинской помощи населению.

### 10.3. Функции управления

Управление является многоплановым, системным видом человеческой деятельности, включающим в себя функции, представленные на *рис. 10.1*.



**Рис. 10.1.** Функции управления в здравоохранении.

Эти функции лежат в основе управленческой деятельности руководителей органов, учреждений здравоохранения, других категорий руководящих работников отрасли.

Ряд этих функций (организация, стандартизация, координация, мотивация, маркетинг, контроль) будут рассмотрены в этой главе; другие (планирование, прогнозирование) – в гл. 12.

**Организация.** Термин «организация» (лат. *organizo* – придаю стройный вид) имеет в управлении двоякий смысл. С одной стороны, это некий субъект права, коллектив, усилия которого направлены

на достижение конкретных, общих для членов коллектива целей. С другой стороны, «**организация**» как функция управления – это процесс по формированию структуры учреждения или предприятия, обеспечению их деятельности финансовыми, материально-техническими, трудовыми, информационными и другими ресурсами, созданию оптимальных социально-психологических условий, правовой базы для достижения поставленных целей.

Интересным является предложение известных американских специалистов в области менеджмента Т. Питерса и Р. Уотермана рассматривать организацию как единство 6 основных переменных *S*: структуры (*structure*), стратегии (*strategy*), системы и процедур управления (*systems*), совокупности приобретенных навыков (*skills*), стиля управления (*style*) и состава кадров (*staff*).

В связи с этим к формированию современного учреждения здравоохранения на данном этапе развития общества предъявляются следующие требования.

- **Новый образ организации.** Формирование собственного, привлекательного для населения, профессионального облика, коренное изменение отношения к качеству оказываемых медицинских услуг, неукоснительное соблюдение принципов медицинской этики, забота о высокой репутации организации в медицинском сообществе.

- **Профессиональное управление.** Сегодня лидером организации здравоохранения становится настоящий руководитель, способный преодолеть инертность, устоявшиеся стереотипы, стремящийся к постоянному профессиональному совершенствованию.

- **Особая роль человеческого фактора.** Понимание того, что объектом и субъектом управления является человек, должно существенно повысить уровень организационной культуры, стимулировать развитие у сотрудников нестандартного и лишенного стереотипов мышления.

- **Внедрение достижений научно-технического прогресса.** Широкое использование инновационных технологий в профилактике, диагностике, лечении, реабилитации заболеваний.

**Стандартизация.** Под *стандартизацией* в здравоохранении понимают деятельность, направленную на совершенствование управления отраслью, повышение качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов путем разработки и установления нормативов, правил, требований, условий, технологий при производстве и реализации медицинских товаров и услуг.

Анализ существующих в здравоохранении проблем позволяет выявить следующие причины, которые определяют приоритетность работ по стандартизации:

- отсутствие единых подходов к формированию нормативной базы отрасли;
- несоответствие государственных обязательств по предоставлению населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи и реальным ее ресурсным обеспечением;
- необходимость повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения на фоне растущей стоимости медицинских товаров и услуг;
- неуклонный рост числа новых медицинских технологий, который усложняет процесс выбора врачом оптимального способа профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных.

В основе процесса стандартизации лежит понятие «стандарт». В общем понимании *стандарт* (*standard*) – это нормативный документ, регламентирующий набор правил, нормативов и требований к объекту стандартизации и утвержденный компетентным органом. Применительно к системе здравоохранения *стандарт* – это нормативный документ, разработанный на основе консенсуса и утвержденный соответствующим органом, в котором устанавливается определенный набор правил, нормативов, условий, требований, касающихся различных видов медицинской деятельности и их результатов.

Единая система стандартов является необходимой нормативной и методической базой для осуществления планирования, лицензирования, сертификации, аккредитации в здравоохранении.

Существующие в здравоохранении стандарты классифицируют следующим образом:

- стандарты (протоколы) ведения больных (диагностика и лечение отдельных заболеваний);
- стандарты, регламентирующие действия медицинского персонала в отдельных ситуациях (оказание экстренной медицинской помощи, выполнение манипуляций и др.);
- стандарты, регламентирующие условия оказания различных видов медицинской помощи (материально-техническое оснащение организаций здравоохранения, санитарные, строительные нормы и правила и т.д.);
- стандарты технологических требований к изготовлению, применению лекарственных средств и медицинской техники;
- стандарты, регламентирующие требования к уровню профессионального образования (медицинского, фармацевтического, вспомогательного персонала).

Как показывает международный медицинский опыт, важнейшим условием повышения качества медицинской помощи и защиты прав пациентов являются разработка и соблюдение стандартов

(протоколов) ведения больных. Эти протоколы должны основываться на современных технологиях оказания медицинской помощи, конкретном алгоритме действий и ориентировать врача на то, что ему необходимо делать в той или иной ситуации. При разработке протоколов ведения больных следует учитывать не только медицинские аспекты оказания помощи, но и социальные, экономические, правовые, нравственные и этические нормы.

Действующая в здравоохранении РФ система стандартизации базируется на ряде основных принципов.

- *Принцип согласия (консенсуальности)*: все субъекты-участники процесса стандартизации должны стремиться к единообразию формы и содержания нормативных документов.

- *Принцип единообразия*: в системе здравоохранения должен быть установлен единый порядок разработки, согласования и использования нормативных документов по стандартизации.

- *Принцип целесообразности*: требования должны быть целесообразными как с научной, так и с практической точек зрения и соответствовать федеральному и международному законодательству, современным достижениям науки и техники.

- *Принцип комплексности и проверяемости*: требования, предъявляемые к различным объектам стандартизации, должны согласовываться между собой и быть проверяемыми объективными методами.

Таким образом, стандартизация является приоритетным направлением в модернизации здравоохранения, от развития которого во многом зависят соблюдение прав граждан в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.

**Координация** обеспечивает согласованность действий участников процесса выработки, реализации управленческого решения и достижения поставленной цели. Основная задача координации в управлении здравоохранением — достижение согласованности в работе всех звеньев системы или отдельных организаций здравоохранения путем установления коммуникаций между ними. Различают три основных аспекта коммуникации: технический, семантический и прагматический.

*Технический аспект* определяет типы носителей информации (бумажные, электронные носители информации, аудио- и видеозаписи и др.); *семантический аспект* отражает факт передачи и приема информации, включая ее понимание пользователем; *прагматический* — учитывает влияние этой информации на дальнейший процесс реализации управленческого решения.

С помощью этих и других аспектов коммуникаций устанавливается взаимодействие между объектами и субъектами управле-



ния (как в горизонтальной, так и в вертикальной плоскостях), осуществляется маневрирование ресурсами, обеспечивается единство организационно-методических подходов в реализации всех функций управления.

**Мотивация** представляет собой комплекс мер по стимулированию деятельности индивида или коллектива, направленный на достижение в процессе управления поставленных перед организацией целей. При всей простоте и ясности этого определения теория и практика мотивации непросты, так как истинные побуждения, которые заставляют человека отдавать работе максимум времени, физических и духовных сил, делать ее качественно, сложны и многообразны.

Существует несколько теорий, являющихся базовыми для формирования мотивации в коллективах:

- классическая теория;
- теория человеческих отношений;
- теория человеческих ресурсов.

Заметим, что ни одну из этих теорий нельзя считать универсальной. Скорее, синтез и сочетание отдельных элементов каждой из них позволяет учитывать многообразную палитру характерологических особенностей работающих в коллективе.

• **Классическая теория.** Труд большинству работников не приносит удовлетворения. То, что они делают, менее важно для них, нежели то, сколько они зарабатывают. При этом главная функция руководителя — разложить задачи на простые и повторяющиеся операции, обеспечить строгий контроль за работой подчиненных.

• **Теория человеческих отношений.** Индивиды стремятся быть полезными и значимыми, испытывают желание быть максимально интегрированными в трудовую деятельность и признанными. Это является для них более важным, чем деньги. В такой ситуации руководитель должен предоставлять своим подчиненным возможность определенной самостоятельности и личного контроля в процессе трудовой деятельности. Вовлечение подчиненных в процесс выработки управленческих решений позволяет руководителю удовлетворить профессиональные амбиции коллег и чувство собственной значимости.

• **Теория человеческих ресурсов.** Труд большинству работников приносит удовлетворение. Большинство из них способны к самостоятельности, творчеству, ответственности, личному контролю, а также возможности реализовать себя на более высокой ступени должностной лестницы. В таких случаях главная задача руководителя — более эффективное использование человеческих ресурсов. Он должен создать такую обстановку, в которой каждый сотрудник может

максимально проявить свои способности. Руководитель должен способствовать максимальному вовлечению своих подчиненных в решение важнейших проблем организации системы здравоохранения в целом, постоянно расширяя их самостоятельность и самоконтроль.

Эффективность деятельности человека зависит от многих факторов, среди которых основную роль играют четкое понимание цели своей работы и система материальных и моральных стимулов.

Если руководитель не знает потребностей своих подчиненных, то его попытка обеспечить мотивацию деятельности обречена на провал.

**Маркетинг** (англ. *market* – рынок) представляет собой комплексную систему организации производства и сбыта продукции, ориентированную на удовлетворение потребностей потребителей и получение прибыли на основе исследования и прогнозирования рынка. Таким образом, понятие маркетинга включает в себя анализ рынка (разделение рынков, выделение предпочтительных рынков, сегментацию и позиционирование рынка), разработку товаров и услуг (определение вида и основных характеристик продаваемого товара и услуг), ценовую политику, рекламу.

Различают следующие виды маркетинга:

- *дифференцированный* – рассчитанный на использование отдельных сегментов рынка;
- *конверсионный* – создающий условия для преодоления отрицательного спроса;
- *концентрированный* – сосредоточивающий усилия на отдельных рынках;
- *массовый* – применяемый к товарам массового потребления;
- *противодействующий* – направленный на ограничение иррационального спроса;
- *развивающий* – ориентированный на превращение потенциального спроса в реальный;
- *стратегический* – основанный на изучении внутренних и внешних возможностей организации;
- *целевой* – предусматривающий ориентацию на определенный сегмент рынка;
- *ценовой* – основанный на установлении оптимальной цены товара.

Необходимость использования маркетинга в системе управления здравоохранением обусловлена прежде всего формированием элементов рыночных отношений в здравоохранении с развитием частного сектора на рынке медицинских товаров и услуг. При этом дальнейшее развитие частного сектора в здравоохранении становится невозможным без внедрения социально ориентированного,

этического маркетинга, главной целью которого должно стать удовлетворение потребности пациентов в получении качественной медицинской помощи с соблюдением этических норм и нравственных принципов. С учетом этого можно дать следующее определение маркетинга в здравоохранении.

**Медицинский маркетинг** — это комплекс мероприятий, направленный на изучение спроса, организацию производства и создание условий для удовлетворения потребности населения в различных видах медицинских товаров и услуг.

Анализ применения маркетинговых технологий в деятельности медицинских организаций позволил выделить 3 основные задачи маркетинга в системе управления здравоохранением:

- исследование рынка медицинских товаров и услуг;
- разработка новых медицинских товаров и услуг;
- организация реализации произведенных медицинских товаров и услуг.

**Исследование рынка медицинских товаров и услуг.** Анализ рынка — главное направление в маркетинговых исследованиях. Провести анализ рынка — значит тщательно изучить и оценить особенности маркетинговой среды, в которой находится конкретная организация здравоохранения. Без исследований рынка невозможно собрать информацию, необходимую для принятия важных решений, связанных с предстоящей деятельностью на рынке. Основными результатами маркетинговых исследований на рынке медицинских товаров и услуг являются:

- прогнозы развития рынка, оценка конъюнктурных тенденций, выявление ключевых факторов успеха;
- определение наиболее эффективных способов ведения конкурентной политики на существующем рынке и возможности выхода на новые рынки.

Главным объектом проводимых маркетинговых исследований в здравоохранении является маркетинговая среда, которая складывается из внутренней и внешней среды.

**Внутренняя среда** — это то, что определяется организационно-функциональной структурой организации здравоохранения, ее собственным потенциалом.

**Внешняя среда** подразделяется на:

*микросреду* — факторы, непосредственно связанные с деятельностью на рынке организации здравоохранения (поставщики, посредники, конкуренты, пациенты);

*макросреду* — факторы, которые существуют и действуют независимо от усилий самой организации здравоохранения, но оказывают

на нее влияние (политическая, демографическая ситуация, уровень доходов населения, структура и уровень заболеваемости и др.).

Для изучения маркетинговой среды проводят количественные и качественные маркетинговые исследования с использованием методов математической статистики.

Одной из важнейших задач исследования рынка является его *сегментирование*.

Известный американский маркетолог профессор П. Дойл говорил, что если фирма не сумеет разбить рынок на сегменты, рынок разобьет на сегменты фирму. Сегмент – это особым образом выделенная часть рынка (группа населения на рынке), обладающая сходными характеристиками, одинаково реагирующая на один и тот же предлагаемый продукт и определенные маркетинговые усилия.

Сегментация рынка медицинских товаров и услуг осуществляется на основе данных о численности и возрастно-половом составе проживающего на данной территории населения, уровне доходов, расходов на медицинскую помощь, лекарственные средства и товары медицинского назначения, структуре и уровне заболеваемости населения и др.

Решение задачи сегментирования завершается *выделением целевого рынка*.

Отбор целевых рынков проводится в двух направлениях:

- углубленное проникновение в существующий рынок;
- поиск новых рынков реализации медицинских товаров и услуг.

Следующим шагом в маркетинговой деятельности является *позиционирование на рынке*, т.е. создание определенной позиции, ниши для товаров и услуг, которая нашла бы отражение в иерархии ценностей, созданной в сознании потенциального покупателя. Другими словами, позиционирование – это выработка у покупателей системы стереотипов относительно объекта покупки, что делает этот объект максимально привлекательным и отличным от других. Таким образом, позиционирование товаров и услуг – это действия, направленные на обеспечение им конкурентоспособного положения на рынке.

**Разработка новых медицинских товаров и услуг.** На этом этапе исследуют потребительские свойства услуг-аналогов, услуг-конкурентов, реакцию пациентов на эти услуги и выбирают наиболее предпочтительные и необходимые для пациентов медицинские услуги. При этом необходимо учитывать соответствие их утвержденным стандартам (протоколам) ведения больных. При разработке новых медицинских услуг важно учитывать и такой фактор, как цену на них. Кроме того, важно определить тот объем медицинских услуг,

который медицинское учреждение реально сможет оказать населению. Таким образом, результаты исследования дают возможность организации здравоохранения разработать собственный перечень медицинских услуг, повысить их конкурентоспособность, определить способы патентной защиты и т.д.

**Организация реализации произведенных медицинских товаров и услуг.** Разработка системы продвижения на рынок медицинских товаров и услуг – это комплекс мероприятий, направленных на формирование спроса и стимулирование сбыта товаров и услуг.

Ведущая роль в продвижении медицинских услуг принадлежит рекламе, которая способствует расширению круга пациентов, увеличению объема реализации медицинских услуг, росту прибыли медицинских организаций и частнопрактикующих врачей.

С рекламой тесно связан другой вид маркетинговой деятельности – *бренддинг*, который представляет собой деятельность по созданию долгосрочного предпочтения к товару, основанную на комплексном воздействии на потребителя товарного знака, упаковки, рекламных обращений. Создатели брэнд-имиджа учитывают физические свойства продукта, чувства, которые он вызывает у потребителя, и апеллируют не только к сознанию, но и к эмоциям, воздействуя на подсознание.

Практика применения маркетинговых технологий в здравоохранении показывает, что использование только отдельных его составляющих не дает должного эффекта. Только комплексный подход к маркетинговой деятельности позволяет эффективно работать на рынке медицинских товаров и услуг.

**Контроль.** Процесс управления протекает в условиях постоянно меняющейся ситуации и характеризуется различной степенью неопределенности. При этом важно понимать, достигнуты ли в процессе управления поставленные цели и нуждаются ли в корректировке управленческие решения. На эти и другие вопросы дает ответ система контроля как одна из важнейших функций управления. Ни одну из функций управления (планирование, организация, стандартизация, мотивация и др.) нельзя рассматривать в отрыве от контроля.

В процедуре контроля существует 3 четко различаемых этапа:

- выработка стандартов и критериев;
- сопоставление с ним реальных результатов;
- принятие необходимых корректирующих действий.

В организациях здравоохранения контроль осуществляется в отношении материальных, финансовых, трудовых, информационных ресурсов. Особое место занимает контроль за качеством оказываемой населению медицинской помощи.

Контроль за использованием материальных ресурсов осуществляется путем сопоставления фактических расходов лекарственных средств, изделий медицинского назначения, мягкого инвентаря, продуктов лечебного питания и др., например, на 1 койко-день в стационаре, на 1 посещение в амбулаторно-поликлиническую организацию с установленными нормативами (стандартами).

Контроль за использованием финансовых ресурсов осуществляется путем сопоставления фактических финансовых затрат, например, на 1 посещение в амбулаторно-поликлиническую организацию, на 1 койко-день в стационаре, на 1 вызов скорой медицинской помощи, с установленными нормативами (стандартами).

Контроль в отношении трудовых ресурсов осуществляется путем постоянного анализа профессиональных знаний и навыков, деловых качеств, необходимых для выполнения тех или иных должностных обязанностей. Для этого используют образовательные стандарты и квалификационные характеристики. Кроме того, осуществляют контроль за выполнением нормативов нагрузки персонала, работающего в организациях здравоохранения.

Контроль информационных ресурсов в здравоохранении осуществляют прежде всего в направлении своевременности и полноты их использования в различных формах (бумажных, электронных и иных носителей информации о здоровье населения и деятельности организаций здравоохранения). Это осуществляется путем расчета и анализа статистических показателей эффективности использования информационных ресурсов, например, коэффициента полноты использования учетных (отчетных) статистических форм, коэффициента своевременности использования информации и др.

Реализация процедуры контроля может оказать как позитивные, так и негативные психологические последствия на поведение персонала. В одних случаях система контроля может привести к укреплению трудовой дисциплины, повышению эффективности труда и, как ожидаемый итог, к повышению качества медицинской помощи. В других случаях результатом контроля могут быть психологические срывы в поведении отдельных сотрудников и возникновение конфликтов в коллективе. Для предупреждения такой ситуации руководители (менеджеры) организаций здравоохранения должны следовать рекомендациям, которые позволяют избежать непреднамеренного негативного воздействия контроля на поведение сотрудников и таким образом повысить эффективность их труда:

- *необходимо устанавливать высокие, но достижимые стандарты: согласно мотивационной теории ожидания, мотивировать людей можно на достижение только тех целей, которые они считают реаль-*

ными. Таким образом, если стандарт воспринимается как не реальный или не справедливо высокий, он может разрушить мотивационные установки работника. Аналогично, если стандарт установлен на таком низком уровне, что достичь его не составляет большого труда, это обстоятельство может оказать демотивирующее воздействие на сотрудников с высоким уровнем профессиональных возможностей.

- *необходимо избегать чрезмерного контроля*: руководитель не должен подвергать своих подчиненных излишнему контролю, в противном случае это будет отвлекать их внимание и в итоге приведет к обратным результатам — снижению эффективности и качества работы.

- *необходимо вознаграждать за достижение результата*: руководитель должен справедливо вознаграждать сотрудников за достижение результата, установленных стандартов. Согласно теории ожидания, существует четкая взаимосвязь между результативностью в работе и вознаграждением. Если работник не ощущает такой взаимосвязи или чувствует, что вознаграждение не справедливо, эффективность и качество его труда в дальнейшем может упасть.

## 10.4. Стили управления

С личностью руководителя во многом связан **стиль управления** как индивидуальный способ осуществления управленческой деятельности. Стиль управления во многом формируется под влиянием сложившихся отношений между руководителем и коллективом в процессе принятия и реализации управленческих решений.

Наиболее распространены 4 стиля управления: авторитарный; либеральный; демократический; динамичный.

**Авторитарный стиль** руководства абсолютизирует власть в одних руках. Он предполагает полное отрицание коллегиальности в принятии решений. Авторитарный стиль руководства в повседневной деятельности не следует смешивать с административно-авторитарным стилем, эффективно используемым в экстремальных ситуациях. Для авторитарного стиля управления характерны преувеличение роли административно-командных форм руководства, централизация власти, единоличное принятие управленческих решений. Руководители такого стиля ориентируются прежде всего на дисциплину и жесткий контроль за деятельностью подчиненных, который основан преимущественно на силе власти (власть принуждения). Инициатива подчиненных не одобряется, не стимулируется и даже в отдельных случаях подавляется. Исключительное право на новые идеи, оценку результатов имеет только руководитель. Руководитель авторитарного



стиля нередко резок, прямолинеен, властолюбив, подозрителен, болезненно реагирует на критику. Иногда под этой маской скрывается его некомпетентность и профессиональная несостоятельность.

**Либеральный стиль** управления называют анархическим, попустительствующим. Руководитель такого стиля стоит как бы в стороне от своего коллектива. Для него характерны минимальное вмешательство в работу подчиненных и коллектива в целом, низкий уровень требовательности как к сотрудникам, так и к себе. Он предпочитает нейтральные методы воздействия на подчиненных, чья инициатива хотя и не подавляется, но активно не поощряется. В такой ситуации власть, как правило, пользуются неформальные лидеры.

Для **демократического стиля** характерны децентрализация управления, коллегиальное принятие решений, инициатива подчиненных поддерживается и активно поощряется. Во взаимоотношениях руководителя с подчиненными отмечаются тактичность, выдержка, доброжелательность.

В современных условиях оптимальным для руководителя признан **динамичный стиль** управления. Для такого стиля руководства характерны четкая позиция по любым вопросам, творческий подход к решению проблем, готовность идти в разумных пределах на риск, деловитость и предприимчивость, непримиримость к недостаткам, чуткое и внимательное отношение к людям, отсутствие субъективизма и формализма, опора на коллективное мнение в решении поставленных задач.

Безусловно, представленное разделение руководителей по стилю их управления является условным, так как у одного и того же руководителя зачастую можно наблюдать одновременно черты, характерные для разных стилей руководства.

## 10.5. Методы управления

*Методы управления* – способы и приемы воздействия руководителя организации здравоохранения или его подразделения на коллектив для более эффективного использования имеющихся ресурсов в решении поставленных задач. Различают следующие методы управления здравоохранением:

- организационно-распорядительные;
- экономические;
- социально-психологические;
- общественные или коллективные.

**Организационно-распорядительные методы управления** позволяют прежде всего компенсировать просчеты в планировании, опера-



тивно реагировать на изменяющуюся ситуацию и, внося коррективы, выводить объект управления на новые параметры путем директив, приказов, указаний, распоряжений, резолюций, предписаний и т.д. Этими методами достаточно эффективно можно обеспечивать взаимодействие между отдельными структурными элементами системы или организации здравоохранения.

В настоящее время в управлении здравоохранением все большую распространенность приобретают **экономические методы управления**, которые включают в себя экономический анализ деятельности организации здравоохранения, методы планирования и прогнозирования, статистического анализа. Особое значение имеют методы экономического стимулирования, которые позволяют материально заинтересовать работников здравоохранения, создать мотивацию для оказания высококвалифицированной, качественной медицинской помощи.

**Социально-психологические методы управления** рассматривают как совокупность средств воздействия на коллектив, на происходящие в коллективе процессы в целом и на отдельных работников в частности. Это умение мотивировать работника к эффективному труду, партнерским отношениям, создание благоприятного психологического климата в коллективе. В связи с этим в задачи руководителя органа управления, организации здравоохранения, отдельных подразделений входит формирование психологически совместимых, профессионально зрелых и экономически эффективно работающих коллективов.

**Общественные или коллективные методы управления** подразумевают демократизацию управления, т.е. расширение участия работников в выполнении управленческих функций. При этом используют такие коллективные организационные структуры, как коллегии, медицинские советы, советы медицинских сестер, советы трудовых коллективов, которые создаются при руководителе организации здравоохранения в качестве совещательного органа. Как правило, в состав этих совещательных органов включаются заместители главного врача, главные (старшие) медицинские сестры, руководители общественных организаций, специалисты, которые пользуются наибольшим авторитетом в коллективе. Надо отметить, что решения коллегии или совета имеют рекомендательный характер, но на основании их руководитель организации здравоохранения может издать приказ, закрепляя тем самым юридически эти решения.

## 10.6. Технология принятия управленческого решения

Важнейшим звеном в системе управления является разработка и реализация управленческого решения.

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

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

Технология принятия управленческого решения представляет собой замкнутый управленческий цикл (*рис 10.2*).



Рис. 10.2. Технология принятия управленческого решения.

Управленческое решение должно иметь:

- целевую направленность (полное соответствие поставленным целям и задачам);
- обоснованность (необходимость принятия этого решения, а не другого);
- адресность (по исполнителям);
- непротиворечивость (согласованность с предыдущими решениями);
- легитимность (соответствие правовым актам и нормативным документам);
- эффективность (достижение максимальных результатов с минимальными затратами);
- конкретность во времени, пространстве и своевременность (принятие именно в тот момент, когда реализация решения может привести к желаемому результату).

Управленческие решения могут быть оформлены письменно, на электронных носителях либо переданы вербальным путем (например, устные распоряжения). Управленческие решения могут приниматься в форме законов, постановлений, приказов, распоряжений, рекомендаций и др.

## **10.7. Управление системой здравоохранения в Российской Федерации**

Вопросами управления здравоохранением занимаются как органы исполнительной, так и законодательной власти. В Совете Федерации действует Комитет по науке, культуре, образованию, здравоохранению и экологии, в Государственной Думе – Комитет по охране здоровья. Высшие органы законодательной власти определяют основные направления государственной политики, принимают законы, утверждают федеральные программы по вопросам охраны здоровья населения, расходы на здравоохранение в рамках консолидированного бюджета РФ.

Министерство здравоохранения и социального развития РФ (МЗиСР) является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативному правовому регулированию в сфере охраны здоровья граждан, а именно:

- демографической политики;
- санитарно-эпидемиологического благополучия;
- организации медицинской профилактики, в том числе инфекционных заболеваний и СПИД;

- медицинской помощи, медицинской реабилитации, курортного дела;
- фармацевтической деятельности, качества, эффективности и безопасности лекарственных средств;
- медико-санитарного обеспечения работников отдельных отраслей экономики с особо опасными условиями труда;
- социальной защиты населения, в том числе семьи, женщин и детей;
- разработки и реализации современных медицинских технологий, новых методов диагностики и организации оказания медицинской помощи (в том числе высокотехнологичной);
- организации судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз, проведения медико-социальной экспертизы;
- профессиональной подготовки, переподготовки, повышения квалификации медицинских, фармацевтических и санитарно-эпидемиологических работников и др.

МЗиСР РФ возглавляет министр, назначаемый на должность Президентом РФ по представлению Председателя Правительства РФ. Министр несет персональную ответственность за выполнение возложенных на министерство полномочий и реализацию государственной политики в установленной сфере деятельности. Министр имеет заместителей, назначаемых на должность Правительством РФ.

Министерство осуществляет координацию и контроль деятельности находящихся в его ведении Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Федеральной службы по труду и занятости, Федерального медико-биологического агентства, а также координацию деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Пенсионного фонда РФ, Фонда социального страхования РФ.

Управление здравоохранением осуществляется как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов РФ. Непосредственное руководство здравоохранением в субъектах РФ осуществляют органы исполнительной власти субъектов РФ в области здравоохранения.

В муниципальных образованиях функцию руководства здравоохранением исполняют органы местного самоуправления, уполномоченные на осуществление управления в сфере здравоохранения (городские и районные комитеты (отделы) здравоохранения).

Органы управления здравоохранением субъектов РФ имеют двойное подчинение: с одной стороны – органам исполнительной власти субъектов РФ, с другой – Министерству здравоохранения и социального развития РФ.

Особая роль в управлении здравоохранением на местах отводится муниципальным органам управления. Муниципальные органы управления здравоохранением несут ответственность за санитарно-гигиеническое просвещение населения, обеспечение доступности населению бесплатной медико-социальной помощи в рамках Программы госгарантий, развитие муниципальной системы здравоохранения на подведомственной территории, создание условий для развития и доступности лекарственного обеспечения граждан. Кроме того, муниципальные органы управления здравоохранением осуществляют организацию первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, в том числе формирование муниципального задания по оказанию этой помощи в медицинских организациях.

Важную роль в демократизации управления здравоохранением страны выполняет Общественная палата, которая призвана обеспечить согласование общественно значимых интересов граждан РФ, общественных объединений, органов государственной власти и органов местного самоуправления для решения наиболее важных вопросов жизни страны, в том числе и касающихся охраны здоровья населения. В составе Общественной палаты действуют Комиссия по вопросам здравоохранения и Комиссия по формированию здорового образа жизни.

**Контрольные вопросы**

1. В чем сходство и различие понятий «управление» и «менеджмент»?
2. Что такое субъект и объект управления?
3. Перечислите основные принципы управления; раскройте содержание каждого из них.
4. Назовите основные функции управления.
5. Раскройте понятие «организация» как функцию управления.
6. Что понимают под стандартизацией в здравоохранении? Какие виды стандартов используются в здравоохранении?
7. Какое значение имеет координация в управлении здравоохранением?
8. Перечислите основные теории мотивации в управлении здравоохранением?
9. Дайте определение медицинского маркетинга.
10. Какие основные 3 задачи решает маркетинг в системе управления здравоохранением?
11. Какова роль контроля в процессе управления здравоохранением? Перечислите 3 основных этапа в процедуре контроля.
12. Что такое стиль управления? Какие стили управления вы знаете?
13. Что такое методы управления? Перечислите основные методы управления в здравоохранении?
14. Дайте определение управленческого решения? Раскройте технологию его принятия.
15. Перечислите основные задачи, стоящие перед Министерством здравоохранения и социального развития РФ.
16. В чем заключается роль в управлении здравоохранением муниципальных органов власти?

## Глава 11

# Планирование и прогнозирование в здравоохранении

### 11.1. Общие положения

Отличительной чертой современной экономической системы стало активное воздействие государства на развитие национальной экономики. Важнейшими рычагами государственного регулирования являются прогнозирование и планирование социально-экономического развития в целом и прежде всего здравоохранения.

Объективная необходимость прогнозирования и планирования в условиях рыночной экономики обусловлена следующими обстоятельствами: общественным характером производственных отношений и неспособностью рыночной экономики к саморегулированию, особенно в кризисных ситуациях.

При этом не надо забывать о двух крайностях в воздействии государства на экономику: первое — государственное регулирование тех экономических процессов, которые более эффективно могут управляться рыночными механизмами, второе — полагаться исключительно на рыночные механизмы в тех случаях, когда вмешательство государства необходимо.

Прогнозирование тесно связано с планированием и является необходимой методологической и информационной основой для разработки планов и программ.

Использование прогнозирования и планирования как стратегического направления в управлении и экономике здравоохранения позволяет увязывать замысел реформ здравоохранения с реальным воплощением их в жизнь.

Методы прогнозирования и планирования, порядок разработки планов здравоохранения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях даны на примере территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

## 11.2. Основы прогнозирования общественного здоровья и здравоохранения

Человеку свойственно желание заглянуть в будущее. Это обусловлено тем, что вся наша жизнь связана с выбором решений, а правильный выбор нельзя сделать, не предвидя всех его желательных и нежелательных последствий. Будущее во многом становится предсказуемым, если правильно и полно учитывают сложившуюся ситуацию, факторы и тенденции, способствующие ее изменению в перспективе. Видение перспектив и способность предугадывать события позволяют своевременно принимать превентивные меры и избегать нежелательных результатов.

Сознательно или подсознательно человек прогнозирует последствия своих действий, разрабатывает сценарии развития событий, строит для себя модель будущего. Роль прогнозирования неизменно возрастает в связи с ускорением научно-технического прогресса, усложнением задач управления, переходом здравоохранения на систему бюджетирования, ориентированного на результат.

Прогнозирование по своей сути означает предвидение и основано на познании законов природы, общества, человеческого мышления. В зависимости от степени конкретизации и характера воздействия на ход исследуемых процессов (объектов) различают гипотезу и прогноз.

**Гипотеза** — научное предположение, выдвигаемое для объяснения каких-либо явлений.

**Прогноз** — комплекс аргументированных предположений (выраженных в качественной и количественной формах) относительно будущих параметров системы.

Прогноз по сравнению с гипотезой более определен и достоверен, имеет качественные и количественные параметры. В то же время прогноз вероятностен и многовариантен, что обусловлено наличием неопределенностей в отображаемой им в будущем действительности. Поэтому прогноз, не определяя параметры развития системы с абсолютной точностью, раскрывает возможные альтернативы, положительные и отрицательные тенденции, противоречия и условия, при которых обеспечивается решение поставленных задач. Он может иметь несколько вариантов в зависимости от вероятностного воздействия различных факторов.

Поскольку прогноз строится на вероятностном развитии событий, то он может иметь несколько сценариев: оптимистический, пессимистический, реалистический. Сценарий устанавливает логическую последовательность событий, имеет системный характер



и учитывает факторы, позволяющие достичь поставленных целей.

Прогнозы в здравоохранении могут разрабатываться по следующим основным направлениям:

- прогнозы здоровья населения;
- прогнозы развития отдельных видов медицинской помощи, специализированных служб;
- прогнозы финансово-хозяйственной деятельности системы здравоохранения и др.

Хотя такие прогнозы и разрабатываются для отдельных служб, они между собой взаимосвязаны. На их основе должен разрабатываться прогноз развития системы здравоохранения в целом, который, в свою очередь, должен стать составной частью прогноза социально-экономического развития страны.

В РФ прогнозы социально-экономического развития разрабатывают на долгосрочную, среднесрочную и краткосрочную перспективы. В здравоохранении в зависимости от поставленных задач выделяют следующие формы прогнозов:

- оперативные (текущие);
- краткосрочные (годовые);
- перспективные (среднесрочные — 3–5-летние и долгосрочные — на 10 лет и более).

В современной теории управления прогнозирование тесно связано с математическим моделированием процессов, сценарии развития которых предполагаются в будущем. Для построения таких математических моделей (например, прогнозирование рождаемости, смертности, структуры и уровня заболеваемости, физического здоровья населения, потребности здравоохранения в отдельных видах ресурсного обеспечения и др.) необходима исчерпывающая информация за значительный (не менее 10–12 лет) ретроспективный период наблюдения. В основе разработки таких математических моделей лежат регрессионный анализ, а также построение и анализ динамических рядов с экстраполяцией полученных данных.

Вместе с тем для получения качественных и достоверных прогнозов развития той или иной ситуации нельзя ограничиваться только математическим моделированием. Построение математических моделей целесообразно сочетать с другими способами построения прогнозов, в первую очередь с методами экспертных оценок (Дельфи, ПАТТЕРН и др.). Эксперты, используя методы качественного и количественного анализа, отбирают наиболее важные факторы, оценивают их взаимосвязи, влияние на тенденцию в развитии того или иного явления и определяют тем самым вероятность достижения тех или иных результатов в будущем.

В теории и практике управления известно более 150 методов прогнозирования, которые объединяют в 4 основные группы:

- экспертные оценки;
- экстраполяция;
- моделирование;
- комбинированные прогнозы.

В здравоохранении прогнозирование является важнейшей функцией управления, так как ценой ошибок в принятии управленческого решения может быть здоровье и даже жизнь десятков и сотен тысяч людей.

### 11.3. Планирование в здравоохранении

Как уже отмечалось, прогноз предполагает вероятность того или иного события, явления. План выражает наиболее оптимальный вариант развития ситуации, ориентирует на получение прогнозируемых результатов, обязателен для выполнения и должен быть обеспечен необходимыми ресурсами.

*План* — надлежаще оформленное управленческое решение, включающее точно сформулированные цель, задачи, пути и средства их достижения, предвидение конечных результатов. По существу, план — это программа деятельности отдельных организаций, системы здравоохранения в целом.

Исходя из сказанного выше, *планирование в здравоохранении* — это процесс определения необходимых ресурсов и механизма эффективного их использования для решения задач повышения качества и доступности медицинской помощи, достижения конкретных показателей здоровья населения. Планирование в системе здравоохранения РФ должно строиться на единых принципах и методических подходах, имея главной целью реализацию конституционных прав граждан на охрану здоровья.

#### 11.3.1. Принципы планирования в здравоохранении

В бывшем СССР накоплен уникальный опыт государственного планирования здравоохранения, который не потерял своего значения и ныне. Планирование базировалось на принципах директивности, комплексности, выделения приоритетов, соблюдения интересов государства и общества. В то время эти принципы сыграли свою положительную роль, но в процессе политических и социально-экономических реформ сформировались новые принципы планирования в здравоохранении, другие подверглись изменению, а некоторые утратили свою значимость.

На современном этапе основными принципами планирования в здравоохранении являются:

- системный подход;
- сочетание отраслевого и территориального планирования;
- выделение приоритетных направлений;
- директивность планов;
- единство методических подходов к планированию на всех уровнях управления системой здравоохранения;
- обеспечение сбалансированности в развитии всех секторов здравоохранения: государственного, муниципального, частного.

**Системный подход.** Сущность его состоит в том, что каждый объект, согласно теории управления, должен рассматриваться как большая и сложная система и одновременно как элемент более общей системы. Системный подход в управлении здравоохранением — это подход, при котором система здравоохранения рассматривается как совокупность взаимосвязанных элементов (входящих в нее организаций здравоохранения), имеющая вход (ресурсы), выход (цель), взаимосвязь с внешней средой (коммуникации).

Говоря о системном подходе в планировании здравоохранения, можно говорить о некотором способе организации действий на этапе разработки планов с целью выявления закономерностей и взаимосвязей в системе здравоохранения, а также методов более эффективного использования ресурсов для достижения поставленных целей.

**Сочетание отраслевого и территориального планирования.** Суть этого принципа состоит в том, что план развития здравоохранения (как отрасли) является частью общего плана социально-экономического развития субъекта РФ, его муниципальных образований. Он должен быть связан с общим планом единством целей и задач, поэтому составляется с учетом перспектив, прежде всего таких отраслей, как культура, образование, наука, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения, физическая культура, социальное обеспечение, сельское хозяйство, строительство и др. Взаимосвязь этих планов достигается на основе статистических показателей, утвержденных соответствующим Указом Президента РФ «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».

**Выделение приоритетных направлений.** Принцип является особенно значимым для разработки планов в условиях ограниченных ресурсов, так как предполагает необходимость концентрации имеющихся ресурсов в приоритетных направлениях для достижения конкретных результатов. Реализация этого принципа позволяет

достигать максимальных результатов с наименьшими затратами. Принцип выделения приоритетных направлений преимущественно используется для разработки целевых медико-социальных программ, касающихся, например, охраны здоровья матери и ребенка, профилактики, диагностики, лечения социально значимых заболеваний, снижения смертности населения трудоспособного возраста и др.

Профилактическое направление является главным приоритетом в деятельности системы здравоохранения РФ.

**Директивность планов.** Принцип предполагает, что план, утвержденный на вышестоящем уровне, по своим основным показателям является обязательным для исполнения на нижестоящих уровнях управления. В то же время этот план является базовым (рамочным), поэтому не исключается возможность внесения в него необходимых корректив и дополнений с учетом региональных особенностей здоровья населения и системы здравоохранения. Например, на федеральном уровне утверждается Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (далее — программа), на ее основе в субъектах РФ утверждаются территориальные программы, в рамках которых в муниципальных образованиях разрабатывают муниципальные заказы.

**Единство методических подходов к планированию на всех уровнях управления системой здравоохранения.** Принцип реализуется прежде всего в разработке единых методических подходов для установления нормативов материальных, финансовых, трудовых ресурсов для возмещения затрат на оказание тех или иных видов медицинской помощи с учетом региональных особенностей здоровья населения и функционирующей системы здравоохранения. Этому принципу необходимо также следовать при разработке статистических показателей для оценки эффективности использования ресурсов.

В итоге все это должно обеспечить одинаковые условия, качество и доступность медицинской помощи населению, проживающему в различных регионах РФ, в соответствии со стандартами, установленными на федеральном уровне. Например, затраты на проведение операции по поводу острого аппендицита в Республике Саха (Якутия) и Новгородской области будут разные. Это связано с влиянием таких факторов, как районные коэффициенты, транспортные расходы, действующая система оплаты труда и др. В то же время условия и качество оказания медицинской помощи должны быть одинаковы.

**Обеспечение сбалансированности в развитии всех секторов здравоохранения: государственного, муниципального, частного.** Принцип действует в условиях формирования рыночных отношений в здраво-

охранении. С одной стороны, органы управления здравоохранением при разработке планов должны в первую очередь предусматривать развитие государственного и муниципального секторов здравоохранения для обеспечения населения бесплатной медицинской помощью. С другой стороны, в рамках законодательства, регламентирующего лицензирование медицинской деятельности, – создавать условия для формирования частного сектора здравоохранения. При этом работа по развитию этих секторов должна идти параллельно, сбалансированно, с обеспечением конституционных прав граждан на получение гарантированной (бесплатной) медицинской помощи.

### 11.3.2. Виды планирования в здравоохранении

С учетом политической и социально-экономической ситуации в стране, приоритетов и поставленных задач в области охраны здоровья населения выделяют следующие виды планирования в здравоохранении:

- стратегическое;
- перспективное;
- текущее.

**Стратегическое планирование** определяет цели, задачи, приоритеты, ресурсы, прогнозируемые результаты деятельности системы здравоохранения в целом и отдельных медицинских организаций на перспективу 10 и более лет.

Стратегическое планирование осуществляется на 2 уровнях управления: федеральном; субъекта РФ.

**Стратегическое планирование на федеральном уровне.** Министерство здравоохранения и социального развития РФ разрабатывает и утверждает:

- стратегические цели, задачи и приоритеты развития здравоохранения РФ;
- прогнозируемые показатели состояния здоровья населения и деятельности системы здравоохранения;
- федеральные нормативы, стандарты и методику их разработки с учетом региональных особенностей субъектов РФ;
- федеральные целевые медико-социальные программы.

**Стратегическое планирование на уровне субъектов Российской Федерации.** Задачей органов управления здравоохранения субъектов РФ является разработка стратегических планов формирования эффективной системы оказания населению территории доступной медицинской помощи на перспективу 10 и более лет. Эта работа осуществляется на основе индикаторов (показателей), устанавливаемых

на федеральном уровне с учетом региональных особенностей состояния здоровья и действующей системы здравоохранения.

Разработка стратегических планов на уровне субъекта РФ предусматривает следующие этапы:

- анализ и прогноз состояния здоровья населения субъекта РФ на расчетный период;
- определение цели, задач и приоритетов развития здравоохранения на расчетный период;
- расчет прогнозируемых показателей деятельности системы здравоохранения субъекта РФ;
- разработку и утверждение региональных нормативов для планирования развития системы здравоохранения субъекта РФ;
- определение необходимых для достижения поставленных целей и задач ресурсов, источников их получения;
- разработку и утверждение планов и целевых медико-социальных программ развития системы здравоохранения субъекта РФ.

**Перспективное планирование** предусматривает разработку планов и программ развития здравоохранения субъектов РФ и муниципальных образований в рамках утвержденных стратегических планов, как правило, на 3–5 лет. Методология составления этих планов и программ в здравоохранении муниципальных образований должна в целом соответствовать подходам перспективного планирования на уровне субъекта РФ, но при этом учитывать имеющиеся особенности социально-экономического развития муниципальных районов и городских округов.

**Текущее планирование** предусматривает разработку ежегодных планов и программ деятельности системы здравоохранения субъектов РФ, муниципальных образований и конкретных организаций здравоохранения в соответствии с перспективными планами и программами, утвержденными на уровне субъекта РФ и муниципального образования.

### 11.3.3. Методы планирования в здравоохранении

В теории управления здравоохранением используют многие методы планирования: аналитический, нормативный, балансовый, экономико-математический, организационного эксперимента и др. В практическом здравоохранении в основном применяют два метода: нормативный и балансовый.

**Нормативный метод** используется в стратегическом, перспективном и текущем планировании на основе утвержденных нормативов.

**Норматив** — расчетная величина затрат материальных, финансовых, временных и других ресурсов, применяемая при нормировании труда, планировании производственной и хозяйственной деятельности.

Нормативы разрабатываются и утверждаются МЗиСР РФ или другими уполномоченными органами исполнительной власти.

По своей сути норматив — это количественная мера затрат финансовых, материальных, временных и других видов ресурсов, необходимых для оказания определенного объема медицинских услуг соответствующего качества.

Классификация нормативов по видам ресурсов:

- **материальные**, устанавливающие уровень затрат в натуральном выражении (расход энергоносителя на 1 м<sup>3</sup> отапливаемых помещений, количество комплектов белья на 1 больного или 1 койку, расход продуктов питания на 1 койко-день и др.);
- **финансовые**, устанавливающие уровень затрат в денежном выражении (расход финансовых средств на лекарственные препараты на 1 койко-день, подушевое финансирование, расход финансовых средств на 1 койко-день в отделениях различного профиля и др.);
- **временные**, устанавливающие уровень затрат во времени (норматив времени выезда бригады скорой медицинской помощи, норматив среднечасовой нагрузки врачей отдельных специальностей на амбулаторно-поликлиническом приеме и др.).

Использование нормативов в планировании здравоохранения является неотъемлемой частью механизма государственного регулирования в условиях рыночной экономики.

**Балансовый метод** является одним из основных методов планирования в здравоохранении и позволяет увязывать потребности населения в тех или иных видах медицинской помощи с их ресурсным обеспечением. С помощью балансового метода вскрываются диспропорции в развитии отдельных видов медицинской помощи, например амбулаторно-поликлинической и стационарной, определяются оптимальные соотношения между соответствующими разделами комплексного плана развития здравоохранения, выявляются резервы, устанавливается макроэкономическое равновесие здравоохранения с другими отраслями.

В практике планирования здравоохранения используют следующие системы балансов:

- натуральные (материальные);
- стоимостные (денежные);
- трудовые (кадровые);

- межотраслевые (например, баланс потребности в работниках здравоохранения и возможности их подготовки в системе медицинского образования).

В сложившейся практике планирования здравоохранения нормативный и балансовый методы, как правило, используют вместе, дополняя один другим.

### Контрольные вопросы

1. Чем вызвана необходимость развития планирования и прогнозирования в здравоохранении?
2. Дайте определение терминам «гипотеза», «прогноз». В чем их отличие?
3. По каким основным направлениям разрабатывают прогнозы в здравоохранении? Какие формы прогнозов выделяют?
4. Перечислите основные методы прогнозирования в здравоохранении.
5. Что такое план и планирование в здравоохранении?
6. На каких принципах базируется планирование здравоохранения в РФ? Раскройте содержание этих принципов.
7. Какие виды планирования вы знаете? Раскройте содержание каждого из них.
8. Какие вопросы в рамках стратегического планирования решаются на уровне Министерства здравоохранения и социального развития РФ?
9. Перечислите основные этапы разработки стратегических планов на уровне субъекта РФ.
10. Перечислите методы, используемые в процессе планирования в здравоохранении. Раскройте содержание каждого из них.
11. Что такое норматив? Приведите примеры нормативов, которые используют в здравоохранении.



## Глава 12

# Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи

### 12.1. Основные задачи Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи

Примером текущего планирования в здравоохранении с использованием изложенных выше принципов и методов является Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Программа ежегодно утверждается Постановлением Правительства РФ с целью реализации конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи.

Программа состоит из 5 разделов и включает в себя общие положения; виды медицинской помощи; источники их финансирования; нормативы объема медицинской помощи; нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи; подушевые нормативы финансирования; порядок формирования тарифов на медицинскую помощь.

**Основными задачами** Программы являются:

- создание единого правового и экономического механизма реализации конституционных прав граждан на получение гарантированной (бесплатной) медицинской помощи;
- обеспечение баланса между обязательствами государства по предоставлению населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи и выделяемых для этого ресурсов.

В рамках Программы населению бесплатно предоставляются следующие виды медицинской помощи:

- первичная медико-санитарная помощь;
- неотложная медицинская помощь;
- скорая медицинская помощь, в том числе специализированная (санитарно-авиационная);
- специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная.

Все эти виды помощи населению РФ предоставляются за счет средств обязательного медицинского страхования и бюджетов всех уровней.

Для разработки Программы используют следующие группы нормативов:

- нормативы объемов медицинской помощи;
- нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

#### **Нормативы объемов медицинской помощи:**

- *норматив амбулаторно-поликлинической помощи*, который устанавливают в количестве посещений на 1 человека в год (2007 г. — 9,198 посещений);
- *норматив медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах всех типов*, который устанавливают в количестве пациенто-дней на 1 человека в год (2007 г. — 0,577 пациенто-дня);
- *норматив стационарной помощи*, который устанавливают в количестве койко-дней на 1 человека в год (2007 г. — 2,812 койко-дня);
- *норматив скорой медицинской помощи*, который устанавливают в количестве вызовов на 1 человека в год (2007 г. — 0,318 вызова).

#### **Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи:**

- *норматив финансовых затрат на 1 посещение в амбулаторно-поликлиническую организацию* (2007 г. — 116,9 руб.);
- *норматив финансовых затрат на 1 пациенто-день в дневном стационаре* (2007 г. — 238,3 руб.);
- *норматив финансовых затрат на 1 койко-день в стационаре* (2007 г. — 674,3 руб.);
- *норматив финансовых затрат на 1 вызов скорой медицинской помощи* (2007 г. — 1064 руб.).

Кроме того, в рамках Программы устанавливают **подушевой норматив финансирования Программы** (2007 г. — 3951,7 руб.), отражающий размер средств на компенсацию затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчете на 1 человека в год.

## **12.2. Управление территориальной Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи**

В соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи органами государственной власти субъектов РФ разрабатывают соответствующие

территориальные программы. В них устанавливают дополнительные условия, виды и объемы оказания медицинской помощи за счет средств бюджетов субъектов РФ и муниципальных образований. Подушевые нормативы финансирования территориальной программы формируют, исходя из вышеперечисленных нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат с учетом соответствующих районных коэффициентов.

Территориальная Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи включает:

- территориальную программу обязательного медицинского страхования<sup>1</sup>;
- перечень заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно за счет бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования (ОМС);
- перечень организаций здравоохранения, работающих в системе ОМС, и медицинских учреждений, финансируемых из бюджетов;
- объемы медицинской помощи, установленные для медицинских учреждений субъекта РФ, муниципальных образований, ведомственных и частных медицинских организаций, работающих в системе ОМС, и финансовые средства на выполнение этих объемов;
- перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, применяемых при оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы;
- перечень медицинских учреждений субъекта РФ, оказывающих специализированную высокотехнологичную медицинскую помощь за счет средств бюджета субъекта РФ;
- условия и порядок предоставления бесплатной медицинской помощи населению субъекта РФ в рамках территориальной программы;
- информацию о численности населения (по группам и категориям заболеваний), при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускают по рецептам врачей бесплатно или с 50%-ной скидкой.

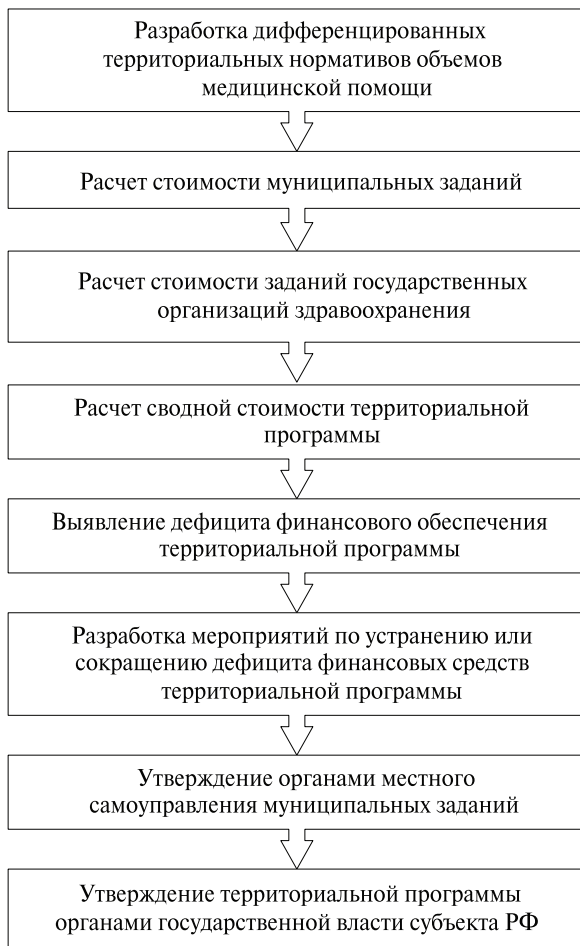
**Основными задачами** территориальной программы являются:

- консолидация различных источников финансирования для обеспечения населения гарантированной (бесплатной) медицинской помощью;
- обеспечение сбалансированности обязательств государства по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи и выделяемых для этого финансовых средств;

<sup>1</sup> См. подробнее гл. 22.

- повышение эффективности использования имеющихся ресурсов здравоохранения.

Для разработки территориальных программ используют следующий алгоритм (рис. 12.1).



**Рис. 12.1.** Организационный алгоритм территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

При формировании территориальных программ федеральные нормативы объемов медицинской помощи корректируются с учетом особенностей возрастного-полового состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъектов РФ.

Муниципальные задания утверждают одновременно с бюджетами муниципальных районов и городских округов; они являются составной частью территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Важным разделом территориальной Программы является план мероприятий по устранению или сокращению дефицита финансовых средств. Этот план включает в себя комплекс мер по повышению эффективности использования ресурсов. В частности, он предусматривает организацию двухсменного обследования и лечения, включая выходные и праздничные дни; исключение дублирования в стационарах больниц результатов амбулаторно-поликлинического обследования; расширение практики ранней выписки пациентов из стационара на амбулаторно-поликлиническое лечение. Кроме того, перспективным направлением повышения эффективности использования ресурсов является развитие стационарзамещающих организационных технологий (дневные стационары в амбулаторно-поликлинических, больничных учреждениях, стационары на дому), внедрение современных технологий диагностики и лечения и др.

В планировании здравоохранения на всех уровнях управления помимо Программ государственных гарантий разрабатываются целевые медико-социальные программы на основе выбранных приоритетов в охране здоровья населения. Такой программно-целевой подход позволяет в условиях дефицита материальных, финансовых и других ресурсов концентрировать их на наиболее приоритетных направлениях развития здравоохранения, достигая тем самым максимальных результатов в наиболее сжатые сроки. Поэтому программно-целевой подход становится все более привлекательной формой планирования в здравоохранении, а целевая программа – директивным документом, который содержит увязанный по срокам, ресурсам, исполнителям комплекс мероприятий для эффективного решения поставленных задач.

Примером таких программ на федеральном уровне служат программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)», «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005–2009 годы».

Источником финансирования таких программ являются средства бюджетов всех уровней (федерального, регионального, муниципального), государственных внебюджетных фондов (Пенсионный фонд РФ, Федеральный фонд ОМС, Фонд социального страхования РФ), других источников, не запрещенных законодательством РФ. Как правило, финансовое обеспечение целевых программ осуществляется

из разных источников (на условиях софинансирования) в рамках заключенных договоров или соглашений.

Разработка и реализация комплексных целевых медико-социальных программ является одним из перспективных направлений совершенствования управления здравоохранением и, как результат этого, повышения качества медицинской помощи.

### 12.3. Анализ выполнения территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи

Для анализа выполнения плановых объемов медицинской помощи территориальной программы рассчитывают следующие показатели по формулам:

<b>Выполнение планового объема амбулаторно-поликлинической помощи</b>	$= \frac{\text{Фактическое количество посещений в АПО}^1}{\text{Плановое количество посещений в АПО}} \times 100$
<b>Выполнение планового объема медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах</b>	$= \frac{\text{Фактическое количество пациенто-дней}}{\text{Плановое количество пациенто-дней}} \times 100$
<b>Выполнение планового объема стационарной помощи</b>	$= \frac{\text{Фактическое количество койко-дней}}{\text{Плановое количество койко-дней}} \times 100$
<b>Выполнение планового объема скорой медицинской помощи</b>	$= \frac{\text{Фактическое количество вызовов СМП}}{\text{Плановое количество вызовов СМП}} \times 100$

В системе обязательного медицинского страхования финансирование учреждений здравоохранения зависит от выполнения плановых объемов медицинской помощи и установленных тарифов оплаты на отдельные ее виды, поэтому для устойчивого обеспечения организаций здравоохранения финансовыми ресурсами значения этих показателей должны приближаться к 100%.

Анализ выполнения нормативов финансовых затрат территориальной программы осуществляют на основе следующих показателей по формулам:

<sup>1</sup> АПО – амбулаторно-поликлинические организации.

<b>Выполнение норматива финансовых затрат на амбулаторно-поликлиническую помощь</b>	=	$\frac{\text{Объем фактических финансовых затрат на 1 посещение в АПО}}{\text{Норматив финансовых затрат на 1 посещение в АПО}} \times 100$
<b>Выполнение норматива финансовых затрат на медицинскую помощь в дневных стационарах</b>	=	$\frac{\text{Объем фактических финансовых затрат на 1 пациенто-день в дневном стационаре}}{\text{Норматив финансовых затрат на 1 пациенто-день в дневном стационаре}} \times 100$
<b>Выполнение норматива финансовых затрат на стационарную помощь</b>	=	$\frac{\text{Объем фактических финансовых затрат на 1 койко-день в стационаре}}{\text{Норматив финансовых затрат на 1 койко-день в стационаре}} \times 100$
<b>Выполнение норматива финансовых затрат на скорую медицинскую помощь</b>	=	$\frac{\text{Объем фактических финансовых затрат на 1 вызов СМП}}{\text{Норматив финансовых затрат на 1 вызов СМП}} \times 100$

Изучение этих показателей позволяет оценить полноту поступления и целевое использование финансовых средств, которые находятся в распоряжении организаций здравоохранения для оплаты медицинской помощи. Значения показателей должны приближаться к 100%.

Кроме того, для анализа качества медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы, разрабатывают ряд специальных статистических показателей, которые вычисляют по формулам:

<b>Среднее число выявленных дефектов оказания медицинской помощи (на 1 больного)</b>	=	$\frac{\text{Число выявленных дефектов}}{\text{Общее число проведенных экспертиз (ведомственные + вневедомственные)}}$
<b>Среднее число выявленных дефектов, повлекших ухудшение здоровья (на 1 больного)</b>	=	$\frac{\text{Число выявленных дефектов, повлекших ухудшение здоровья}}{\text{Общее число проведенных экспертиз (ведомственные + вневедомственные)}}$
<b>Среднее число выявленных дефектов, повлекших увеличение стоимости лечения (на 1 больного)</b>	=	$\frac{\text{Число выявленных дефектов, повлекших увеличение стоимости лечения}}{\text{Общее число проведенных экспертиз (ведомственные + вневедомственные)}}$

Эти показатели рассчитывают как специалисты органов управления здравоохранением, отдельных организаций здравоохранения (ведомственная экспертиза), так и специалисты медицинских страховых организаций (вневедомственная экспертиза). По результатам анализа территориальной программы Новгородской области в 2007 г. эти показатели соответственно составили 0,121; 0,005; 0,082.

### **Контрольные вопросы**

1. Каковы основные задачи Программы госгарантий?
2. Какие нормативы используют для разработки и анализа исполнения Программы госгарантий?
3. Какие основные задачи решают в рамках территориальной Программы госгарантий? Приведите алгоритм ее разработки.
4. Что такое программно-целевой подход в здравоохранении? Приведите примеры федеральных целевых медико-социальных программ.



## Глава 13

# Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению

### 13.1. Общие принципы организации амбулаторно-поликлинической помощи

Амбулаторно-поликлиническая помощь – самый массовый вид медицинской помощи, которую получают около 80% всех больных, обращающихся в организации здравоохранения. К основным типам амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) относятся: поликлиники (для взрослых, детей, стоматологические), диспансеры, центры общей врачебной (семейной) практики, женские консультации и др.

Основными принципами оказания амбулаторно-поликлинической помощи являются:

- участковость;
- доступность;
- профилактическая направленность;
- преемственность и этапность лечения.

**Участковость.** Большая часть амбулаторно-поликлинических учреждений работают по участковому принципу, т.е. за учреждениями закреплены определенные территории, которые в свою очередь разделены на территориальные участки. Участки формируются в зависимости от численности населения. За каждым участком закреплен участковый врач (терапевт, педиатр) и участковая медицинская сестра. При формировании участков для обеспечения равных условий работы участковых врачей учитывают не только численность населения, но и протяженность участка, тип застройки, удаленность от поликлиники, транспортную доступность и другие факторы.

**Доступность.** Реализация этого принципа обеспечивается широкой сетью АПУ, действующих на территории РФ. В 2007 г. в России функционировало 11 148 АПУ, в которых медицинская помощь оказана более 50 млн человек. Любой житель страны не должен иметь препятствий для обращения в АПУ как по месту жительства, так и на территории, где он находится в настоящее время. Доступность амбулаторно-поликлинической помощи обеспечивается и ее

бесплатностью в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

**Профилактическая направленность.** Принцип реализуется посредством диспансерного метода. *Диспансеризация* – приоритетное направление в деятельности медицинских учреждений, включающее комплекс мер по формированию здорового образа жизни, профилактике и ранней диагностике заболеваний, эффективному лечению больных и их динамическому наблюдению.

В профилактической деятельности АПУ выделяют первичную, вторичную и третичную профилактики.

Диспансерный метод прежде всего используется в работе с определенными группами здоровых людей (дети, беременные, спортсмены, военнослужащие и др.), а также с больными, подлежащими диспансерному наблюдению. В процессе диспансеризации эти контингенты ставят на учет с целью раннего выявления заболеваний, комплексного лечения, проведения мероприятий по оздоровлению условий труда и быта, восстановлению трудоспособности и продлению периода активной жизнедеятельности.

Важным направлением профилактической работы АПУ является прививочная работа. Детскому населению профилактические прививки проводят по соответствующему календарю прививок, взрослому населению – по показаниям.

АПУ призваны играть ведущую роль в формировании здорового образа жизни как комплекса мер, позволяющего сохранять и укреплять здоровье населения, повысить качество жизни.

**Преимственность и этапность лечения.** Амбулаторно-поликлиническая помощь является первым этапом единого процесса оказания медицинской помощи: поликлиника – стационар – учреждение восстановительного лечения. Как правило, пациент вначале обращается к участковому врачу поликлиники. В случае необходимости он может быть направлен в консультативно-диагностический центр, диспансер (онкологический, противотуберкулезный, психоневрологический и др.), больничное учреждение, центр медицинской и социальной реабилитации. Между этими звеньями оказания медицинской помощи должна существовать преимущественность, позволяющая исключать дублирование диагностических исследований, ведения медицинской документации, тем самым обеспечить комплексность в профилактике, диагностике, лечении и реабилитации больных. Одним из направлений в достижении этого является внедрение электронной истории болезни (электронный паспорт больного).

Дальнейшее развитие амбулаторно-поликлинической помощи направлено на обеспечение доступности этого вида медицинской

помощи всем группам населения, проживающим в любых регионах страны; полное удовлетворение потребности населения в квалифицированной лечебно-профилактической и медико-социальной помощи; усиление профилактической направленности в деятельности АПУ; повышение эффективности их работы; совершенствование управления; повышение культуры и качества медико-социальной помощи.

## 13.2. Городская поликлиника для взрослых

Городская поликлиника для взрослых является учреждением здравоохранения, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь населению в возрасте 18 лет и старше. Поликлиники организуют в составе больничных учреждений (областной, краевой, республиканской, окружной, центральной районной больницы, медико-санитарной части) или могут быть самостоятельными учреждениями.

Основными задачами поликлиники являются:

- оказание медицинской помощи населению непосредственно в поликлинике и на дому;
- организация и проведение среди прикрепленного населения комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности;
- диспансеризация населения и прежде всего лиц с повышенным риском заболеваний сердечно-сосудистой системы, онкологических и других социально значимых болезней;
- организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, формированию здорового образа жизни.

Примерная организационная структура городской поликлиники для взрослых представлена на **рис. 13.1**.

Поликлинику возглавляет *главный врач*, который осуществляет руководство деятельностью учреждения и несет ответственность за качество и культуру лечебно-профилактической помощи, а также организационную, административно-хозяйственную и финансовую деятельность. Он разрабатывает план работы учреждения и организует его выполнение.

Главный врач проводит подбор кадров медицинского и административно-хозяйственного персонала, несет ответственность за их работу, выносит поощрения хорошо работающим инициативным сотрудникам и привлекает к дисциплинарной ответственности нарушителей трудовой дисциплины, осуществляет расстановку кадров,

организует повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала, готовит резерв руководителей подразделений, устанавливает распорядок работы учреждения, утверждает графики работы персонала и т.д.



**Рис. 13.1.** Примерная организационная структура городской поликлиники для взрослых.

Главный врач совместно с главным бухгалтером составляет смету учреждения, является распорядителем кредитов, контролирует правильность исполнения бюджета и обеспечивает экономное и рациональное расходование средств, сохранность материальных ценностей, обеспечивает правильное составление и своевременное представление в соответствующие инстанции статистических, медицинских и финансовых отчетов, обеспечивает своевременное рассмотрение жалоб и заявлений населения, принимает по ним необходимые меры.

Из наиболее квалифицированных и обладающих организаторскими способностями врачей главный врач назначает своего первого заместителя — *заместителя по лечебной работе*, который в период отсутствия главного врача исполняет его обязанности. Он фактически

отвечает за всю профилактическую и лечебно-диагностическую деятельность учреждения. У главного врача есть и другие заместители: *по клиничко-экспертной работе, административно-хозяйственной части.*

Свою долю ответственности за качество профилактической и лечебно-диагностической работы в поликлинике, соблюдение персоналом медицинской этики также несут и заведующие отделениями. Заведующие отделениями осуществляют непосредственное руководство и контроль за профилактической и лечебно-диагностической работой врачей; консультируют больных со сложными формами заболеваний; контролируют обоснованность выдачи врачами листков временной нетрудоспособности; организуют своевременную госпитализацию больных, которым необходимо стационарное лечение; обеспечивают проведение мероприятий по повышению квалификаций врачей и среднего медицинского персонала. Лечение больных, нуждающихся в госпитализации, но оставленных по каким-либо причинам на дому, также проводится под постоянным контролем заведующего отделением.

Первое знакомство пациента с поликлиникой начинается с регистратуры, которая организует прием больных и их обслуживание на дому. В задачи регистратуры входят:

- запись на прием к врачам при непосредственном обращении и по телефону;
- регулирование интенсивности потока пациентов с целью обеспечения равномерной нагрузки на приеме, распределение больных по видам оказываемой помощи;
- своевременный подбор медицинской документации и доставка её в кабинеты врачей, правильное ведение и хранение картотеки.

В практике организации амбулаторно-поликлинической помощи используется 3 основных способа организации записи пациентов на прием к врачу: талонная система; самозапись; комбинированный способ.

При *талонной системе* первичные пациенты обращаются в регистратуру и получают талоны с указанием порядкового номера очереди, фамилии врача, номера кабинета и времени явки на прием.

При *самозаписи* посетители сами вписывают в специальные листы свои паспортные данные с указанием удобного для них времени приема. Для этого в холле поликлиники оборудуют столики с папками листов самозаписи на несколько дней вперед. Дежурный регистратор дает необходимые устные справки, в отдельных случаях помогает посетителям записаться на прием к врачу. Заполненные листы самозаписи в конце дня передают работникам картохранилища для подбора «Медицинских карт амбулаторного больного» или оформ-

ления их для впервые обратившихся пациентов. Перед приемом медицинская сестра кабинета берет из картоохранилища подобранные «Медицинские карты амбулаторного больного» и лист самозаписи.

При *комбинированном способе* в лист самозаписи записываются только первичные пациенты. За 15–20 мин до начала приема пациент получает в регистратуре заранее заготовленный талон. При такой системе регистратор знает, сколько человек не явилось на прием к врачу (из числа записавшихся) и имеет право по истечении определенного времени выдать талоны другим пациентам, желающим попасть на прием в это время. Повторным пациентам врач выдает специальную «фишку» с указанием даты и времени приема, которая подлежит обмену в регистратуре на талон. Если врач при посещении больного на дому определил необходимость повторного осмотра в поликлинике, он сразу выдает ему талон с указанием даты, времени приема и номера очереди.

Вызов врача на дом осуществляется очно либо по телефону. Принимаемые вызовы заносят в «Книгу записей вызова врача на дом» (ф. 031/у), в которой указывают не только фамилию, имя, отчество и адрес больного, но и основные жалобы. Эти книги ведут как по каждому терапевтическому участку, так и по каждому из врачей узких специальностей. В некоторых поликлиниках существует «самозапись» вызовов на дом. Вызывающий врача заполняет специальный бланк, в котором указывает фамилию, имя, отчество, адрес больного, основные жалобы, температуру и опускает бланк в ящик вызовов. Поступившие заявки медицинский регистратор вносит в книгу.

Для получения пациентами необходимой информации в вестибюле поликлиники организуют подробную «немую справку» с расписанием работы врачей всех специальностей, номеров их кабинетов, врачебных участков с входящими в них улицами и домами, правилами подготовки к исследованиям (рентгеноскопии, рентгенографии, анализов крови) и т.д. «Немая справка» должна содержать также информацию о времени и месте приема населения главным врачом и его заместителями; адреса дежурных поликлиник и стационаров района (города), оказывающих экстренную специализированную помощь населению в воскресные дни, и др.

Скорость обслуживания больных зависит от рационального размещения в регистратуре «Медицинских карт амбулаторного больного». Оптимальной считается система расстановки карт в барабанах по участкам, а внутри них — по улицам, домам и квартирам. Значительно облегчает работу медицинского регистратора система маркировки медицинских карт, когда каждый терапевтический участок имеет свою цветовую маркировку. Хорошо зарекомендовала себя

номерная система, при которой поиск одной карты сокращается до нескольких секунд. Для этого каждому участку определяется количество номеров соответственно числу лиц, проживающих на данной территории. В последнее время распространилась практика хранения медицинских карт амбулаторного больного на руках у пациентов. Это облегчает получение пациентом консультаций в других лечебно-профилактических учреждениях, однако в случае утери карты создаются серьезные затруднения.

Оптимальной является форма работы регистратуры с использованием электронных (бесбумажных) технологий хранения информации. Для этих целей необходимо создание локальной компьютерной сети в масштабе всей поликлиники с терминалами во всех врачебных кабинетах и лечебно-диагностических подразделениях.

В непосредственной близости от регистратуры располагается *кабинет доврачебного приема*, который организуют в поликлинике для регулирования потока посетителей и выполнения функций, не требующих врачебной компетенции. Для работы в нем подбирают наиболее опытных медицинских сестер. В задачи кабинета доврачебного приема входят:

- распределение пациентов по срочности направления их к врачу;
- направление на лабораторные и другие диагностические исследования больных, которые не нуждаются в день обращения во врачебном приеме;
- проведение антропометрии, измерение артериального и глазного давления, температуры тела и др.;
- заполнение паспортной части «Санаторно-курортной карты» (ф. 072/у-04), «Направления на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь» (ф. 088/у-06), а также внесение в них данных лабораторных и других диагностических исследований, оформление справок, выписок и других медицинских документов;
- участие в организации и проведении медицинских осмотров.

Основной фигурой городской поликлиники для взрослых является участковый терапевт, который обеспечивает в поликлинике и на дому квалифицированную терапевтическую помощь населению, проживающему на закрепленном участке. Терапевтические участки формируют из расчета 1700 жителей в возрасте 18 лет и старше на один участок. В своей работе участковый терапевт непосредственно подчиняется заведующему терапевтическим отделением. Участковый терапевт обязан обеспечить:

- своевременную квалифицированную терапевтическую помощь населению своего участка в поликлинике и на дому;

- своевременную госпитализацию больных с обязательным предварительным обследованием при плановой госпитализации;
- использование в своей работе современных методов профилактики, диагностики и лечения;
- экспертизу временной нетрудоспособности больных в соответствии с действующим положением;
- проведение комплекса мероприятий по диспансеризации взрослого населения участка, анализ эффективности и качества диспансеризации;
- раннее выявление, диагностику, лечение инфекционных заболеваний и направление в Центры гигиены и эпидемиологии «Извещения о больном с вновь установленным диагнозом: сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки» (ф. 089/у-кв), «Извещения о больном с впервые в жизни установленным диагнозом туберкулеза, с рецидивом туберкулеза» (ф. 089/у-туб);
- систематическое повышение своей профессиональной квалификации и уровня медицинских знаний участковой медицинской сестры;
- пропаганду среди населения участка здорового образа жизни.

Работа участкового терапевта осуществляется по графику, утверждаемому заведующим отделением или главным врачом поликлиники, в котором предусматриваются фиксированные часы амбулаторного приема, время для оказания помощи на дому, профилактической и другой работы. Распределение времени приема в поликлинике и помощи на дому осуществляется в зависимости от численности и состава населения участка, от сложившейся посещаемости и др.

Важную роль в организации амбулаторно-поликлинической помощи населению играют врачи узких специальностей (кардиолог, эндокринолог, невропатолог, уролог, офтальмолог и др.), которые в своей работе непосредственно подчиняется заведующему отделением или заместителю главного врача по лечебной работе.

### **13.3. Городская поликлиника для детей**

Детская городская поликлиника является ведущим АПУ по оказанию медицинской помощи детям от рождения и до 17 лет включительно. Детская поликлиника может быть самостоятельным учреждением, а может являться структурным подразделением детской



областной (краевой, республиканской, окружной) и центральной районной больниц. В настоящее время часть детских поликлиник реорганизованы в отделения городских поликлиник, оказывающих помощь как взрослому населению, так и детям.

Основными задачами детской поликлиники являются:

- организация и проведение комплекса профилактических мероприятий среди детского населения;
- оказание квалифицированной лечебно-профилактической помощи детям в поликлинике и на дому;
- направление при необходимости детей на лечение в стационары больниц, санатории, специализированные детские ясли-сады, учреждения детского отдыха и др.;
- организация лечебно-профилактической работы в детских образовательных учреждениях;
- проведение комплекса противоэпидемиологических мероприятий (совместно со специалистами Роспотребнадзора);
- обеспечение правовой защиты детей.

По вопросам охраны здоровья детей и подростков детская поликлиника координирует работу всех других медицинских учреждений: собирает, обобщает и анализирует информацию о состоянии и проблемах соматического, репродуктивного, психического здоровья, на основе которой определяет приоритетные направления профилактической, лечебно-оздоровительной и коррекционной работы, разрабатывает предложения по улучшению охраны здоровья детей и подростков на соответствующей территории.

Для выполнения поставленных задач в детской поликлинике функционируют профилактические, лечебные, диагностические и другие подразделения, перечень которых должен соответствовать примерной организационной структуре, представленной на *рис. 13.2*.

Структура и организация работы детской поликлиники построена с учетом противоэпидемического режима.

Детская поликлиника, так же как и поликлиника для взрослых, работает по участковому принципу. Педиатрические участки организуют из расчета 800 детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно на один участок. С учетом большого объема профилактической работы в детской поликлинике, в отличие от других амбулаторно-поликлинических учреждений, на каждый педиатрический участок выделяют 1,5 должности медицинской сестры участковой, которая является непосредственным помощником врача-педиатра участкового.

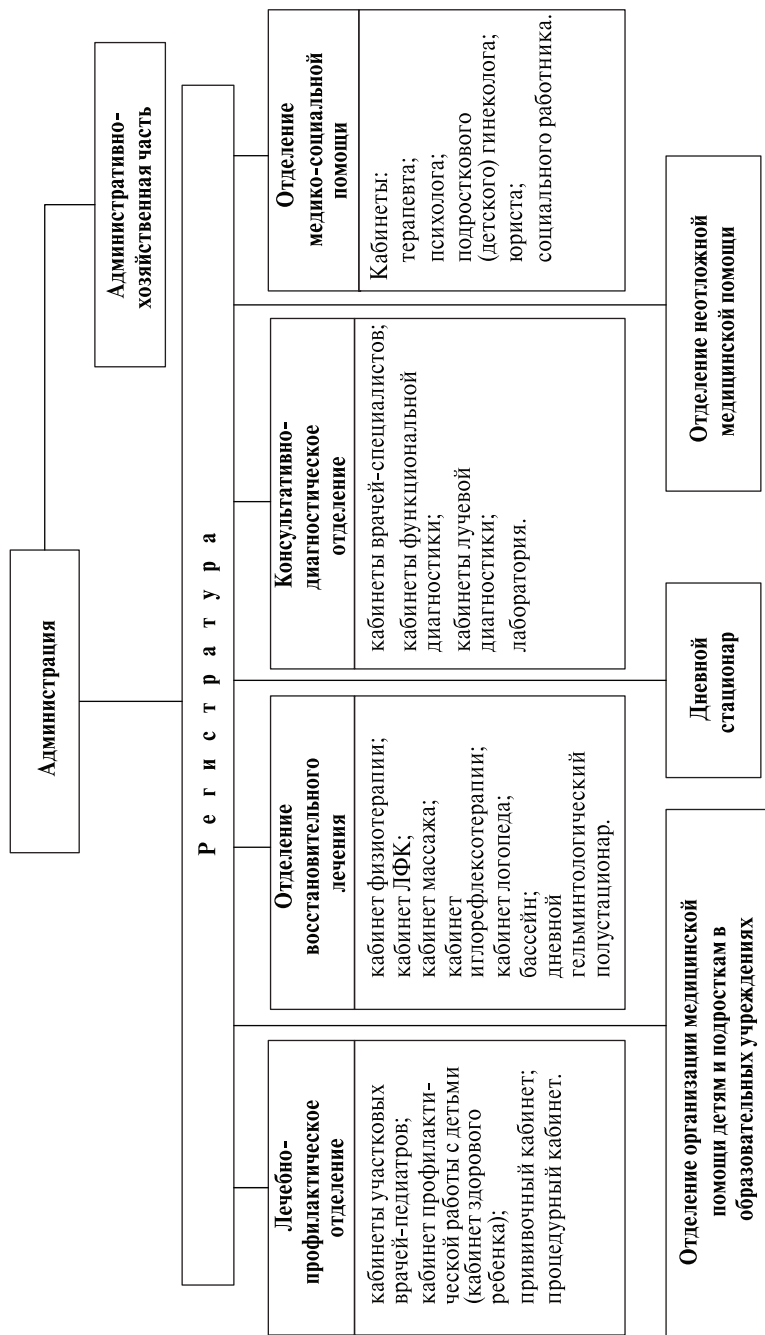


Рис. 13.2. Примерная организационная структура детской городской поликлиники.

Штатные нормативы врачебного персонала детских городских поликлиник устанавливают соответствующими приказами МЗиСР РФ и носят рекомендательный характер (*табл. 13.1*).

**Таблица 13.1. Штатные нормативы врачебного персонала детских городских поликлиник в городах с населением свыше 25 тыс. человек**

Наименование должностей	Число должностей на 10 000 детей в возрасте до 17 лет 11 мес 29 дней, прикрепленных к поликлинике
Врач-педиатр участковый	12,5
Врачи узких специальностей:	
Врач детский хирург	0,5
Врач травматолог-ортопед	0,75
Врач-уролог	0,5
Врач акушер-гинеколог	1,25
Врач-отоларинголог	1,25
Врач-офтальмолог	1,5
Врач-невролог	1,5
Врач-кардиолог (ревматолог)	0,3
Врач детский эндокринолог	0,5
Врач детский онколог (гематолог)	0,1
Врач аллерголог-иммунолог	0,1
Итого врачей узких специальностей	8,25

Для осуществления профилактической работы со здоровыми детьми раннего возраста в составе детской поликлиники организуют кабинет профилактической работы с детьми (*кабинет здорового ребенка*). Для работы в нем в поликлинике, обслуживающей до 10 000 детей, предусмотрена 1 должность, свыше 10 000 детей – 2 должности медицинских сестер по профилактической работе со здоровыми детьми.

Основной задачей кабинета здорового ребенка является обучение родителей основным правилам воспитания здорового ребенка (режим, питание, физическое воспитание, закаливание, уход и др.) с целью профилактики заболеваний и отклонений в физическом развитии ребенка.

Важнейшим звеном диспансеризации детского населения является организация медицинских осмотров, сроки и порядок которых определяют соответствующими приказами МЗиСР РФ.

Особенностью в работе детской поликлиники является то, что все больные дети с острыми заболеваниями наблюдаются участковой

службой на дому. В поликлинике проводят прием здоровых детей, больных детей, страдающих хроническими заболеваниями, а также повторных больных с инфекционными заболеваниями (без острых явлений) и реконвалесцентов.

Важное значение в деятельности детской поликлиники имеет прививочная работа. Сроки проведения вакцинации определены Национальным календарем профилактических прививок.

Профилактические прививки проводят детям в прививочных кабинетах при детских поликлиниках. Детям, посещающим образовательные учреждения, прививки делают в этих учреждениях. Категорически запрещается делать прививки на дому.

О дне проведения предстоящих профилактических прививок детям, посещающим дошкольные образовательные учреждения и школы, заранее оповещают родителей. Всех детей в день прививки обследуют врачи с учетом анамнестических данных и термометрии. Детям, имеющим относительные противопоказания, прививки проводят по индивидуальной схеме, согласно рекомендациям соответствующих специалистов.

Острые инфекции и неинфекционные заболевания, обострения хронических заболеваний считают временными противопоказаниями для вакцинации. Плановые прививки проводят через 2–4 нед после выздоровления.

Участковая медицинская сестра на следующий день после прививки посещает ребенка на дому для выяснения характера реакции на прививку, сообщает о результатах участковому врачу-педиатру и фиксирует данные о реакции на прививку в «Истории развития ребенка» (ф. 112/у).

Учет и контроль за профилактическими прививками осуществляют на основе заполнения «Карты учета профилактических прививок» (ф. 063/у) на каждого новорожденного и каждого ребенка, вновь прибывшего в район деятельности детской поликлиники. В настоящее время в практику здравоохранения вводят «Прививочный сертификат».

Из «Карт учета профилактических прививок» в детской поликлинике формируют прививочную картотеку. Важным разделом организации прививочной работы в поликлинике является полный и своевременный учет детей, подлежащих прививкам и проживающим в районе деятельности детской поликлиники. С этой целью в октябре–ноябре каждого года участковые медицинские сестры путем подворных обходов уточняют число детей на участке. Списки, составленные в результате этой работы, выверяют по «Историям развития ребенка» и «Карте профилактических прививок».

Гигиеническое воспитание и обучение на участке тесно связано лечебно-профилактической работой врача и медицинской сестры и проводится по плану.

В отличие от поликлиники для взрослых в структуру детской поликлиники входят отделение организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях и отделение медико-социальной помощи.

**Отделение организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях** обеспечивает организацию лечебно-профилактической работы среди детей и подростков в образовательных учреждениях общего и коррекционного типа, интернатных и учреждениях начального и среднего профессионального образования. Кроме того, осуществляет взаимодействие с военкоматами по постановке подростков на первичный воинский учет и подготовку к призыву в армию, обеспечивает работу по врачебно-профессиональному консультированию и профориентации.

Для обеспечения работы в образовательных учреждениях предусмотрено выделение должностей врачей-педиатров из расчета 1 должность на:

- 180–200 детей в детских яслях (ясельных группах детских яслей-садов);
- 600 детей детских садов (соответствующих групп в детских яслях-садах);
- 1200 учащихся учреждений школьного, начального и среднего профессионального образования.

Кроме того, в отделении предусмотрены должности медицинских сестер или фельдшеров из расчета 1 должность на 100 детей детских садов и 600 учащихся образовательных учреждений.

**Отделение медико-социальной помощи** осуществляет медико-психологическую помощь, гигиеническое воспитание и правовую помощь детям. Его основными задачами являются:

- медико-социальный патронаж в семье, выявление в них лиц, имеющих факторы риска и нуждающихся в медико-социальной помощи и поддержке;
- гигиеническое (включая половое) воспитание, обеспечение мероприятий по подготовке молодежи к предстоящей семейной жизни, ориентации на здоровую семью;
- санитарно-просветительная работа, направленная на формирование потребности в здоровом образе жизни, отказ от так называемых «саморазрушающих» форм поведения (табакокурение, злоупотребление алкоголем, наркомания, токсикомания, ранняя сексуальная активность, правонарушения несовершеннолетних, бродяжничество и др.).

Структуру и штаты отделения устанавливают индивидуально в зависимости от численности прикрепленного контингента, характера и объема работы. В состав отделения могут быть введены должности психолога (медицинский психолог), врача-педиатра, врача-терапевта подросткового, социального работника. Для решения задач, касающихся репродуктивного здоровья, дополнительно могут привлекаться врач акушер-гинеколог, уролог, хирург или иной специалист. Для обеспечения правовой помощи в отделении может работать юрист.

В диспансерном наблюдении за ребенком *участковому врачу-педиатру* принадлежит ведущая, координирующая, роль; он в полной мере отвечает за своевременность, комплексность и необходимый объем профилактической, лечебной и реабилитационной работы. На должность участкового педиатра назначается специалист, имеющий высшее медицинское образование по специальности «Педиатрия» или «Лечебное дело» и сертификат специалиста по специальности «Педиатрия». Главными задачами в работе участкового врача-педиатра являются дальнейшее снижение заболеваемости и смертности детей всех возрастов, обеспечение оптимального физического и нервно-психического развития детей путем широкого внедрения комплекса профилактических мероприятий как специфического, так и неспецифического характера.

В этих целях участковый врач-педиатр:

- проводит динамическое медицинское наблюдение за физическим и нервно-психическим развитием детей;
- проводит диагностическую и лечебную работу на дому и в поликлинике;
- осуществляет работу по охране репродуктивного здоровья подростков;
- проводит первичный патронаж новорожденных и детей раннего возраста в установленные сроки;
- организует и принимает участие в проведении профилактических осмотров детей раннего возраста, а также детей в декретированные возрастные сроки;
- разрабатывает комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий, обеспечивает контроль за выполнением режима, рационального питания, своевременного проведения мероприятий по профилактике у детей алиментарных расстройств, рахита, анемии и других заболеваний;
- обеспечивает своевременное направление детей на консультации к врачам-специалистам, при соответствующих показаниях — на госпитализацию;

- обеспечивает проведение иммунопрофилактики детей;
- проводит динамическое наблюдение за детьми с хронической патологией, состоящими на диспансерном наблюдении, их своевременное оздоровление и анализ эффективности диспансерного наблюдения;
- обеспечивает подготовку детей к поступлению в образовательные учреждения;
- передает информацию о детях и семьях социального риска в отделение медико-социальной помощи детской поликлиники, органы опеки, попечительства;
- организует работу стационара на дому;
- разрабатывает и контролирует выполнение индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов;
- принимает участие в организации дополнительного лекарственного обеспечения детей, имеющих право на получения набора социальных услуг;
- выдает заключение о необходимости направления детей в санаторно-курортные учреждения;
- обеспечивает проведение мероприятий по профилактике и раннему выявлению у детей гепатита В и С, ВИЧ-инфекции;
- осуществляет диспансерное наблюдение детей с наследственными заболеваниями, выявленными в результате неонатального скрининга, и патронаж семей, имеющих детей указанной категории;
- своевременно направляет извещения в установленном порядке в территориальные органы Роспотребнадзора о случаях инфекционных заболеваний и поствакцинальных осложнениях;
- обеспечивает медицинскую помощь юношам в период подготовки к военной службе;
- проводит работу по врачебному консультированию и профессиональной ориентации с учетом состояния здоровья детей;
- готовит медицинскую документацию для перевода детей по достижении соответствующего возраста в городскую (районную) поликлинику;
- руководит деятельностью среднего медицинского персонала, осуществляющего оказание первичной медико-санитарной помощи.

Кроме того, задачей участкового врача-педиатра является своевременное информирование руководства поликлиники (отделения) о всех тяжело больных детях и подростках на участке и не госпитализированных по каким-либо причинам, а также направление извещения в «Центр гигиены и эпидемиологии» о выявленных инфекционных больных и подозрительных на инфекционное заболевание.

Важнейшей задачей участкового врача-педиатра является разработка программ профилактики расстройств соматического, репродуктивного, психического здоровья, программы медицинского наблюдения, лечения, коррекции, оздоровления, реабилитации на основании оценки состояния здоровья детей и подростков.

Большая роль в лечении и оздоровлении детей и подростков принадлежит *врачам узких специальностей (врачи-специалисты)*. Количество работающих в поликлинике врачей-специалистов определяется в соответствии со штатными нормативами, приведенными в табл. 13.1. Врач-специалист детской городской поликлиники оказывает медицинскую помощь детскому населению по своей специальности. Основной задачей врача-специалиста является организация и проведение лечебной и профилактической работы с детьми и подростками. С этой целью врач-специалист:

- проводит прием детей и подростков с отклонениями в состоянии здоровья и профилактические осмотры согласно утвержденному администрацией графику;
- оказывает необходимую консультативную и лечебную помощь заболевшим на дому;
- берет на диспансерное наблюдение детей с длительными заболеваниями и обеспечивает их систематическое наблюдение и лечение до снятия с учета по медицинским показаниям, изучает эффективность диспансеризации и лечения;
- проводит санитарно-просветительную работу среди населения по своей специальности;
- систематически повышает свою квалификацию, участвует в работе по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала по своей специальности.

Врач-специалист работает в тесном контакте с другими врачами детской городской поликлиники (отделения), участвует в оздоровлении детей и подростков в образовательных учреждениях. Специализированная помощь детской поликлиники может усиливаться приемами специалистов по вопросам репродуктивного здоровья (детская гинекология, андрология, консультирование по профилактике ИПППП, нежелательной беременности), психического здоровья и др.

По достижении 18-летнего возраста подростков и медицинскую документацию на них передают в АПУ общей сети. Для этого создают специальную медицинскую комиссию, которую ежегодно утверждают совместным приказом главных врачей поликлиник для взрослых и детей.



### 13.4. Женская консультация

Женская консультация организуется как самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение муниципального района (городского округа) или как структурное подразделение лечебно-профилактического учреждения (городской, центральной районной больницы) для оказания амбулаторной акушерско-гинекологической помощи женщинам.

Руководство женской консультации, организованной как самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение муниципального района (городского округа), осуществляет главный врач, который назначается на должность и освобождается руководителем органа управления здравоохранением муниципального образования. Руководство женской консультацией, созданной в структуре лечебно-профилактического учреждения, осуществляет заведующий отделением, которого назначает на должность руководитель лечебно-профилактического учреждения.

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

Основной целью работы женской консультации является оказание квалифицированной амбулаторной акушерско-гинекологической помощи женскому населению вне беременности, в период беременности и в послеродовом периоде.

Основными задачами женской консультации являются:

- подготовка женщин к беременности и родам, оказание акушерской помощи во время беременности и в послеродовом периоде;
- оказание амбулаторной помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями;
- обеспечение консультирования и услуг по планированию семьи, профилактика аборт, заболеваний, передаваемых половым путем, внедрение современных методов контрацепции;
- оказание акушерско-гинекологической помощи в условиях специализированного приема, дневного стационара;
- оказание социально-правовой помощи в соответствии с законодательством;
- предоставление в региональное отделение Фонда социального страхования РФ отчетов-заявок на получение родовых сертификатов;
- проведение мероприятий по повышению знаний, санитарной культуры населения в области охраны репродуктивного здоровья и др.

Примерная организационная структура женской консультации представлена на *рис. 13.3*.

В крупных женских консультациях могут быть организованы дневные стационары для обследования, лечения гинекологических больных и проведения малых гинекологических операций и манипуляций.

Режим работы женской консультации организуют с учетом обеспечения максимальной доступности акушерско-гинекологической помощи женскому населению. Неотложная акушерско-гинекологическая помощь обеспечивается специализированными отделениями больниц или родильных домов. Помощь на дому беременным, родильницам и гинекологическим больным оказывает лечащий или дежурный врач женской консультации. Помощь на дому осуществляют в день вызова. После посещения женщины врач вносит соответствующую запись в первичную медицинскую документацию. Лечебные и диагностические манипуляции на дому выполняет средний медицинский персонал (по назначению врача).

Женщине предоставляют право выбора акушера-гинеколога по ее желанию. В целях оптимизации преемственности рекомендуется наблюдение женщины вне беременности, в период беременности и после родов одним и тем же врачом.

В соответствии со своими функциональными обязанностями врач акушер-гинеколог:

- осуществляет диспансерное наблюдение за беременными (в том числе патронаж беременных и родильниц), формирует группы «высокого акушерского и перинатального риска» в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;
- проводит физическую и психопрофилактическую подготовку беременных к родам, в том числе подготовку семьи к рождению ребенка;
- организует и проводит профилактические мероприятия по выявлению, предупреждению и снижению гинекологических и онкологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых преимущественно половым путем, ВИЧ-инфекции, в том числе передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку;
- организует экстренную медицинскую помощь беременным, родильницам и гинекологическим больным независимо от их места жительства в случае их непосредственного обращения в женскую консультацию при возникновении острых состояний;

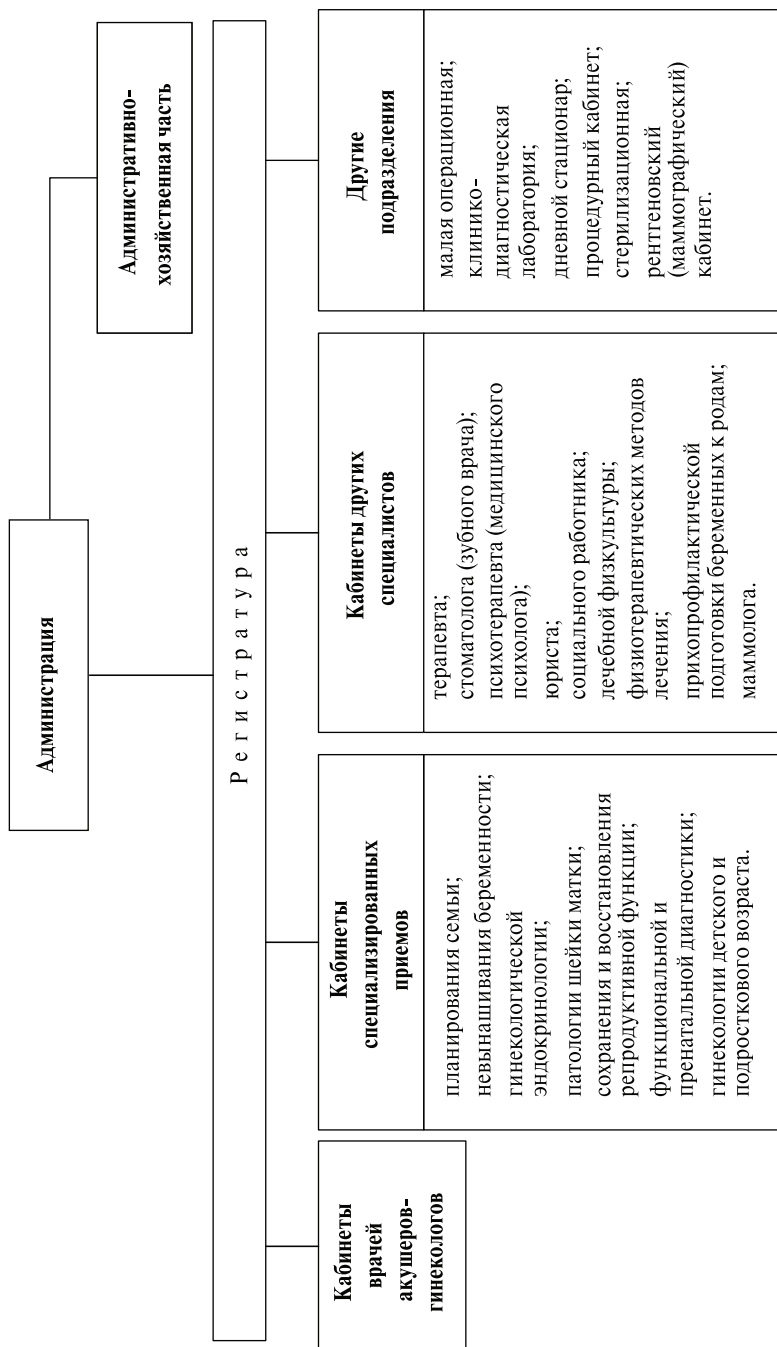


Рис. 13.3. Примерная организационная структура женской консультации.

- организует в случаях необходимости консультирование беременных женщин и гинекологических больных главным врачом (заведующим женской консультацией), врачами других специальностей женской консультации и других лечебно-профилактических учреждений;
- направляет на своевременную госпитализацию беременных, родильниц и гинекологических больных для получения специализированных и высокотехнологичных видов медицинской помощи;
- проводит клинико-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи женщинам вне-, в период беременности, в послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий;
- ведет учетно-отчетную статистическую документацию своей деятельности и представляет отчетность в соответствии с установленным порядком.

Кроме того, в задачи врача акушера-гинеколога входит выдача заключений о необходимости направления беременных, женщин с гинекологическими заболеваниями на санаторно-курортное лечение, осуществление санитарно-гигиенического образования среди прикрепленного женского населения по вопросам охраны репродуктивного здоровья, профилактики абортов. Совместно с органами социальной защиты врач акушер-гинеколог организует медико-социальную помощь для социально незащищенных групп населения из числа беременных и кормящих женщин.

Во время приема больных основную помощь врачу акушеру-гинекологу оказывает акушерка, которая готовит инструменты, медицинскую документацию, взвешивает беременных, измеряет артериальное давление, оформляет выдачу направлений на анализы и консультации, проводит лечебные процедуры, патронаж на дому.

Подготовка к родам и материнству в женской консультации проводится как индивидуально, так и в группах. Наиболее перспективной и эффективной формой занятий является семейная подготовка к рождению ребенка, направленная на привлечение членов семьи к активному участию в дородовой подготовке. Присутствие отца ребенка во время родов и послеродовом периоде способствует изменению образа жизни беременной и ее семьи, ориентирует на рождение желанного ребенка.

Наряду с семейной формой подготовки к деторождению используют традиционные методы психофизической подготовки беременных к родам, а также обучают их правилам личной гигиены, подготовки к будущим родам и уходу за ребенком в «Школах материнства», организуемых в женских консультациях. При этом использу-

ют демонстрационные материалы, наглядные пособия, технические средства и предметы ухода за ребенком.

С 2006 г. на женские консультации возложена обязанность выдачи «Родовых сертификатов». Введение родовых сертификатов имеет своей целью повышение материальной заинтересованности медицинских учреждений в предоставлении качественной медицинской помощи беременным.

Сертификат выдают в женской консультации по месту жительства при сроке беременности начиная с 30 нед (в случае многоплодной беременности – с 28 нед) и более. Обязательным условием выдачи сертификата является постановка на учет и непрерывное наблюдение в этой женской консультации не менее 12 нед. Сертификат выдают на женщину, а не на ребенка, поэтому даже в случае многоплодной беременности сертификат всего один. Женщине, которая во время беременности наблюдалась в женской консультации на платной основе или заключила договор с роддомом об оказании платных услуг, родовый сертификат не выдают. В случае отсутствия регистрации по месту жительства (прописки) женщина может встать на учет в женской консультации того населенного пункта, где фактически проживает. При выдаче сертификата в нем делаются отметку о причине отсутствия регистрации. Женщина имеет также возможность выбрать роддом в любом городе по своему желанию. Сертификат выдают независимо от того, совершеннолетняя женщина или нет, работает она или нет.

Родовой сертификат состоит из 6 частей: регистрационной (корешок), четырех талонов и собственно сертификата.

Корешок родового сертификата предназначен для подтверждения его выдачи; он остается в лечебно-профилактическом учреждении, выдавшем сертификат. Талон № 1 предназначен для оплаты медицинских услуг, оказанных женской консультацией в период беременности; передается из консультации в региональное отделение Фонда социального страхования для оплаты. Талон № 2 используется для оплаты медицинской помощи, оказанной женщинам во время родов в учреждениях родовспоможения; передается из роддома или родильного отделения в региональное отделение Фонда социального страхования для оплаты. Талон № 3 состоит из двух частей. Талон № 3-1 родового сертификата предназначен для оплаты учреждениям здравоохранения услуг за первые 6 мес диспансерного наблюдения ребенка. Талон № 3-2 родового сертификата предназначен для оплаты учреждениям здравоохранения услуг за вторые 6 мес диспансерного наблюдения ребенка. Талоны № 3 передаются из детских поликлиник в региональное отделение Фонда социального страхования

для оплаты. Родовой сертификат служит подтверждением оказания медицинской помощи женщине в период беременности и родов, а также ребенку в 1-й год жизни учреждениями здравоохранения. Родовой сертификат (без талонов), где записывают дату рождения, вес, рост младенца, выдают женщине при выписке из родильного дома. К родовому сертификату прилагается Памятка, содержащая информацию о правах и обязанностях женщины в рамках реализации программы «Родовой сертификат».

Особую социальную значимость имеет работа по планированию семьи, которую выполняет женская консультация.

**Планирование семьи** – принятие осознанного решения о числе детей, сроках их рождения, возможность регулировать деторождение в соответствии с конкретной ситуацией в семье и, как следствие, рождение только желанных детей от готовых к этому событию родителей. Предоставление женщинам права на охрану репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, является основополагающим условием их полноценной жизни и осуществления равенства полов. Реализация этого права возможна только при развитии службы планирования семьи, расширении и внедрении специальных программ («Безопасное материнство» и др.), улучшении системы полового и гигиенического образования, обеспечении контрацептивами населения и в первую очередь молодежи.

Регулирование деторождения осуществляется тремя способами: контрацепцией, производством медицинского аборта, стерилизацией.

ВОЗ отмечает, что одним из компонентов репродуктивного здоровья является наличие у мужчины и женщины права на получение необходимой информации и на доступ к безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методом регулирования рождаемости по собственному выбору. Работу по вопросам планирования семьи осуществляют врачи акушеры-гинекологи и акушерки, имеющие специальную подготовку. Специализированный кабинет (прием) по планированию семьи оснащается аудио- и видеотехникой, с демонстрацией средств контрацепции, наглядными пособиями, печатными информационными материалами для населения по вопросам планирования семьи и профилактики абортов.

При первоначальном консультировании особое внимание уделяют общему и репродуктивному анамнезу, устанавливают степень осведомленности пациентки о методах контрацепции. Врач информирует пациентку о всех методах контрацепции (механизм действия, эффективность, возможные побочные эффекты и др.), помогает выбрать наиболее приемлемый метод контрацепции с учетом состояния

ее здоровья, желания и планов на деторождение. Консультирование включает подробный инструктаж по использованию данного метода контрацепции, возможным побочным эффектам и осложнениям, рекомендации по наблюдению у врача и сроках его посещения. На повторных приемах выясняют степень удовлетворенности пациентки используемым методом, оценивают правильность его применения и эффективность, наличие побочных явлений. При наличии осложнений или по желанию женщины подбирают другой метод контрацепции.

Врач акушер-гинеколог оформляет на женщин, использующих внутриматочные и гормональные средства, «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (ф. 030/у-04) и осуществляет динамическое наблюдение за этими пациентками.

В программу занятий с беременными по подготовке к родам включают беседы о методах контрацепции с целью информации и выработки у женщин мотивации к их использованию после родов. Женщинам, получающим направление на прерывание беременности, рекомендуется обязательное посещение врача акушера-гинеколога после него с целью подбора метода контрацепции и проведения рекомендованных стационаром реабилитационных мероприятий.

Работа с молодежью, представляющей группу риска по возникновению нежелательной беременности и инфекций, передаваемых половым путем, осуществляется путем выделения специальных часов на специализированных приемах в кабинетах планирования семьи.

Врач акушер-гинеколог проводит образовательные программы с населением по проблеме планирования семьи и профилактики абортов, в том числе с использованием средств массовой информации.

При решении проблемы выбора того или иного контрацептива следует учитывать следующие положения:

- любой метод предохранения лучше отсутствия предохранения вообще;
- наиболее приемлемый метод – это тот, который удовлетворяет обоих партнеров.

Основными требованиями к способам предохранения от беременности являются:

- надежность метода;
- доступность;
- гигиеничность;
- минимальное воздействие на полового партнера;
- простота применения;
- безопасность;
- быстрое восстановление фертильности.

К сожалению, в России аборт остается одним из основных способов регулирования рождаемости. В 2007 г. было произведено 1302 тыс. абортов, что составляет 33,3 на 1000 женщин фертильного возраста. Если в конце 80-х годов XX в. в СССР делалась примерно 1/3 всех абортов в мире, то с начала 90-х годов благодаря развитию службы планирования семьи частота абортов постепенно снижается. Тем не менее аборт более чем в 40% случаев остается причиной вторичного бесплодия.

Вопрос о прерывании беременности по *социальным показаниям* решает комиссия в составе врача акушера-гинеколога, руководителя учреждения (отделения), юриста при наличии заключения о сроке беременности, установленного врачом акушером-гинекологом, соответствующих юридических документов (свидетельство о смерти мужа, о разводе и др.), подтверждающих социальные показания, письменного заявления женщины. При наличии социальных показаний беременной выдают заключение, заверенное подписями членов комиссии и печатью учреждения.

Искусственное прерывание беременности по *медицинским показаниям* проводят с согласия женщины независимо от срока беременности. Медицинские показания к прерыванию беременности устанавливает комиссия в составе врача акушера-гинеколога, врача той специальности, к области которой относится заболевание (состояние) беременной, и руководителя учреждения (отделения) здравоохранения. При наличии медицинских показаний беременной выдают заключение с полным клиническим диагнозом, заверенное подписями указанных специалистов и печатью учреждения.

В целях охраны здоровья женщин, снижения числа абортов и смертности от них в РФ разрешена хирургическая стерилизация женщин (и мужчин). Хирургическая стерилизация производится по желанию женщины при наличии соответствующих показаний. Имеется большой перечень медицинских и социальных показаний и противопоказаний для проведения хирургической стерилизации, которую нельзя расценивать как оптимальный способ предохранения от беременности.

### **13.5. Центр общей врачебной (семейной) практики**

Центры общей врачебной (семейной) практики (ЦОВП) принимают активное участие в оказании первичной медико-санитарной помощи населению. В 2006 г. в России действовало более 3100 ЦОВП.

ЦОВП организуют на территории муниципальных районов и городских округов. Участок врача общей практики формируют из



расчета 1500 человек взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), участок семейного врача – 1200 человек взрослого и детского населения.

Как показывает накопленный за последнее десятилетие опыт, привлечение центров общей врачебной (семейной) практики к оказанию ПМСП ведет к значительному улучшению качества, доступности медицинской помощи, усилению профилактической работы, укреплению здоровья семьи.

Организация ЦОВП позволит со временем заменить действующую сеть врачебных амбулаторий в сельской местности, а поликлиник в городской и тем самым улучшит оказание населению первичной медико-санитарной помощи.

Сложившаяся в последние годы практика показывает, что деятельность ЦОВП ориентирована на оказание медицинской помощи населению по следующим основным специальностям: терапия, акушерство и гинекология, хирургия, стоматология, офтальмология, отоларингология, геронтология и др. Примерная организационная структура ЦОВП представлена на *рис. 13.4*.



**Рис. 13.4.** Примерная организационная структура центра общей врачебной (семейной) практики

На должность *врача общей практики (семейного врача)* назначают специалистов, имеющих высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия», окончивших клиническую ординатуру по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» или прошедших переподготовку и получивших сертификат специалиста по этой специальности.

В обязанности врача общей практики (семейного врача) входит:

- ведение амбулаторного приема, посещений больных на дому, оказание неотложной помощи;
- проведение комплекса профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, направленных на раннюю диагностику заболеваний, лечение и динамическое наблюдение больных;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- организация медико-социальной и бытовой помощи совместно с органами социальной защиты и службами милосердия одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным;
- проведение санитарно-просветительной работы по гигиеническому воспитанию населения, пропаганде здорового образа жизни, планированию семьи;
- ведение утвержденных форм учетной и отчетной документации.

Врач общей практики (семейный врач), как правило, является руководителем ЦОВП.

### **13.6. Статистика амбулаторно-поликлинических учреждений**

Основными формами первичной учетной медицинской документации АПУ являются:

- медицинская карта амбулаторного больного, ф. 025/у-87, 025/у-04;
- талон на прием к врачу, ф. 025-4/у-88;
- талон на законченный случай временной нетрудоспособности, ф. 025-9/у-96;
- единый талон амбулаторного пациента, ф. 025-8/у-95 или талон амбулаторного пациента, ф. 025-6-7/у-89, 025-10/у-97, 025-11/у-02, 025-12/у;
- контрольная карта диспансерного наблюдения, ф. 030/у-04;
- паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, ф. 030-П/у;
- дневник работы врача общей практики (семейного врача), ф. 039/у-ВОП и др.

На основе этих и других форм медицинской документации разрабатывают следующие группы статистических показателей, которые используют для анализа деятельности отдельных учреждений здравоохранения и амбулаторно-поликлинической помощи в целом:

- обеспечение кадрами;

- объемы амбулаторно-поликлинической помощи;
- нагрузка персонала;
- профилактическая работа.

**Показатели обеспечения кадрами.** К этой группе показателей относятся:

- показатель обеспеченности врачебными кадрами (средними медицинскими работниками);
- показатель укомплектованности врачебных должностей (средних медицинских работников);
- коэффициент совместительства врачей (средних медицинских работников);
- показатель удельного веса врачей (средних медицинских работников), имеющих высшую (I, II) квалификационную категорию;
- показатель удельного веса врачей (средних медицинских работников), имеющих сертификат специалиста.

Одним из показателей, характеризующих доступность населению амбулаторно-поликлинической помощи, является **показатель обеспеченности врачебными кадрами (средними медицинскими работниками)**. При анализе обеспеченности по административной территории (субъект РФ, муниципальный район, городской округ) расчет проводят на 10 000 постоянного населения на конец анализируемого периода (года) по формуле:

<b>Обеспеченность врачебными кадрами (средними медицинскими работниками)</b> =	Число физических лиц врачей (средних медицинских работников)	$\times 10\,000$
	Среднегодовая численность населения	

В 2007 г. в РФ показатель обеспеченности врачебными кадрами составил 43,3, средними медицинскими работниками – 94,9 на 10 000 населения.

В зависимости от поставленной задачи показатель также может быть рассчитан, исходя из штатных или занятых должностей. Кроме того, расчет этого показателя может проводиться для конкретного АПУ (на 10 000 прикрепленного населения), по отдельным врачебным специальностям, например:

<b>Обеспеченность офтальмологами</b> =	Число физических лиц врачей-офтальмологов в АПУ	$\times 10\,000$
	Численность населения, обслуживаемого данным АПУ на конец года	

**Показатель укомплектованности врачебных должностей (средних медицинских работников)**, характеризующий укомплектованность АПУ медицинским персоналом, рассчитывают по формуле:

$$\text{Укомплектованность врачебных должностей (средних медицинских работников)} = \frac{\text{Число занятых врачебных должностей (средних медицинских работников)}}{\text{Число штатных врачебных должностей (средних медицинских работников)}} \times 100$$

В 2007 г. в РФ показатель для врачей составил 92,7%, для средних медицинских работников – 95,5%.

Показатель можно рассчитывать по административной территории (субъект РФ, муниципальный район, городской округ) для конкретного АПУ, отдельно по врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу, по различным специальностям медицинских работников по формуле:

$$\text{Укомплектованность должностей участковых терапевтов} = \frac{\text{Число занятых должностей участковых терапевтов в АПУ}}{\text{Число штатных должностей участковых терапевтов в АПУ}} \times 100$$

**Коэффициент совместительства врачей (средних медицинских работников)**, характеризующий число штатных должностей, занимаемых одним физическим лицом, рассчитывают по формуле:

$$\text{Коэффициент совместительства врачей (средних медицинских работников)} = \frac{\text{Число занятых врачебных должностей (средних медицинских работников)}}{\text{Число физических лиц врачей (средних медицинских работников)}}$$

Значение этого показателя свыше 1,0 может отрицательно сказаться на качестве оказываемой медицинской помощи и состоянии здоровья работников здравоохранения.

Показатель можно рассчитывать по административной территории (субъект РФ, муниципальный район, городской округ) для конкретного АПУ, отдельно по врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу, по различным специальностям медицинских работников, например,

$$\text{Коэффициент совместительства участковых терапевтов} = \frac{\text{Число занятых должностей участковых терапевтов в АПУ}}{\text{Число физических лиц участковых терапевтов в АПУ}}$$

**Показатель удельного веса врачей (средних медицинских работников), имеющих высшую (I, II) квалификационную категорию** дополняет предыдущий показатель и характеризует распределение аттестованных по отдельным квалификационным категориям. Рассчитывают по формуле:

<b>Удельный вес врачей (средних медицинских работников), имеющих высшую (I, II) квалификационную категорию</b>	=	$\frac{\text{Число врачей (средних медицинских работников), имеющих высшую (I, II) квалификационную категорию}}{\text{Число физических лиц врачей (средних медицинских работников) на конец отчетного периода}} \times 100$
--	---	---

В 2007 г. в РФ значения этого показателя для врачей составили соответственно 27%, 21%, 7%. Для среднего медицинского персонала — 28%, 25%, 8%.

**Показатель удельного веса врачей (средних медицинских работников), имеющих сертификат специалиста**, также характеризует уровень профессиональной подготовки медицинских работников. Рассчитывают по формуле:

<b>Удельный вес врачей (средних медицинских работников), имеющих сертификат специалиста</b>	=	$\frac{\text{Число врачей (средних медицинских работников), имеющих сертификат специалиста}}{\text{Число физических лиц врачей (средних медицинских работников) на конец отчетного периода}} \times 100$
---	---	--

В 2007 г. в РФ показатель составил для врачей 83%, для среднего медицинского персонала — 76%.

**Показатели объемов амбулаторно-поликлинической помощи.** Объем амбулаторно-поликлинической помощи характеризуется следующими показателями:

- показатель среднего числа посещений на 1 жителя;
- показатель удельного веса профилактических посещений в поликлинику;
- показатель удельного веса посещений на дому.

Большое значение для оценки доступности населению амбулаторно-поликлинической помощи, а также расчета необходимых для ее развития ресурсов имеет **показатель среднего числа посещений на 1 жителя**. Фактическое значение этого показателя за отчетный период сравнивают с показателем планового объема амбулаторно-поликлинической помощи, который ежегодно утверждают как норматив в территориальной Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Рассчитывают по формуле:

$$\text{Среднее число посещений на 1 жителя} = \frac{\text{Число врачебных посещений в АПУ и на дому + число посещений к среднему медицинскому персоналу, ведущему самостоятельный прием, на конец отчетного периода}}{\text{Среднегодовая численность населения}}$$

Для оценки организации профилактической работы в амбулаторно-поликлинических учреждениях исчисляют **показатель удельного веса профилактических посещений в АПУ** по формуле, %:

$$\text{Удельный вес профилактических посещений в АПУ} = \frac{\text{Число врачебных посещений в АПУ с профилактической целью на конец отчетного периода}}{\text{Общее число врачебных посещений в АПУ на конец отчетного периода}} \times 100$$

Показатель должен составлять не менее 30% от числа всех врачебных посещений.

Для анализа активности медицинского наблюдения больных, страдающих острыми и хроническими заболеваниями, рассчитывают **показатель удельного веса посещений на дому**, %, по формуле:

$$\text{Удельный вес посещений на дому} = \frac{\text{Число врачебных посещений на дому на конец отчетного периода}}{\text{Общее число врачебных посещений в АПУ и на дому на конец отчетного периода}} \times 100$$

Значение этого показателя в пределах 15–20% свидетельствует о доступности амбулаторно-поликлинической помощи этим категориям больных.

**Показатели нагрузки медицинского персонала** оцениваются по:

- фактической среднечасовой нагрузке врача на приеме в АПУ;
- плановой функции врачебной должности;
- фактической функции врачебной должности.

**Показатель фактической среднечасовой нагрузки врача на приеме в АПУ** используют для оперативного ежедневного анализа нагрузки врачей различных специальностей и рассчитывают по формуле:

$$\text{*Фактическая среднечасовая нагрузка врача на приеме в АПУ} = \frac{\text{Число врачебных посещений в АПУ за день}}{\text{Количество отработанных часов в день}}$$

\* *Примечание:* показатель рассчитывается по отдельным врачебным специальностям.

Плановые значения этого показателя по отдельным врачебным специальностям представлены в *табл. 13.2*.

**Таблица 13.2. Рекомендуемые (плановые) значения показателя среднечасовой нагрузки врачей отдельных специальностей на амбулаторно-поликлиническом приеме**

Наименование врачебной специальности	Рекомендуемое значение показателя (число посещений в час)
Врач общей практики	4,0 (на дому – 1,5)
Терапевт	4,0 (на дому – 1,5)
Хирург	6,0
Педиатр	4,0 (на дому – 2,0)
Акушер-гинеколог	4,0
Невролог	3,0
Офтальмолог	5,0
Отоларинголог	5,0
Эндокринолог	3,0
Кардиолог	3,0
Психиатр	4,0 (на дому – 1,0)
Инфекционист	4,0
Фтизиатр	4,0 (на дому – 0,8)
Онколог	3,0

Исходя из планового показателя среднечасовой нагрузки врача-специалиста, рассчитывают **показатель плановой функции врачебной должности**, который представляет собой плановую годовую нагрузку врача-специалиста на амбулаторно-поликлиническом приеме и на дому. Этот показатель ежегодно утверждает руководитель организации здравоохранения, исходя из показателя планового объема амбулаторно-поликлинической помощи в рамках муниципального задания по реализации территориальной программы госгарантий.

<p><b>*Плановая функция врачебной должности</b> =</p>	<p>Плановый показатель среднечасовой нагрузки врача-специалиста × плановое количество рабочих часов за год (неделю, месяц, квартал)</p>
---	---

\* *Примечание:* показатель рассчитывают по отдельным врачебным специальностям.

Его используют для анализа нагрузки и расчета необходимого числа врачебных должностей с учетом планируемых объемов амбулаторно-поликлинической помощи и фонда оплаты труда.

Плановые значения показателя функции врачебной должности представлены в *табл. 13.3*.

**Таблица 13.3. Рекомендуемые (плановые) значения показателя функции врачебной должности по отдельным врачебным специальностям**

Наименование врачебной специальности	Рекомендуемое значение показателя (число посещений в год)
Врач общей практики	5106
Терапевт	3996
Хирург	7925
Педиатр	4440
Акушер-гинеколог	5283
Невролог	3962
Офтальмолог	6604
Отоларинголог	6604
Эндокринолог	3962
Кардиолог	3962
Психиатр	4556
Инфекционист	3552
Фтизиатр	3605
Онколог	3962

С этим показателем сравнивают **показатель фактической функции врачебной должности**, что позволяет проводить оперативный (еженедельный, ежемесячный, ежеквартальный) анализ нагрузки врачей различных специальностей. Рассчитывают по формуле:

<p><b>*Фактическая функция врачебной должности</b></p>	$= \frac{\text{Фактическая среднечасовая нагрузка врача-специалиста} \times \text{количество отработанных часов за год}}{\text{(неделю, месяц, квартал)}}$
--	--

\* *Примечание:* показатель рассчитывают по отдельным врачебным специальностям.

Постоянное изучение нагрузки персонала необходимо для анализа эффективности использования трудовых и финансовых ресурсов, разработки прогрессивных форм оплаты труда, которые дифференцированно учитывали бы объем и качество выполняемой работы.

**Показатели профилактической работы.** Для анализа профилактической работы используются следующие показатели:

- показатель полноты охвата населения медицинскими осмотрами;
- показатель полноты охвата населения диспансерным наблюдением;
- показатель полноты охвата диспансерным наблюдением больных определенным заболеванием;
- показатель своевременности взятия больных под диспансерное наблюдение;



- показатель эффективности диспансеризации.

**Показатель полноты охвата населения медицинскими осмотрами** является основной характеристикой профилактической деятельности поликлиники и рассчитывается по формуле:

$$\text{Полнота охвата населения медицинскими осмотрами} = \frac{\text{Число осмотренных лиц}}{\text{Число лиц, подлежащих медицинским осмотрам}} \times 100$$

Оптимальное значение показателя должно приближаться к 100%.

Кроме того, охват населения профилактической работой оценивается по результатам целевых (скрининговых) медицинских осмотров на предмет выявления социально значимых заболеваний (злокачественных новообразований, туберкулеза, заболеваний, передающихся преимущественно половым путем, и др.):

$$\text{Охват населения медицинскими осмотрами с целью выявления больных туберкулезом} = \frac{\text{Всего осмотрено лиц с целью выявления больных туберкулезом}}{\text{Среднегодовая численность прикрепленного населения}} \times 100$$

**Показатель полноты охвата населения диспансерным наблюдением** дает общее представление об организации диспансеризации населения. Этот показатель рассчитывается как отношение числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением к среднегодовой численности прикрепленного населения, %:

$$\text{Полнота охвата населения диспансерным наблюдением} = \frac{\text{Число лиц, состоявших под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода}}{\text{Среднегодовая численность прикрепленного населения}} \times 100$$

По отдельным субъектам Российской Федерации его значения колеблются в интервале 60–70%.

**Показатель полноты охвата диспансерным наблюдением больных определенным заболеванием** используется для более глубокой оценки организации работы по диспансеризации населения. Рассчитывают по формуле, %:

$$\text{Полнота охвата диспансерным наблюдением больных определенным заболеванием} = \frac{\text{Число больных, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу данного заболевания, на конец отчетного периода}}{\text{Общее число больных, зарегистрированных с данным заболеванием, на конец отчетного периода}} \times 100$$

Для больных, страдающих социально значимыми заболеваниями (болезни системы кровообращения, сахарный диабет, злокачественные новообразования, психические расстройства и расстройства поведения, ВИЧ-инфекция, туберкулез и др.), этот показатель должен приближаться к 100%.

**Показатель своевременности взятия больных под диспансерное наблюдение** является важной характеристикой работы медицинских учреждений и позволяет оценить, в течение какого периода времени больной с впервые в жизни установленным диагнозом взят на учет для динамического наблюдения.

<b>Своевременность взятия больных под диспансерное наблюдение</b>	=	$\frac{\text{Число больных, взятых под диспансерное наблюдение в течение года (из числа лиц с впервые установленным диагнозом)}}{\text{Общее число лиц с впервые в данном году установленным диагнозом}} \times 100$
---	---	--

Как правило, для расчета этого показателя берут временной интервал с момента выявления заболевания до момента постановки больного на диспансерный учет, равный 1 году. В то же время для отдельных нозологических форм (бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и др.) этот период времени не должен превышать 30 дней.

**Показатель эффективности диспансеризации** используют для анализа качества проводимой амбулаторно-поликлиническими учреждениями диспансерной работы и рассчитывают по формуле:

<b>Эффективность диспансеризации</b>	=	$\frac{\text{Число больных, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу данного заболевания с улучшением состояния (без изменения, с ухудшением) на конец отчетного периода}}{\text{Общее число больных, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу данного заболевания на конец отчетного периода}} \times 100$
--------------------------------------	---	---

Рекомендуемые значения этого показателя для социально значимых заболеваний на примере сахарного диабета следующие: с улучшением состояния – не менее 15%, без изменения – 80%, с ухудшением – не более 5% .

Анализ этих и других показателей очень важен для планирования, оценки качества амбулаторно-поликлинической помощи населению в целом, выработки приоритетных направлений в ее развитии. В то же время для углубленного статистического анализа деятельности женских консультаций, детских поликлиник используют ряд специальных показателей.

### 13.6.1. Особенности статистики женских консультаций

Помимо общих для всех АПУ форм первичной учетной медицинской документации, в женских консультациях заполняют:

- индивидуальную карту беременной и родильницы (ф. 111/у);
- медицинскую карту прерывания беременности (ф. 003-1/у);
- обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы (ф. 113/у);
- журнал записи родовспоможений на дому (ф. 032/у);
- врачебное заключение о переводе беременной на другую работу (ф. 084/у) и др.

Для анализа деятельности консультации по оказанию женскому населению квалифицированной амбулаторной акушерско-гинекологической помощи вне беременности, в период беременности и в послеродовом периоде на основе этих и других форм первичной учетной медицинской документации рассчитывают показатели:

- ранний охват беременных диспансерным наблюдением;
- удельный вес беременных, осмотренных терапевтом;
- удельный вес беременных, осмотренных терапевтом до 12 нед беременности.
- охват беременных диагностическими исследованиями;
- охват женщин различными видами контрацепции;
- частоту абортот у женщин фертильного возраста;
- удельный веса абортот у первобеременных;
- показатель удельного веса абортот в возрастной группе 15–19 лет;
- показатель соотношения абортот и родов.

**Показатель раннего охвата беременных диспансерным наблюдением** рассчитывают по формуле:

<b>Ранний охват беременных диспансерным наблюдением</b>	=	Число беременных, поступивших под диспансерное наблюдение со сроком до 12 недель	×100
		Общее число беременных, поступивших под диспансерное наблюдение в женскую консультацию	

Оптимальное значение этого показателя должно приближаться к 100%.

**Показатель удельного веса беременных, осмотренных терапевтом, и удельного веса беременных, осмотренных терапевтом до 12 нед беременности,** рассчитывают по формулам:

<b>Удельный вес беременных, осмотренных терапевтом</b>	=	Число беременных, осмотренных терапевтом	×100
		Общее число беременных, закончивших беременность родами и абортотами	

<b>Удельный вес беременных, осмотренных терапевтом до 12 нед беременности</b>	=	$\frac{\text{Число беременных, осмотренных терапевтом до 12 недель беременности}}{\text{Общее число беременных, закончивших беременность родами и абортами}} \times 100$
---	---	--

Значения этих показателей должны приближаться к 100%.

К группе показателей, характеризующих **охват беременных диагностическими исследованиями**, относятся:

- удельный вес беременных, обследованных на реакцию Вассермана;
- удельный вес беременных, обследованных на резус-принадлежность;
- удельный вес беременных, обследованных трехкратно УЗИ;
- удельный вес беременных, обследованных на  $\alpha$ -фето-протеин ( $\alpha$ ФП) и хорионный гонадотропин человека (ХГЧ);
- удельный вес беременных, обследованных на инфекции, передающиеся половым путем.

Эти показатели рассчитывают по формулам:

<b>Удельный вес беременных, обследованных на реакцию Вассермана</b>	=	$\frac{\text{Число беременных, обследованных на реакцию Вассермана}}{\text{Общее число беременных, закончивших беременность родами или абортами}} \times 100$
<b>Удельный вес беременных, обследованных на резус-принадлежность</b>	=	$\frac{\text{Число беременных, обследованных на резус-принадлежность}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами или абортами}} \times 100$
<b>Удельный вес беременных, обследованных трехкратно УЗИ</b>	=	$\frac{\text{Число беременных, охваченных УЗИ не менее 3 раз за беременность}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами}} \times 100$
<b>Удельный вес беременных, обследованных на <math>\alpha</math>ФП и ХГЧ</b>	=	$\frac{\text{Число беременных, обследованных на } \alpha\text{ФП и ХГЧ}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами}} \times 100$
<b>Удельный вес беременных, обследованных на инфекции, передающиеся половым путем</b>	=	$\frac{\text{Число беременных, обследованных на инфекции, передающиеся половым путем}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами}} \times 100$

Оптимальные значения этих показателей 90–95%.

К группе **показателей охвата женщин различными видами контрацепции** относятся:

- охват женщин гормональной контрацепцией;
- охват женщин внутриматочными спиралями (ВМС).

Эти показатели характеризуют работу по охране репродуктивного здоровья женщин, реализацию мер по планированию семьи и рассчитывают по формулам, %:

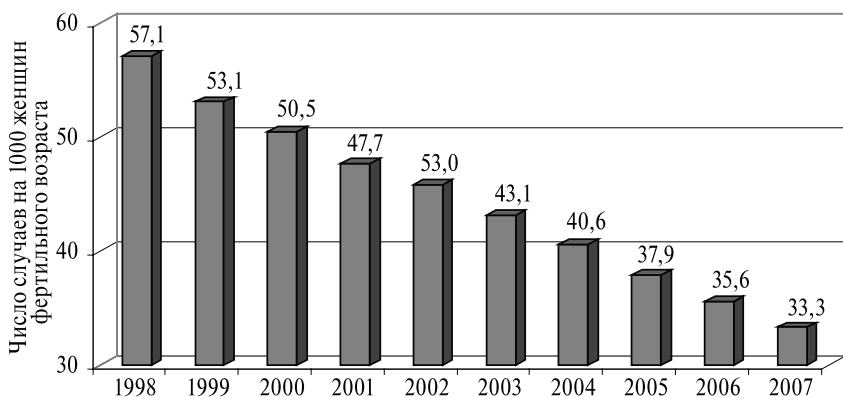
<b>Охват женщин гормональной контрацепцией</b>	=	$\frac{\text{Число женщин, использующих гормональную контрацепцию}}{\text{Число женщин фертильного возраста}} \times 1000$
<b>Охват женщин ВМС</b>	=	$\frac{\text{Число женщин, использующих ВМС}}{\text{Число женщин фертильного возраста}} \times 1000$

Значения этих показателей имеют обратную связь с показателем частоты абортов.

**Показатель частоты абортов у женщин фертильного возраста** характеризует работу женских консультаций по планированию семьи и предупреждению нежелательных беременностей. Рассчитывают по формуле:

<b>Частота абортов у женщин фертильного возраста</b>	=	$\frac{\text{Число абортов}}{\text{Число женщин фертильного возраста}} \times 1000$
--	---	---

За период 1998–2007 гг. в РФ значение этого показателя имеет стойкую тенденцию к снижению (*рис. 13.5*).



**Рис. 13.5.** Динамика показателя частоты абортов у женщин фертильного возраста в Российской Федерации (1998–2007).

Дополнительной характеристикой работы женских консультаций по профилактике нежелательной беременности являются **показатели удельного веса абортс у первобеременных и удельного веса абортс в возрастной группе 15–19 лет**, которые рассчитывают по формулам:

<b>Удельный вес абортс у первобеременных</b>	=	$\frac{\text{Число абортс у первобеременных}}{\text{Общее число абортс}} \times 100$
<b>Удельный вес абортс в возрастной группе 15–19 лет</b>	=	$\frac{\text{Число абортс среди женщин 15–19 лет}}{\text{Общее число абортс}} \times 100$

Значения этих показателей в РФ находятся на неудовлетворительном уровне и составляют соответственно 10% и 10,5%.

**Показатель соотношения абортс и родов** рассчитывают по формуле:

<b>Соотношение абортс и родов</b>	=	$\frac{\text{Общее число абортс}}{\text{Общее число родов}}$
-----------------------------------	---	--

В настоящее время в РФ на 96 абортс приходится 100 родов, что свидетельствует о недостаточной работе по профилактике нежелательной беременности.

### 13.6.2. Особенности статистического анализа деятельности детских поликлиник

В работе детских поликлиник, наряду с общими для всех амбулаторно-поликлинических учреждений формами первичной учетной медицинской документации, используют и специальные формы:

- историю развития ребенка (ф. 112/у);
- карту профилактических прививок (ф. 063/у);
- журнал учета профилактических прививок (ф. 064/у);
- медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов (ф. 026/у-2000);
- санаторно-курортную карту для детей (ф. 076/у-04) и др.

С 2007 г. в соответствии с Приказом МЗиСР № 102 на каждом врачебном участке должен заполняться «Паспорт врачебного участка (педиатрического)» ф. 030/у-пед.

Паспорт предназначен для получения информации о прикрепленном детском населении, половозрастном и социальном составе детей, структуре заболеваемости, наличии детей, имеющих право на получение набора социальных услуг, а также для учета обеспечения их необходимой бесплатной медицинской помощью, восстановительным лечением, комплексной реабилитацией, в том числе на санаторно-курортном этапе. Паспорт дает возможность проводить анализ обоснованности медицинских назначений, проведения лечебно-профилактических мероприятий, качества оказания медицинской помощи. Наличие в паспорте сведений о детях, находящихся в трудной жизненной ситуации (дети из групп социального риска, дети-инвалиды, дети, оставшиеся без попечения родителей, и др.), позволяет своевременно проводить медико-социальные мероприятия, в том числе с привлечением правоохранительных органов и органов социальной защиты населения. Включение в Паспорт таблицы по юношам допризывного возраста дает возможность оценить лечебно-оздоровительные мероприятия по их подготовке к военной службе. Анализ данных паспорта позволяет планировать работу на врачебном (педиатрическом) участке и оценивать эффективность работы врача-педиатра участкового. Паспорт ведут на основании «Истории развития ребенка» (ф. 112/у) и других утвержденных форм медицинской документации. На основании данных паспорта врач-педиатр участковый планирует ежемесячную, квартальную и годовую работу на врачебном участке и готовит пояснительную записку к отчету о проделанной работе.

**Статистические показатели**, характеризующие медицинскую деятельность детских поликлиник, объединяют в следующие группы:

- заболеваемость детского населения<sup>1</sup>;
- показатели профилактической работы;
- диспансеризация детского населения;
- объемы амбулаторно-поликлинической помощи;
- нагрузка персонала.

**Показатели профилактической работы.** Профилактическая работа является ведущим направлением в деятельности детских поликлиник. Основным методом реализации этого направления является диспансеризация. К этой группе показателей относятся:

- общий показатель диспансеризации детского населения;
- полнота охвата детей, состоящих под диспансерным наблюдением, лечебно-профилактической помощью;
- полнота охвата больных детей диспансерным наблюдением;

<sup>1</sup> Расчет и анализ показателей заболеваемости детского населения представлены в главе 3.

- эффективность диспансеризации детского населения;
- охват патронажем детей 1-го года жизни;
- удельный вес детей, находящихся на грудном вскармливании, от 0 до 3 мес (от 3 до 6; от 6 до 12 мес) жизни ребенка;
- полнота охвата детей периодическими медицинскими осмотрами;
- полнота охвата детей профилактическими прививками;
- структура детей по группам здоровья.

**Общий показатель диспансеризации детского населения** характеризует охват динамическим наблюдением здоровых и больных детей. Рассчитывают по формуле:

<b>Общий показатель диспансеризации детского населения</b>	=	Общее число больных и здоровых детей в возрасте 0–17 лет включительно, находящихся под диспансерным наблюдением, на конец отчетного периода	× 1000
		Среднегодовая численность детского населения	

Значение показателя должно приближаться к 1000‰.

**Показатель полноты охвата детей, состоящих под диспансерным наблюдением, лечебно-профилактической помощью** уточняет общий показатель диспансеризации и характеризует уровень обеспечения детей отдельными видами помощи (стационарной, санаторно-курортной, противорецидивным лечением и др.). Рассчитывают по формуле:

<b>*Полнота охвата детей, состоящих под диспансерным наблюдением, лечебно- профилактической помощью</b>	=	Число детей, состоящих под диспансерным наблюдением, получивших различные виды помощи (стационарную, санаторно-курортную, противорецидивное лечение), на конец отчетного периода	× 100
		Общее число детей, состоящих под диспансерным наблюдением и нуждающихся в различных видах помощи (стационарной, санаторно-курортной, противорецидивном лечении), на конец отчетного периода	

*\*Примечание:* показатель рассчитывается в целом и по отдельным видам помощи.

Рекомендуемое значение этого показателя не менее 70%.

**Показатель полноты охвата больных детей диспансерным наблюдением** дополняет общий показатель диспансеризации и характеризует уровень и качество динамического наблюдения больных детей. Рассчитывают как по всем, так и по отдельным заболеваниям по формуле:



<b>Полнота охвата больных детей диспансерным наблюдением</b>	=	Число больных детей, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу данного заболевания, на конец отчетного периода	×100
		Общее число больных детей, зарегистрированных с данным заболеванием, на конец отчетного периода	

Рекомендуемое значение показателя должно приближаться к 100%.

**Показатель эффективности диспансеризации детского населения** также дополняет общий показатель диспансеризации и используется для анализа качества проводимой детскими поликлиниками и консультациями диспансерной работы. Рассчитывают по формуле:

<b>*Эффективность диспансеризации детского населения</b>	=	Число больных детей, состоящих под диспансерным наблюдением с выздоровлением (улучшением состояния, ухудшением, без изменения) на конец отчетного периода	×100
		Общее число больных детей, состоящих под диспансерным наблюдением, на конец отчетного периода	

*\*Примечание:* показатель может рассчитываться по отдельным нозологическим формам.

Значения этого показателя в среднем по Российской Федерации: с выздоровлением – не менее 10%; с улучшением состояния – не менее 30%.

**Показатель охвата патронажем детей первого года жизни** характеризует соблюдение стандартов систематического врачебного наблюдения детей данной возрастной группы. Рассчитывают по формуле:

<b>Охват патронажем детей первого года жизни</b>	=	Количество фактических врачебных патронажей к детям первого года жизни	×100
		Количество плановых врачебных патронажей к детям первого года жизни	

Оптимальное значение показателя 100%.

**Показатели удельного веса детей, находящихся на грудном вскармливании от 0 до 3 мес (от 3 до 6; от 6 до 12 мес) жизни ребенка** характеризуют охват детей первого года жизни естественным вскармливанием. Эти показатели рассчитывают как процентное отношение числа детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании от 0 до 3; от 3 до 6; от 6 до 12 мес к общему числу детей, достигших 1 года:

<b>Число детей, находящихся на грудном вскармливании от 0 до 3 мес. (от 3 до 6; от 6 до 12 мес.) жизни ребенка</b>	=	$\frac{\text{Число детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании к 3, 6, 12 месяцам жизни ребенка}}{\text{Общее число детей, достигших 1 года к концу отчетного периода}} \times 100$
--	---	---

**Показатель полноты охвата детей периодическими медицинскими осмотрами** характеризует работу детских поликлиник и консультаций по контролю за состоянием здоровья организованного детского населения. Рассчитывают по формуле:

<b>*Полнота охвата детей периодическими медицинскими осмотрами</b>	=	$\frac{\text{Число детей, охваченных периодическими медицинскими осмотрами}}{\text{Общее число детей, подлежащих периодическим медицинским осмотрам}} \times 100$
--	---	---

*\*Примечание:* показатель может рассчитываться по отдельным декретированным возрастным группам.

Значение этого показателя должно приближаться к 95%, для детей первого года жизни — к 100%.

**Показатель полноты охвата детей профилактическими прививками** характеризует работу детских поликлиник и консультаций по иммунизации детского населения в рамках Национального календаря профилактических прививок. Рассчитывают по формуле:

<b>*Полнота охвата детей профилактическими прививками</b>	=	$\frac{\text{Число привитых детей}}{\text{Общее число детей, подлежащих иммунизации}} \times 100$
---	---	---

*\*Примечание:* показатель может рассчитываться по каждому виду профилактических прививок, предусмотренных Национальным календарем профилактических прививок.

Значение показателя должно приближаться к 100%.

**Показатель структуры детей по группам здоровья** позволяет комплексно оценить здоровье детского населения. Рассчитывают по формуле:

<b>Структура детей по группам здоровья</b>	=	$\frac{\text{Число детей I (II, III) группы здоровья}}{\text{Среднегодовая численность детского населения}} \times 100$
--	---	---

Показатель можно рассчитывать по отдельным возрастным группам. По итогам Всероссийской диспансеризации 32,1% детей признаны здоровыми (I группа здоровья); 51,7% имеют функцио-

нальные отклонения (II группа здоровья); 16,2% имеют хронические заболевания (III–IV–V группы здоровья) (рис. 13.6).

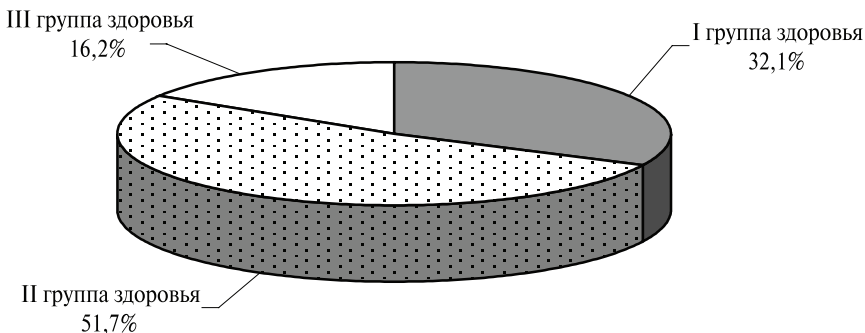


Рис. 13.6. Распределение детей по группам здоровья согласно итогам Всероссийской диспансеризации (2002).

Расчет показателей объемов амбулаторно-поликлинической помощи и нагрузки персонала проводят аналогично по формулам, приведенным в п. 13.6.

### Контрольные вопросы

1. Перечислите основные принципы оказания амбулаторно-поликлинической помощи. Раскройте их содержание.
2. Дайте определение термина «диспансеризация».
3. Перечислите основные задачи городской поликлиники для взрослых.
4. Приведите примерную организационную структуру городской поликлиники для взрослых.
5. Какие основные задачи решает регистратура поликлиники.
6. Какие 3 основных способа организации записи пациентов на прием используют в практике организации амбулаторно-поликлинической помощи?
7. Перечислите основные функции участкового терапевта.
8. Какие основные задачи стоят перед детской поликлиникой?
9. Приведите примерную организационную структуру детской городской поликлиники.
10. Как организована прививочная работа в детской поликлинике?
11. Перечислите основные функции участкового врача-педиатра.

12. Какие задачи решают врачи-специалисты детской поликлиники?
13. Приведите примерную организационную структуру женской консультации. Перечислите основные задачи.
14. Каковы функциональные обязанности врача акушера-гинеколога?
15. Что представляет собой «Родовой сертификат»?
16. Раскройте содержание понятия «планирование семьи».
17. Какие способы регулирования деторождений вы знаете? Какие требования предъявляются к способам предохранения от беременности?
18. В чем вы видите перспективы развития сети центров общей врачебной (семейной) практики?
19. Приведите примерную организационную структуру центра общей врачебной (семейной) практики.
20. Какие основные обязанности выполняет врач общей практики (семейный врач)?
21. Перечислите статистические показатели деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений. Приведите формулы их расчета, рекомендуемые значения.
22. Какие статистические показатели используют для анализа деятельности женских консультаций? Приведите формулы их расчета, рекомендуемые значения.
23. Какие статистические показатели используют для анализа деятельности детских поликлиник? Приведите формулы их расчета, рекомендуемые значения.

## Глава 14

# Организация стационарной помощи населению

Стационарная (больничная, госпитальная) медицинская помощь в настоящее время является наиболее ресурсоемким сектором здравоохранения. В стационарных учреждениях сосредоточены основные материальные ресурсы отрасли (дорогостоящие здания, сооружения, оборудование, транспорт и др.), на содержание учреждений этого типа тратится в среднем 60–70% всех ассигнований, выделяемых на здравоохранение.

Развитие стационарной помощи в последние десятилетия шло по пути перехода от общепрофильных отделений больниц к специализированным, от больниц небольшой мощности к мощным учреждениям на 600–1000 коек. По мнению специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения В.А. Миняева и Н.И. Вишнякова (2003), крупные больницы по сравнению с небольшими имеют следующие преимущества:

- больше возможностей развития специализированных, в том числе узкоспециализированных, видов медицинской помощи;
- более рациональное использование высококвалифицированных кадров, дорогостоящего лечебно-диагностического оборудования, медицинской техники, вспомогательных лечебно-диагностических отделений и служб.

Однако сверхмощные многопрофильные больницы на 1200 коек и более имеют и ряд недостатков, в частности, определенные сложности в управлении. Оптимальной мощностью больницы следует считать 600–800 коек.

Концентрация материальных, финансовых и трудовых ресурсов в специализированных отделениях больниц позволяет в полном объеме использовать современные медицинские технологии. В результате этого достигается наиболее высокий уровень медицинской и экономической эффективности больничной помощи.

### 14.1. Городская больница для взрослых

Наибольший объем стационарной помощи в стране выполняет больницы. Вообще «термин» больница имеет чисто русское происхождение. В РФ под больницей подразумевают лечебно-

профилактическое учреждение, оказывающее населению квалифицированную специализированную стационарную медицинскую помощь. За рубежом термину «больница» соответствует термин «госпиталь», однако функции госпиталей значительно шире.

В задачи современной городской больницы для взрослых входят:

- оказание больничной квалифицированной лечебно-профилактической помощи по программе госгарантий;
- внедрение в практику здравоохранения современных методов профилактики, диагностики и лечения на основе достижений медицинской науки и техники, а также передового опыта других ЛПУ;
- развитие и совершенствование организационных форм и методов работы учреждения, повышение качества лечебно-профилактической помощи и др.

Примерная организационная структура городской больницы для взрослых представлены на *рис. 14.1*.



**Рис. 14.1.** Примерная организационная структура городской больницы для взрослых.

Возглавляет больницу *главный врач*. Он отвечает за всю профилактическую, лечебно-диагностическую, финансово-хозяйственную деятельность, подбор и расстановку кадров.

Первым помощником главного врача является *заместитель по медицинской части (начмед)*, который непосредственно руководит профилактической и лечебно-диагностической работой больницы, контролирует соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, качество диагностики, лечения и ухода за больными. Также он анализирует качество лечебного питания, правильность расходования медикаментов и изделий медицинского назначения, организует консультативную помощь больным. Особое место в деятельности начмеда занимает анализ случаев смерти больных в стационаре. За хозяйственную работу отвечает соответствующий *заместитель по административно-хозяйственной части (АХЧ)*. В его задачи входят обеспечение противопожарной безопасности, поддержание в порядке и охрана зданий, помещений, инженерных сетей, территории больницы, обеспечение учреждения современными средствами связи, автотранспортом, горюче-смазочными материалами, продуктами лечебного питания, больничным бельем и решение других хозяйственных вопросов. В состав административно-хозяйственной части входят гараж, прачечная, пищеблок и другие подразделения.

Если больница объединена с поликлиникой, вводят должность *заместителя главного врача по поликлинике*. В крупных больницах с числом хирургических коек не менее 300 выделяют должность *заместителя главного врача по хирургии*. Кроме того, с учетом производственной необходимости могут вводиться должности заместителей главного врача по экономике, экспертизе нетрудоспособности, гражданской обороне и мобилизационной работе.

Деятельностью среднего и младшего медицинского персонала руководит *главная медицинская сестра*.

Первое знакомство больного со стационаром начинается с *приемного отделения*. Приемное отделение может быть централизованным и децентрализованным (для отдельных профильных отделений). В приемное отделение больницы пациенты попадают разными путями:

- по направлению из АПУ (плановая госпитализация);
- при доставке бригадами скорой медицинской помощи (экстренная госпитализация);
- переводом из другого стационара;
- при самостоятельном обращении в приемное отделение («самотек»);

Для более рационального использования конечного фонда больничных учреждений в крупных городах при станциях скорой медицинской помощи создают *центральные бюро госпитализации* (ЦБГ), в которые поступают сведения о свободных койках в стационарах больниц города. В таких случаях госпитализацию проводят, в том числе, по направлению ЦБГ.

В задачи приемного отделения входят:

- прием больных, постановка предварительного диагноза и решение вопроса о необходимости госпитализации;
- регистрация больных и учет их движения в стационаре;
- оказание при необходимости экстренной медицинской помощи;
- санитарная обработка больных;
- выполнение функций справочного центра о состоянии больных.

В больницах мощностью 500 коек и более в штате учреждения выделяют ставки врачей приемного покоя (хирург, терапевт, травматолог, рентгенолог и др.). Кроме того, врачи приемного покоя имеют возможность вызывать врачей других специальностей, которые в это время дежурят на отделениях. В больницах меньшей мощности в приемном покое дежурят врачи отделений в соответствии с графиком. Врачи приемного отделения должны иметь возможность круглосуточно проводить в экстренном порядке экспресс-анализы, рентгенологические, эндоскопические, ультразвуковые и другие исследования.

Для оказания экстренной помощи в приемном отделении находится постоянный набор необходимых медикаментов и оборудования. В приемных отделениях больниц целесообразно организовывать палаты интенсивной терапии и временной изоляции больных.

В приемном отделении ведут «Журнал приема больных и отказов в госпитализации» (ф. 001/у), заводят «Медицинскую карту стационарного больного» (ф. 003/у) со всеми вкладышами: «Температурный лист» (ф. 004/у), «Статистическая карта выбывшего из стационара ...» (ф. 066/у-02).

Из приемного отделения больной поступает в соответствующее стационарное отделение. Профиль и мощность отделений стационара определяют с учетом потребности населения в госпитальной помощи и структуры патологии. Штаты и оснащение зависят от числа коек и профиля отделения. Оптимальной мощностью стационарного отделения больницы считают 60–70 коек. Как правило, в больничных учреждениях мощностью до 300 коек организуют отделения терапевтического, хирургического, гинекологического, педиатрического,



инфекционного, неврологического, кардиологического, травматологического и других профилей. В больницах большей мощности создаются узкоспециализированные отделения: урологическое, эндокринологическое, пульмонологическое, челюстно-лицевой хирургии и др.

Возглавляет работу отделения *заведующий*. На должность заведующего отделением назначают квалифицированного врача, имеющего опыт работы по соответствующей специальности и обладающего организаторскими способностями. Назначение на должность заведующего отделением и освобождение от должности осуществляется приказом главного врача. Заведующий отделением непосредственно руководит деятельностью медицинского персонала отделения и несет полную ответственность за качество и культуру медицинской помощи больным. В соответствии с задачами, стоящими перед больницей, заведующий отделением выполняет следующие обязанности:

- организует и обеспечивает своевременное обследование и лечение больных с учетом современных достижений медицинской науки и практики;
- проводит систематический контроль за работой ординаторов отделения по вопросам диагностики, лечения и его эффективности, а также качества ведения медицинской документации;
- проводит ежедневный утренний обход больных совместно с ординаторами и средним медицинским персоналом, осмотр вновь поступивших и наиболее тяжелых больных;
- разбирает с ординаторами отделения все случаи, представляющие затруднение в диагностике и лечении, расхождения диагнозов поликлиники с больничными и больничных с патологоанатомическими, а также все случаи смерти больных в отделении;
- созывает в необходимых случаях консилиум с участием врачей-специалистов и лично принимает участие в нем;
- обеспечивает соблюдение противоэпидемиологического режима в отделении;
- систематически проводит работу по повышению квалификации врачей, среднего и младшего медицинского персонала отделения, соблюдению принципов деонтологии;
- анализирует показатели деятельности отделения и представляет отчеты руководству больницы в установленные сроки;
- контролирует соблюдение персоналом отделения правил охраны труда, пожарной безопасности и внутреннего распорядка;
- организует санитарно-просветительную работу с больными;
- несет ответственность за правильное хранение, учет и выдачу ядовитых и сильнодействующих лекарств в отделении и др.

Заведующему отделением непосредственно подчиняется *ординатор отделения*, который является лечащим врачом и выполняет следующий объем работ:

- оказывает квалифицированную помощь больным с использованием современных методов диагностики и лечения;
- ежедневно проводит обход больных совместно с палатной медицинской сестрой, участвует в обходах заведующего отделением, в необходимых случаях консультируется с врачами-специалистами;
- ведет «Медицинскую карту стационарного больного» (ф. 003/у) и другую документацию с ежедневными записями в них о состоянии больных, их лечении, питании, режиме и т.д.;
- докладывает заведующему отделением о трудностях в установлении диагноза, лечении, а также об изменениях в состоянии больных;
- руководит работой среднего и младшего медицинского персонала, непосредственно ему подчиненного, проверяет правильность и своевременность выполнения ими врачебных назначений, а в случае невыполнения докладывает об этом заведующему отделением;
- проводит санитарно-просветительную работу с больными;
- сообщает перед уходом из стационара заведующему отделением, а в его отсутствие — дежурному врачу о тяжелых больных, требующих особого врачебного наблюдения;
- несет дежурство по больнице согласно установленному графику;
- сообщает заведующему отделением о больных, подлежащих переводу или выписке из отделения, оформляет на них соответствующие медицинские документы;
- в установленные внутренним распорядком больницы дни и часы встречается с родными и близкими пациентов, находящихся под его наблюдением.

Врач-ординатор обычно ведет 20–25 больных, однако это число меняется в зависимости от профиля отделения.

Врачу-ординатору отделения помогают *палатные (постовые) медицинские сестры*, которые непосредственно подчиняются старшей медицинской сестре отделения и выполняют следующие обязанности:

- своевременно и точно выполняют назначения лечащего врача;
- организуют своевременное обследование больных в лаборатории, диагностических отделениях (кабинетах), у врачей-консультантов;
- наблюдают за состоянием больного: физиологическими отправлениями, сном, весом, пульсом, дыханием, температурой;

- немедленно информируют лечащего врача (в его отсутствие заведующего отделением или дежурного врача) о внезапном ухудшении состояния больного, оказывают ему экстренную доврачебную помощь;
- осуществляют санитарно-гигиеническое обслуживание физически ослабленных и тяжелых больных (умывание, кормление, промывание по мере надобности рта, глаз, ушей и др.);
- изолируют больных, находящихся в агональном состоянии, вызывают врача для констатации смерти, подготавливают трупы умерших для передачи их в морг и др.

В ночное время в больнице наряду со средним медицинским персоналом дежурят врачи. Дежурства обеспечиваются либо одним врачом по всей больнице небольшой мощности, либо по крупным профильным отделениям: например, дежурный врач для отделений терапевтического профиля, дежурный врач для отделений хирургического профиля и др. Дежурные врачи, приступая к дежурству, получают от лечащих врачей или заведующих отделениями сведения о тяжелых больных, требующих особого наблюдения. Во время дежурства они отвечают за состояние всех больных, находящихся в стационаре, оказывают экстренную помощь по вызову постовых медицинских сестер, принимают поступающих больных.

В отделениях стационара больницы устанавливают звуковую и световую сигнализацию, которой пользуется больная для вызова дежурного медицинского персонала, однако она является вспомогательной. Наблюдение за тяжелыми больными должно проводиться активно, т.е. медицинская сестра и дежурный врач обязаны без вызова периодически их навещать.

Выделяют две системы организации ухода за больными: двухступенную и трехступенную. При двухступенной системе непосредственный уход за больным осуществляют врачи и медицинские сестры, а младший медицинский персонал лишь помогает в создании надлежащего санитарно-гигиенического режима в отделении, осуществляет уборку помещений. При трехступенной системе ухода младшие медицинские сестры принимают участие в уходе за больными. При этой системе обслуживания на должность *младшей медицинской сестры по уходу за больными* назначают лицо, окончившее специальные курсы младших медицинских сестер по уходу за больными.

В больнице строго соблюдают противоэпидемический и лечебно-охранительный режимы. Противоэпидемиологический режим должен обеспечиваться всем персоналом больницы, а контроль за ним осуществляет Центр гигиены и эпидемиологии.

**Лечебно-охранительный режим** – система мер, направленных на создание оптимальных условий пребывания больных в стационаре, способствующих поднятию их общего психоэмоционального тонуса. Основными элементами лечебно-охранительного режима являются:

- дизайн, рациональная планировка, размещение и оборудование палат и отделений (соответствующий интерьер отделений, изоляция операционных блоков, перевязочных, организация маломестных палат и др.);

- реализация принципа дифференцированного распределения больных по палатам с учетом состояния здоровья, пола, возраста и др.;

- устранение или максимальное уменьшение воздействия неблагоприятных факторов внешней среды (неудобные постели, плохое освещение, низкая или излишне высокая температура в палатах, дурные запахи, стоны или крики больных, шум, плохое лечебное питание и др.);

- борьба с болью и страхом боли (психологическая подготовка к операциям, применение анестезирующих средств при болезненных перевязках, разумное использование болеутоляющих средств, высокое мастерство техники инъекции и других манипуляций, отказ от бесцельных исследований и др.);

- отвлечение больного от ухода в болезнь и преувеличенных представлений о возможных неблагоприятных последствиях (художественная литература, любимая музыка, увлекательные беседы, живопись, телевидение, возможность заняться каким-либо любимым делом, прогулки по территории больницы для ходячих больных, трудотерапия в отделениях для хронических больных, различные игры и воспитательно-педагогическая работа в детских больницах и др.);

- организация режима дня больного (удлинение физиологического сна, сочетание покоя с допустимой физической активностью больных, общение с родственниками и близкими больного);

- разумное использование слова – одного из сильнейших условных раздражителей, способного оказать значительное воздействие на течение патологического процесса и его исход (недопущение ятрогений);

- соблюдение персоналом медицинской этики (высокая культура медицинского персонала, чуткое, внимательное отношение к больному, его родственникам, соблюдение врачебной тайны и др.).

Выписку пациента из больницы производят при полном его выздоровлении, необходимости перевода в другие специализированные медицинские учреждения, стойком улучшении состоянии больного, когда дальнейшая госпитализация не нужна, хроническом течении заболевания, не поддающемся лечению в данном учреждении.

О выписке пациента, требующего долечивания на дому, сообщают по месту жительства в поликлинику с необходимыми лечебными рекомендациями стационара. В последующие дни в поликлинику направляют эпикриз с подробным описанием проведенного обследования, лечения и необходимых рекомендаций на будущее. Больных, нуждающихся в медицинской реабилитации, направляют в санаторно-курортные учреждения или центры восстановительной медицины.

## 14.2. Городская больница для детей

Организация работы детской городской больницы имеет много общего с работой стационара для взрослых, однако имеются и свои отличия.

Больные дети, как и взрослые, поступают в стационар детской больницы по направлению врачей детских поликлиник, при доставке бригадами скорой медицинской помощи, переводом из других медицинских учреждений, «самотеком».

Структура детской больницы формируется в зависимости от потребности детского населения в стационарной помощи и включает в себя приемное отделение, профильные стационарные отделения (педиатрическое, хирургическое, инфекционное и др.), лабораторию, отделения рентгенологической, эндоскопической, ультразвуковой, функциональной диагностики и др.

Приемное отделение и стационары детской больницы боксированы. Боксы составляют 3–5% от общего числа коечного фонда больницы. В небольших больницах при отсутствии боксов для приема детей должно быть предусмотрено не менее 2–3 изолированных смотровых кабинетов и 1–2 санпропускников. Наиболее удобными для работы являются индивидуальные боксы Мельцера–Соколова, которые включают в себя предбоксник, палату, санитарный узел, шлюз для персонала.

В случае поступления детей без ведома родителей последних немедленно извещают об этом работники приемного отделения. При отсутствии такой возможности сведения о ребенке заносят в специальную книгу и сообщают в милицию.

Отделения (палаты) стационара формируют по возрасту, полу, характеру и тяжести заболеваний, сроку поступления. В зависимости от возраста выделяют отделения (палаты) для недоношенных, новорожденных, детей грудного, младшего, старшего возрастов. Палаты целесообразно иметь небольшие – на 2–4 койки, что дает возможность заполнять их с учетом возраста и заболевания. Между палатами

имеются застекленные перегородки для того, чтобы персонал мог наблюдать за состоянием детей и их поведением. Предусматривают возможность пребывания в стационаре вместе с ребенком матери.

Важной особенностью организации работы детских отделений является необходимость проведения там воспитательной работы. Для этой цели в детских больницах вводят должности педагогов-воспитателей. С больными детьми, которые длительное время лечатся в стационаре, проводят учебную работу. Очень важным элементом создания лечебно-охранительного режима для детей является организация их досуга, особенно в вечерние часы. Проводимые в конце больничного дня ручной труд, лепка, рисование, чтение вслух улучшают настроение детей и способствуют спокойному сну. Важную роль в правильной организации досуга детей играют палатные (постовые) медицинские сестры.

В комплексе лечебно-профилактических мероприятий особое значение имеет правильно организованное лечебное питание. Для этого детей, находящихся на естественном вскармливании, госпитализируют вместе с матерями или обеспечивают грудным донорским молоком. Все другие продукты лечебного питания дети 1-го года жизни получают с детской молочной кухни. Детям старше года лечебное питание готовят на пищеблоке больницы.

В детских больницах в большей степени, чем в больницах для взрослых, следует опасаться внутрибольничных инфекций. При выявлении ребенка с острым инфекционным заболеванием в отделении устанавливают карантин на срок инкубационного периода для данного заболевания. При этом проводят учет контактировавших с больным ребенком детей, которых в течение инкубационного периода нельзя перемещать в другие палаты. В отдельных случаях в зависимости от выявленного острого инфекционного заболевания проводят специальные противоэпидемические мероприятия (прививки, исследования на бактерионосительство и др.).

Анатомо-физиологические особенности новорожденных, своеобразный характер течения заболевания определяют необходимость создания специальных отделений для новорожденных и недоношенных детей в составе детских больниц. Основной задачей этих отделений является оказание квалифицированной диагностической и лечебной помощи доношенным и недоношенным новорожденным больным детям, создание оптимальных условий выхаживания детей.

В работе отделения для новорожденных и недоношенных детей детских больниц осуществляется тесная взаимосвязь и преемственность с родильными домами и детскими поликлиниками.

### 14.3. Стационар родильного дома

Основным учреждением, оказывающим стационарную акушерско-гинекологическую помощь, является родильный дом. В его задачи входят: оказание стационарной квалифицированной медицинской помощи женщинам в период беременности, в родах, в послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях, а также оказание квалифицированной медицинской помощи и уход за новорожденными во время пребывания их в родильном доме.

Руководство деятельностью родильного дома осуществляет главный врач, работу среднего и младшего медицинского персонала организует главная медицинская сестра (акушерка). Примерная организационная структура родильного дома представлена на *рис. 14.2*.

Госпитализации в родильный дом подлежат беременные (при наличии медицинских показаний), роженицы, а также родильницы в раннем послеродовом периоде (в течение 24 ч после родов) в случае родов вне лечебного учреждения. При поступлении в родильный дом роженицу или родильницу направляют в приемно-смотровой блок,



Рис. 14.2. Примерная организационная структура родильного дома.

где женщина предъявляет паспорт и «Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы» (ф. 113/у). Прием женщин в приемно-смотровом блоке ведет врач (в дневные часы — врачи отделений, затем — дежурные врачи) или акушерка, которая при необходимости вызывает врача. В приемно-смотровом блоке целесообразно иметь 1 комнату-фильтр и 2 смотровые комнаты. Одна смотровая комната предусмотрена для приема женщин в физиологическое родовое отделение, другая — в наблюдательное.

Врач (или акушерка) оценивает общее состояние поступающей, знакомится с «Обменной картой ...», выясняет, переносила ли женщина инфекционные, воспалительные заболевания до и во время беременности, обращая особое внимание на заболевания, перенесенные непосредственно перед поступлением в родильный дом, устанавливает наличие хронических воспалительных заболеваний, наличие и длительность безводного периода.

В результате сбора анамнеза, осмотра, знакомства с документами в комнате-фильтре женщин разделяют на 2 потока: с нормальным течением беременности, которых направляют в *физиологическое родовое отделение* и представляющих «эпидемиологическую опасность» для окружающих, которых направляют в *наблюдательное родовое отделение*.

Кроме того, в наблюдательное отделение направляют женщин при отсутствии «Обменной карты ...», а также родильницы в раннем послеродовом периоде в случае родов вне лечебного учреждения.

В смотровых физиологического и наблюдательного родовых отделений проводят объективное обследование женщины, ее санитарную обработку, выдают комплект стерильного белья, берут на анализы кровь и мочу. Из смотровой в сопровождении среднего медицинского персонала женщина переходит (при наличии показаний ее перевозят на каталке) в родовой блок или отделение патологии беременности.

Центральным подразделением родильного дома является *родовой блок*, который включает в себя предродовые палаты, родовой зал, палату интенсивной терапии, детскую комнату, операционные, санитарные помещения. В предродовой палате женщина проводит весь 1-й период родов. Дежурная акушерка или врач постоянно наблюдают за состоянием роженицы. В конце 1-го периода родов женщину переводят в родовой зал.

При наличии двух родильных залов прием родов в них осуществляют поочередно. Каждый родовой зал работает в течение 1–2 сут, затем в нем проводят генеральную уборку. При наличии одного родо-



вого зала прием родов осуществляют поочередно на различных рахмановских кроватях. Два раза в неделю проводят генеральную уборку родового зала. Нормально протекающие роды принимает акушерка.

После рождения ребенка акушерка показывает его матери, обращая внимание на пол и врожденные аномалии развития (если таковые имеются). Далее ребенка переносят в детскую комнату. Родильница должна находиться в родовом зале под наблюдением не менее 2 ч.

Акушерка после мытья рук под проточной водой и их обработки проводит вторичную обработку пуповины, первичную обработку кожных покровов, взвешивание ребенка, измерение длины тела, окружностей груди и головы. К рукам ребенка привязывают браслетки, а после пеленания поверх одеяла — медальон. На них указывают фамилию, имя, отчество, номер истории родов матери, пол ребенка, массу, рост, час и дату его рождения. После окончания обработки новорожденного акушерка (врач) заполняет необходимые графы в «Истории родов» (ф. 096/у) и «Истории развития новорожденного» (ф. 097/у).

При нормальном течении послеродового периода спустя 2 ч после родов женщину переводит на каталке вместе с ребенком в *послеродовую палату*, которая находится в составе физиологического родового отделения.

При заполнении послеродовых палат необходимо соблюдать строгую цикличность — одну палату разрешают заполнять в течение не более 3 сут. При появлении у рожениц или новорожденных первых признаков заболеваний их переводят в наблюдательное родовое отделение или в другое специализированное учреждение.

В наблюдательное родовое отделение помещают больных женщин, имеющих здорового ребенка, здоровых женщин, имеющих больного ребенка, а также больных женщин, имеющих больного ребенка.

Палаты для беременных и родильниц в наблюдательном родовом отделении по возможности профилированы. Недопустимо размещение беременных и родильниц в одной палате.

В палатах для новорожденных наблюдательного родового отделения находятся дети, рожденные в этом отделении; родившиеся вне родильного дома; переведенные из физиологического родового отделения; родившиеся с тяжелыми врожденными аномалиями; с проявлениями внутриутробной инфекции; с массой тела менее 1000 г. Для больных детей в наблюдательном родовом отделении выделяют изолятор на 1–3 койки. При наличии показаний дети могут быть переведены в отделение новорожденных детской больницы.

В течение 1-х суток после рождения каждый ребенок находится под интенсивным наблюдением медицинского персонала. Врачи-педиатры проводят ежедневный осмотр детей. Если в родильном доме работает один педиатр, то во время его отсутствия осмотр детей осуществляет дежурный акушер-гинеколог. В необходимых случаях, требующих экстренного вмешательства, акушер-гинеколог вызывает педиатра. По окончании осмотра новорожденных педиатр (акушер-гинеколог) сообщает матерям о состоянии детей и проводит с ними санитарно-просветительную работу.

В современном родильном доме не менее 70% коек физиологического родового отделения выделяют для *совместного пребывания матери и ребенка*, которое значительно снижает частоту заболеваний родильниц в послеродовом периоде и частоту заболеваний новорожденных детей. Основной особенностью таких родильных домов или акушерских отделений является активное участие матери в уходе за новорожденным ребенком. Совместное пребывание матери и ребенка ограничивает контакт новорожденного с медицинским персоналом, снижает возможность его инфицирования. При таком режиме обеспечивается раннее прикладывание новорожденного к груди, происходит активное обучение матери навыкам практического ухода за новорожденным.

При совместном пребывании матери и ребенка их размещают в боксах или полубоксах (на 1–2 кровати).

Противопоказаниями к совместному пребыванию матери и ребенка *со стороны родильницы* являются:

- тяжелые гестозы беременных;
- экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации;
- повышенная температура тела;
- разрыв или разрезы промежности II степени.

*Со стороны новорожденного:*

- недоношенность, незрелость;
- длительная внутриутробная гипоксия плода;
- внутриутробная гипотрофия II–III степени;
- родовая травма;
- асфиксия при рождении;
- аномалии развития;
- гемолитическая болезнь.

Совместное пребывание матери и ребенка в родильном доме требует строжайшего соблюдения санитарно-эпидемиологического режима.

С целью снижения перинатальной смертности, организации постоянного наблюдения за состоянием жизненно важных функ-

ций новорожденных, своевременного проведения корригирующих и диагностических мероприятий в родовспомогательных учреждениях создают специальные *палаты интенсивной терапии и реанимации новорожденных*. Создание таких палат в родильных домах мощностью 80 и более коек для новорожденных является обязательным. При меньшей мощности роддома организуют посты интенсивной терапии.

Основными критериями для выписки женщины из родильного дома являются: удовлетворительное общее состояние, нормальные температура, частота пульса, артериальное давление, состояние грудных желез, инволюция матки, нормальные результаты лабораторных исследований.

При обострении экстрагенитальных заболеваний родильницы могут быть переведены в соответствующий стационар, а при возникновении осложнений послеродового периода — в наблюдательное родовое отделение.

При неосложненном течении послеродового периода у родильницы и раннего неонатального периода у новорожденного, при отпавшей пуповине и хорошем состоянии пупочной ранки, положительной динамике массы тела мать с ребенком могут быть выписаны на 5–6-е сутки после родов.

Выписку осуществляют через специальные выписные комнаты, которые разделены для родильниц из физиологического и наблюдательного отделений. Выписные комнаты имеют 2 двери: из послеродового отделения и из помещения для посетителей. Нельзя использовать для выписки родильниц приемные помещения.

Перед выпиской педиатр еще в палате проводит беседу с родильницами об уходе и вскармливании ребенка в домашних условиях. Медицинская сестра (в палате) должна дополнительно обработать и перепеленать ребенка. В выписной комнате медицинская сестра отделения новорожденных пеленает ребенка в принесенное домашнее белье, обучает мать пеленанию, обращает ее внимание на запись фамилии, имени и отчества на браслетках и медальоне, состояние кожных покровов и слизистых оболочек ребенка, еще раз рассказывает об особенностях ухода в домашних условиях.

В «Истории развития новорожденного» медицинская сестра отмечает время его выписки из родильного дома и состояние кожных покровов, слизистых оболочек, знакомит мать с записью, которая удостоверяется подписями медицинской сестры и матери. Медицинская сестра выдает матери «Медицинское свидетельство о рождении» (ф. 103/у-98) и «Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы» (ф. 113/у).

В день выписки ребенка старшая сестра отделения новорожденных сообщает по телефону в детскую поликлинику по месту проживания основные сведения о выписанном ребенке.

*Отделения патологии беременности* организуют в крупных родильных домах с мощностью 100 коек и более. В отделение патологии беременности госпитализируют женщин с экстрагенитальными заболеваниями, осложнениями беременности (гестозы, угроза прерывания и др.), неправильным положением плода, отягощенным акушерским анамнезом. В отделении работают акушеры-гинекологи, терапевты родильного дома, акушерки и другой медицинский персонал.

Планировка отделения патологии беременности предусматривает полную изоляцию его от других отделений, возможность транспортировки беременных в физиологическое и наблюдательное отделения (минуя другие отделения), а также выход для беременных из отделения на улицу. В структуре отделения предусмотрены кабинет функциональной диагностики с современным оборудованием (в основном, кардиологическим), смотровая, малая операционная, кабинет физиопсихопрофилактической подготовки к родам, крытые веранды или залы для прогулок беременных.

Из отделения патологии беременности женщину могут перевести в связи с улучшением состояния под наблюдение женской консультации, а также для родоразрешения в физиологическое или наблюдательное отделение. Перевод женщины в одно из этих отделений осуществляют обязательно через приемно-смотровой блок, где им проводят полную санитарную обработку.

*Гинекологические отделения* родильных домов имеют 3 профиля:

- для госпитализации больных, нуждающихся в оперативном лечении;
- для больных, нуждающихся в консервативном лечении;
- для прерывания беременности (абортное).

В структуру отделения входят собственный приемно-смотровой блок, перевязочная, манипуляционная, малая и большая операционные, физиотерапевтический кабинет, палата интенсивной терапии, комната для выписки. Кроме того, для диагностики и лечения гинекологических больных используют другие лечебно-диагностические подразделения родильного дома: лабораторию, кабинет функциональной диагностики, рентгеновский кабинет и др.

В целом работа гинекологического отделения во многом схожа с деятельностью обычного отделения многопрофильной больницы.

В последние годы отделения для искусственного прерывания беременности стараются выводить из акушерских стационаров, организуя их в структуре гинекологических отделений на базе многопрофильных больниц или дневных стационаров.

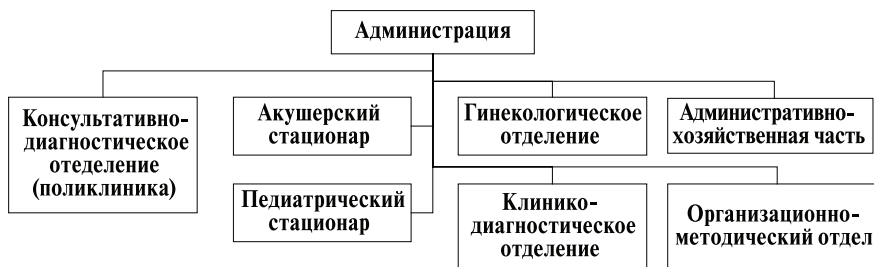
## 14.4. Перинатальный центр

Последние годы в целях повышения эффективности и качества медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и новорожденным детям в РФ создают перинатальные центры.

Основными задачами перинатальных центров являются:

- оказание консультативно-диагностической, лечебной и реабилитационной помощи преимущественно наиболее тяжелому контингенту беременных женщин, рожениц, родильниц, новорожденных детей;
- осуществление профилактики отдаленных последствий перинатальной патологии у детей (ретинопатия недоношенных, тугоухость с детства, детский церебральный паралич и др.);
- обеспечение системы реабилитационных мероприятий и восстановительной терапии, медико-психологической и социально-правовой помощи женщинам и детям раннего возраста;
- осуществление статистического мониторинга и анализа материнской, перинатальной, младенческой смертности;
- организация информационного обеспечения населения и специалистов по вопросам перинатальной помощи, охраны репродуктивного здоровья и безопасного материнства.

Примерная организационная структура перинатального центра представлена на *рис. 14.3*.



**Рис. 14.3.** Примерная организационная структура перинатального центра.

Развитие сети перинатальных центров в субъектах РФ в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» возможно окажет в дальнейшем существенное влияние на преодоление негативных тенденций и стабилизацию демографической ситуации, что определено «Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года».

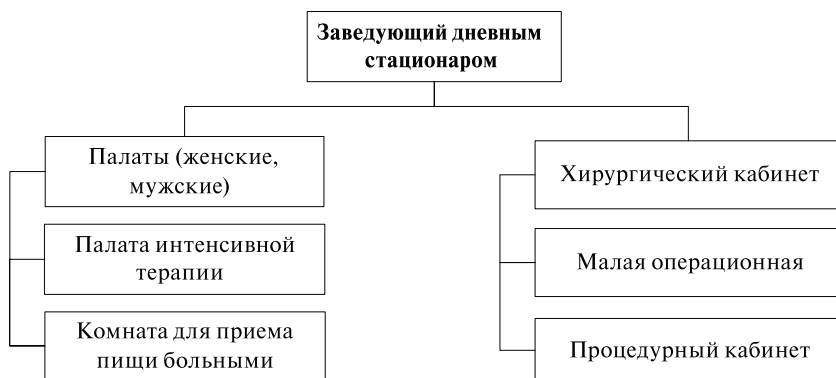
## 14.5. Стационарзамещающие технологии

С учетом высокой ресурсоемкости стационарной помощи важное значение приобретают стационарзамещающие технологии, позволяющие существенно экономить имеющиеся ресурсы без снижения качества медицинской помощи. К таким организационным формам относятся:

- дневные стационары в амбулаторно-поликлинических учреждениях;
- дневные стационары в больничных учреждениях;
- стационары на дому.

*Дневной стационар* предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения.

На практике наибольшее распространение получили дневные стационары терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического, неврологического, дерматологического и других профилей (*рис. 14.4*).



**Рис. 14.4.** Примерная организационная структура дневного стационара хирургического профиля.

Лечебное питание больных в дневном стационаре организуют, исходя из реальной потребности. Если стационар входит в структуру больничного учреждения, пациенты пользуются двухразовым питанием по действующим нормативам стационара.

Следует отметить, что дневные стационары в больничных и АПУ имеют некоторые отличия. В условиях дневных стационаров на базе больниц, как правило, возможно проведение более сложных лабораторно-диагностических обследований, проще организовать

питание. Преимуществом дневных стационаров на базе амбулаторно-поликлинических учреждений является возможность использования широкого комплекса восстановительного лечения.

*Стационары на дому* организуют в случаях, когда это позволяет состояние больного и домашние (социальные, материальные) условия.

Целью организации стационаров на дому является лечение острых форм заболеваний, не требующих интенсивного стационарного наблюдения, долечивание и реабилитация хронических больных, медико-социальная помощь престарелым, наблюдение и лечение в домашних условиях лиц, перенесших несложные оперативные вмешательства и др. Хорошо зарекомендовали себя стационары на дому в педиатрии и гериатрии.

Организация стационара на дому предполагает ежедневное наблюдение больного врачом и средним медицинским работником, проведение лабораторно-диагностических обследований, медикаментозной терапии (внутривенные, внутримышечные инъекции и др.), различных процедур (банки, горчичники и др.). При необходимости в комплекс лечения больных включают физиотерапевтические процедуры, массаж, занятия лечебной физкультурой и др.

Лечение в стационарах на дому не связано с нарушением микросоциальной среды больного и экономически выгодно. Лечение в стационаре на дому по показателям медицинской и социальной эффективности в ряде случаев не уступает лечению в стационаре круглосуточного пребывания, но в то же время в 5 раз дешевле.

## 14.6. Статистика больничных учреждений

Основными формами первичной учетной медицинской документации больничных учреждений являются:

- медицинская карта стационарного больного, ф. 003/у;
- листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, ф. 007/у-02;
- сводная ведомость движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек стационара круглосуточного пребывания, дневного пребывания при больничном учреждении, ф. 016/у-02;
- статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому, ф. 066/у-02.

На основе этих и других учетных первичных медицинских документов разрабатывают и анализируют показатели медицинской деятельности стационара, которые объединяют в следующие группы:

- показатели удовлетворенности населения стационарной помощью;
- показатели использования коечного фонда;
- показатели нагрузки персонала;
- показатели качества стационарной помощи;
- показатели преимущества в работе амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений.

**Показатели удовлетворенности населения стационарной помощью** используют для оценки доступности населению больничной помощи, выработки предложений по оптимизации структуры и мощности сети больничных учреждений, расчета необходимых для них финансовых, материально-технических, кадровых и других ресурсов. К этой группе относят следующие показатели:

- обеспеченность населения больничными койками;
- структуру коечного фонда;
- частоту (уровень) госпитализации;
- обеспеченность населения стационарной помощью.

**Показатель обеспеченности населения больничными койками** является наиболее общим для оценки удовлетворенности населения стационарной помощью. Рассчитывают по формуле, ‰:

<b>Обеспеченность населения больничными койками</b>	=	$\frac{\text{Число больничных коек}}{\text{Среднегодовая численность населения}}$	× 10 000
---	---	---	----------

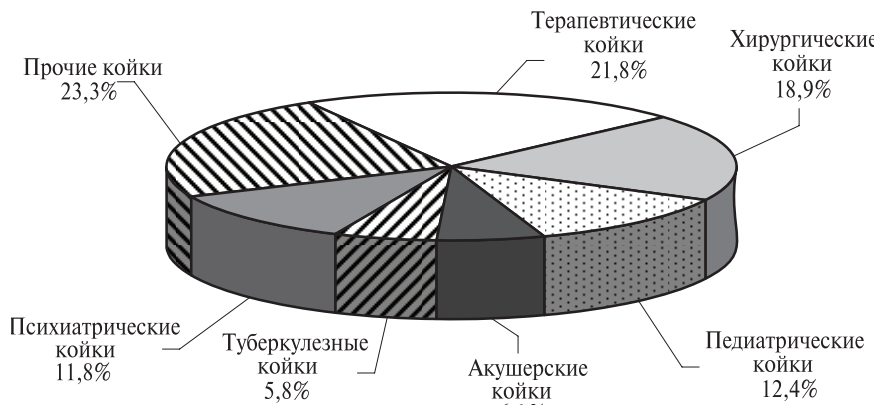
В результате внедрения новых стационарзамещающих технологий (дневные стационары на базе АПУ, дневные стационары на базе больничных учреждений, стационары на дому), этот показатель за период 1995–2007 гг. снизился с 118,2 до 94,9 на 10 тыс. населения, что позволило повысить эффективность использования ресурсов здравоохранения, не снижая качество медицинской помощи.

Наряду с интенсивным показателем обеспеченности больничными койками, для углубленного анализа удовлетворенности населения стационарной помощью рассчитывают экстенсивный **показатель структуры коечного фонда**, который является процентным отношением числа коек определенного профиля к общему числу больничных коек:

<b>Структура коечного фонда</b>	=	$\frac{\text{Число коек терапевтического (хирургического, гинекологического и др.) профиля}}{\text{Общее число больничных коек}}$	× 100
---------------------------------	---	---	-------



Структура коечного фонда системы здравоохранения РФ по основным профилям представлена на *рис. 14.1*.



**Рис. 14.1.** Структура коечного фонда (по основным профилям) в Российской Федерации (2007).

**Показатель частоты (уровня) госпитализации** используют для анализа удовлетворенности населения в госпитализации и расчета нормативов потребности в стационарной помощи. Показатель вычисляют как отношение числа поступивших в стационар к среднегодовой численности населения (%):

$$\text{Частота (уровень) госпитализации*} = \frac{\text{Число поступивших в стационар за отчетный период}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100$$

\*Показатель рассчитывают по отдельным нозологическим формам и возрастно-половым группам больных.

Значение этого показателя в 2007 г. в РФ составило 22,5%. С учетом приоритета развития амбулаторно-поликлинической помощи а также внедрения новых стационарзамещающих технологий уровень госпитализации населения в перспективе должен снижаться.

**Показатель обеспеченности стационарной помощью** используют для анализа выполнения муниципальных заданий территориальных Программ госгарантий. Рассчитывают по формуле, %о:

$$\text{Обеспеченность населения стационарной помощью} = \frac{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационарах в течение года}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

Сравнение фактического значения этого показателя с нормативным позволяет оценить степень удовлетворенности потребности населения в госпитальной помощи.

Очевидно, что приводя показатель обеспеченности населения больничными койками в соответствии с реальной потребностью в них, оптимизируя структуру коечного фонда, выполняя муниципальные задания территориальных Программ госгарантий по обеспечению населения стационарной помощью, можно реально влиять на повышение экономической эффективности больничных учреждений.

**Показатели использования коечного фонда** характеризуют эффективность работы больничных коек. К ним относятся:

- среднее число дней занятости койки в году (функция больничной койки);
- средняя длительность пребывания больного на койке.

**Показатель среднего числа дней занятости койки в году (функция больничной койки)** характеризует эффективность использования финансовых, материально-технических, кадровых и других ресурсов больничных учреждений. Рассчитывают по формуле:

<b>Среднее число дней занятости койки в году (функция больничной койки)</b>	=	$\frac{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационаре, в течение года}}{\text{Среднегодовое число коек (фактически развернутых + свернутых на ремонт)}}$
---	---	---

Рекомендуемые значения показателя по отдельным профилям коек представлены в *табл. 14.1*.

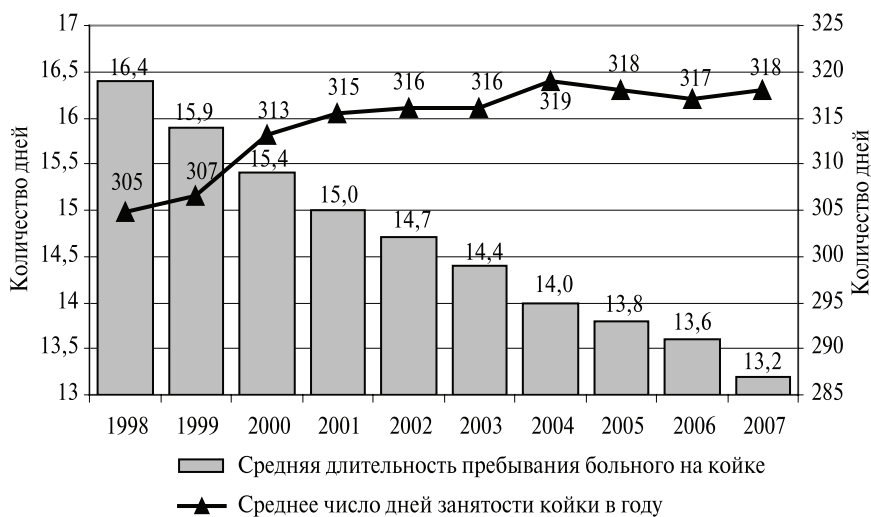
*Таблица 14.1. Рекомендуемые значения показателей среднего числа дней занятости койки в году и средней длительности пребывания больного на койке.*

Отделение (профиль коек)	Среднее число дней занятости койки в году	Средняя длительность пребывания больного на койке
Терапевтическое	330–340	13,7
Хирургическое	330–340	9,9
Акушерское	300–310	8,6
Неврологическое	330–340	15,3
Педиатрическое	330–340	10,9
Инфекционное	320–330	9,4
Офтальмологическое	330–340	9,9
Отоларингологическое	330–340	8,8
Дерматологическое	330–340	16,2
Венерологическое	330–340	15,3
Туберкулезное	330–340	80,0

**Показатель средней длительности пребывания больного на койке** является отношением числа койко-дней, проведенных больными в стационаре, к числу пролеченных больных. Для корректности исчисления этого показателя число пролеченных больных рассчитывают как полусумму поступивших, выписанных и умерших пациентов:

$$\text{Средняя длительность пребывания больного на койке} = \frac{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационаре}}{1/2 (\text{поступивших} + \text{выписанных} + \text{умерших}) \text{ больных}}$$

Рекомендуемые значения показателя представлены в табл. 14.1. Динамика показателей использования коечного фонда в РФ за последние 10 лет представлена на *рис. 14.2*.



**Рис. 14.2.** Динамика показателей использования коечного фонда в больничных учреждениях Российской Федерации (1998–2007).

**Показатели нагрузки персонала.** Оптимизация структуры и мощности больничных учреждений, внедрение современных технологий диагностики и лечения больных в стационарах, разработка системы дифференцированной системы оплаты труда сопровождается разработкой и анализом показателей нагрузки персонала, работающего в больницах. К таким показателям относятся:

- среднее число коек на одну должность врача (среднего медицинского персонала);
- среднее число койко-дней на одну должность врача (среднего медицинского персонала).

**Показатель среднего числа коек на одну должность врача (среднего медицинского персонала)** рассчитывают по формуле:

<b>Среднее число коек на одну должность врача (среднего медицинского персонала)</b>	=	$\frac{\text{Среднегодовое число коек}}{\text{Общее число занятых врачебных должностей (среднего медицинского персонала) в стационаре}}$
---	---	--

Например, для отделений кардиологического, травматологического профиля рекомендуемое значение этого показателя составляет 10–12 коек на одну врачебную должность или 15 коек на один пост медицинских сестер; для отделений кожно-венерологического и туберкулезно-легочного профиля соответственно — 30 и 25 коек. Рекомендуемые значения показателя среднего числа коек на одну должность врача (среднего медицинского персонала) для основных профилей стационарных отделений представлены в *табл. 14.2*.

**Показатель среднего числа койко-дней на 1 должность врача (среднего медицинского персонала)** рассчитывают по формуле:

<b>Среднее число койко-дней на одну должность врача (среднего медицинского персонала)</b>	=	$\frac{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационаре за год}}{\text{Число занятых врачебных должностей (среднего медицинского персонала) в стационаре}}$
---	---	--

Рекомендуемые значения показателя на примере нейрохирургического и акушерско-гинекологического отделений составляют соответственно 1477 и 2052 койко-дней на одну занятую врачебную должность. Эти показатели необходимо рассматривать комплексно, во взаимосвязи с показателями использования коечного фонда.

**Показатели качества стационарной помощи** — группа показателей, анализ которых дает возможность оценить соответствие оказанной стационарной медицинской помощи действующим медико-экономическим стандартам (протоколы ведения больных). Эти показатели используют для проведения как ведомственной, так и вневедомственной экспертизы качества стационарной медицинской помощи. Ведомственную экспертизу проводят врачи-эксперты органов управления здравоохранением субъекта РФ, государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. Вневедомственную экспертизу осуществляют врачи-эксперты страховых медицинских организаций, территориальных фондов ОМС, управлений Росздравнадзора.

К группе показателей, характеризующих качество стационарной помощи, относятся:

- частота расхождения клинических и патолого-анатомических диагнозов;
- летальность в стационаре.

**Таблица 14.2. Рекомендуемые значения показателя нагрузки на 1 должность врача (среднего медицинского работника) в многопрофильной больнице.**

Профиль стационарного отделения	Число коек на 1 врачебную должность	Число коек на 1 пост медицинских сестер
Кардиология	10–12	15
Ревматология	10–12	15
Гастроэнтерология	10–12	15
Пульмонология	10–12	15
Эндокринология	10–12	15
Нефрология	10–12	15
Гематология	10	10
Аллергология	10–12	15
Сосудистая хирургия	10–12	15
Травматология	10–12	15
Ортопедия	10–12	15
Ожоговая травма	10–12	15
Урология	10–12	15
Нейрохирургия	10–12	15
Челюстно-лицевая хирургия	10–12	15
Торакальная хирургия	10–12	15
Онкология	10–12	15
Проктология	10–12	15
Общая хирургия	10–12	15
Патология беременности	10–12	15
Гинекология	10–12	15
Отоларингология	10–12	15
Офтальмология	10–12	15
Неврология	10–12	20
Педиатрия	10–12	15
Инфекционное	20	10
Акушерское	15	10
Кожно-венерологическое	30	25
Туберкулезно-легочное	30	20

**Показатель частоты расхождения клинических и патолого-анатомических диагнозов** имеет важнейшее значение для оценки качества лечебно-диагностической помощи. Рассчитывают по формуле:

<b>Частота расхождения клинических и патолого-анатомических диагнозов</b>	=	Число клинических диагнозов, не подтвержденных при патолого-анатомических вскрытиях	× 100
		Общее число патолого-анатомических вскрытий	

В среднем по РФ значение этого показателя колеблется в пределах 0,5–1,5%.

**Показатели летальности в стационаре** позволяют комплексно оценить уровень организации лечебно-диагностической помощи в стационаре, использование современных медицинских технологий.

К ним относятся:

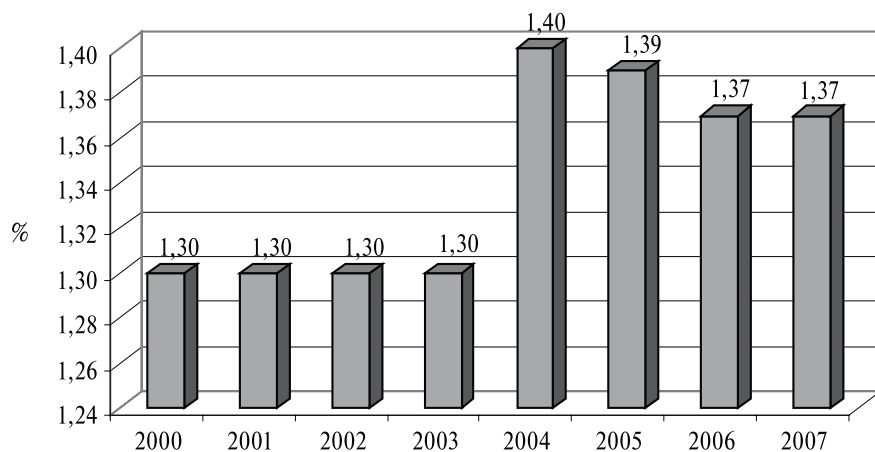
- больничная летальность;
- досуточная летальность;
- послеоперационная летальность.

**Показатель больничной летальности** рассчитывают по формуле:

$$\text{Больничная летальность}^* = \frac{\text{Число умерших в стационаре}}{\text{Число выбывших (выписанных + умерших) из стационара больных}} \times 100$$

\*Показатель рассчитывают по отдельным нозологическим формам и возрастно-половым группам больных за отчетный период.

Динамика показателя в 2000–2007 гг. представлена на *рис. 14.3*.



**Рис. 14.3.** Динамика показателя больничной летальности в Российской Федерации (2000–2007).

Для углубленного анализа качества стационарной медицинской помощи на отдельных этапах ее оказания рассчитывают специальные показатели летальности:

$$\text{Досуточная летальность} = \frac{\text{Число умерших в первые 24 ч пребывания в стационаре}}{\text{Общее число поступивших больных в стационар}} \times 100$$

$$\text{Послеоперационная летальность} = \frac{\text{Число умерших после оперативных вмешательств}}{\text{Общее число прооперированных больных}} \times 100$$

В 2007 г. значения этих показателей в учреждениях здравоохранения Новгородской области составили соответственно 0,2% и 1,13%.

**Показатели преемственности в работе амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений** служат индикатором взаимодействия амбулаторно-поликлинических учреждений, скорой медицинской помощи, приемного покоя и стационарных отделений больниц, а также дают возможность косвенно оценить уровень организации диспансерного наблюдения за больными на догоспитальном этапе. К этим показателям относятся:

- частота отказов в госпитализации;
- своевременность госпитализации.

**Показатель частоты отказов в госпитализации** рассчитывают по формуле:

$$\text{Частота отказов в госпитализации} = \frac{\text{Число больных, которым отказано в госпитализации}}{\text{Число выбывших (выписанных + умерших) из стационара больных + число больных, которым отказано в госпитализации}} \times 100$$

Расчет и анализ этого показателя целесообразно проводить по отдельным заболеваниям, времени суток, дням недели, месяцам года. В оптимальном режиме взаимодействия амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений он должен приближаться к 0%.

**Показатель своевременности госпитализации** имеет наибольшую значимость для анализа госпитализации больных, страдающих urgentными заболеваниями (острое нарушение мозгового кровообращения, желудочно-кишечное кровотечение, травмы головного мозга и др.). Рассчитывают по формуле:

$$\text{Своевременность госпитализации} = \frac{\text{Число больных, поступивших в сроки, установленные протоколами (стандартами) ведения больных}}{\text{Общее число выбывших (выписанных + умерших) из стационара больных}} \times 100$$

Оптимальное значение показателя устанавливают, исходя из сроков госпитализации, определенных протоколами (стандартами) ведения больных.

### 14.6.1. Особенности статистического анализа деятельности родильных домов

Помимо общих для всех больничных учреждений, формами первичной учетной медицинской документации, которые ведут в родильных домах, являются:

- журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц, ф. 002/у.
- медицинская карта прерывания беременности, ф. 003-1/у.
- история родов, ф. 096/у.
- история развития новорожденного, ф. 097/у.
- медицинское свидетельство о рождении, ф. 103/у-98.
- медицинское свидетельство о перинатальной смерти, ф. 106-2/у-98 и др.

Для анализа деятельности родильных домов используют показатели, приведенные ранее и характеризующие работу всех больничных учреждений (показатели использования коечного фонда, качества стационарной помощи и др.). В то же время с учетом особенностей работы родильных домов применяют ряд специальных статистических показателей:

- удельный вес физиологических родов;
- частоту применения кесарева сечения в родах;
- частоту оперативных пособий при родах;
- частоту осложнений в родах;
- частоту осложнений в послеродовом периоде;
- перинатальную смертность<sup>1</sup>.

**Показатель удельного веса физиологических родов** характеризует социально-экономические условия, образ жизни, состояние здоровья женщин, уровень диспансерного наблюдения беременных. Рассчитывают по формуле:

$$\text{Удельный вес физиологических родов} = \frac{\text{Число физиологических родов}}{\text{Общее число родов}} \times 100$$

Значение показателя в последние годы в РФ составляет 30%; доля патологических родов – 70%.

**Показатель частоты применения кесарева сечения в родах** рассчитывают по формуле, %о:

$$\text{Частота применения кесарева сечения в родах} = \frac{\text{Число родов, завершенных операцией кесарева сечения}}{\text{Общее число родов в стационаре}} \times 1000$$

<sup>1</sup> Расчет и анализ показателя представлен в главе 2.



Рост показателя до определенного предела (170–180‰) имеет положительное прогностическое значение для снижения перинатальной смертности, но превышение этого уровня увеличивает риск материнской смертности. В 2007 г. его значение в РФ составило 192,7‰. Для снижения этого показателя до оптимальных значений необходимо шире использовать современные перинатальные технологии подготовки и ведения родов.

**Показатели частоты оперативных пособий при родах** характеризуют качественную сторону деятельности акушерско-гинекологической службы. Рассчитывают по формуле, ‰:

$$\text{Частота оперативных пособий при родах*} = \frac{\text{Число оперативных пособий при родах (наложение шипцов, применение вакуум-экстрактора, ручного отделения последа и др.)}}{\text{Общее число родов в стационаре}} \times 1000$$

\*Примечание: показатель рассчитывается по отдельным видам оперативных пособий при родах.

В 2007 г. в РФ значения показателей частоты наложения шипцов при родах, применения вакуум-экстрактора составили соответственно 1,48 и 1,27 на 1000 родов, однако с расширением практики обезболивания родов значения этих показателей объективно могут увеличиться.

**Показатель частоты осложнений в родах** характеризует особенности течения беременности, размеры плода, уровень квалификации акушеров-гинекологов (акушерок) и др. Рассчитывают по формуле, ‰:

$$\text{Частота осложнений в родах*} = \frac{\text{Число родильниц, имевших осложнения в родах (разрывы промежности, кровотечение, нарушения родовой деятельности, сепсис и др.)}}{\text{Число женщин, родивших в стационаре + число женщин, родивших вне стационара}} \times 1000$$

\*Примечание: показатель рассчитывают по отдельным видам осложнений.

Значения показателей в РФ в 2007 г. составили, например, при разрывах промежности 0,23‰, при сепсисе – 0,73‰, при нарушениях родовой деятельности – 113,9‰.

**Показатель частоты осложнений в послеродовом периоде** характеризует состояние здоровья женщин, особенности течения родов, санитарно-эпидемиологическое состояние родильных домов и др. Рассчитывают по формуле, ‰:

<b>Частота осложнений в послеродовом периоде*</b>	Число родильниц, имевших осложнения в послеродовом периоде (кровотечение, эндометриты, расхождения швов промежности и др.)	=	—	Общее число родов в стационаре	×1000
---	--	---	---	--------------------------------	-------

\*Примечание: показатель рассчитывается по отдельным видам осложнений.

Значение показателя в РФ в 2007 г. составило, например, при кровотечении 15,3 на 1000 родов.

### Контрольные вопросы

1. Каковы задачи городской больницы для взрослых?
2. Приведите примерную организационную структуру городской больницы для взрослых.
3. Какие задачи стоят перед заведующим отделением стационара, ординатором отделения?
4. Какие 2 системы организации ухода за больными выделяют в стационаре?
5. Что такое лечебно-охранительный режим? Перечислите основные его элементы.
6. В чем отличие городской больницы для детей от больницы для взрослых?
7. Какие основные задачи стоят перед родильным домом? Приведите примерную его организационную структуру.
8. Как организован прием и выписка женщин в родильном доме?
9. Как осуществляется наблюдение и выписка новорожденных из родильного дома?
10. В чем преимущества совместного пребывания матери и ребенка и каковы противопоказания?
11. Каковы основные задачи и примерная структура перинатального центра?
12. Что относится к стационарзамещающим технологиям?
13. Приведите примерную организационную структуру дневного стационара хирургического профиля.
14. В чем заключается медицинская и социальная эффективность дневных стационаров?
15. Какие основные формы первичной учетной медицинской документации используются в больничных учреждениях?
16. По каким статистическим показателям проводят анализ больничных учреждений? Приведите формулы их расчета и рекомендуемые значения.
17. В чем особенность статистического анализа родильных домов? По каким статистическим показателям проводят анализ деятельности родильных домов? Приведите формулы их расчета и рекомендуемые значения.

## Глава 15

# Организация специализированной помощи

### 15.1. Общие принципы организации специализированной помощи

Специализированная медицинская помощь занимает особое место в системе здравоохранения РФ. Это связано прежде всего с тем, что ее оказывают гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения, использования сложных медицинских технологий и, таким образом, привлечения большого объема материальных и финансовых ресурсов, высококвалифицированных специалистов.

Специализированная медицинская помощь организуется как в амбулаторно-поликлинических так и в больничных учреждениях.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях помимо врача общей практики (семейный врач), участковых врачей-терапевтов (педиатры) могут работать врачи-специалисты (аллерголог-иммунолог, отоларинголог, травматолог-ортопед, эндокринолог, хирург, окулист, невропатолог, уролог и др.). В целях повышения эффективности работы врачей-специалистов для населения нескольких административных округов (районов) или города в целом на базе той или иной поликлиники организуются приемы специалистов соответствующего профиля. Иногда на базе таких поликлиник образуются специализированные кабинеты, центры или пункты. Например, городской кабинет по лечению косоглазия, круглосуточный травматологический пункт и др.

В настоящее время в крупных городах для оказания специализированных видов амбулаторно-поликлинической помощи создают *консультативно-диагностические центры* (КДЦ), которые оснащают современным диагностическим оборудованием для проведения иммунологических, генетических, цитологических, радиоизотопных, лучевых и других уникальных методов исследования.

Важную роль в оказании специализированной стационарной помощи играют *консультативно-диагностические отделения* (КДО) в структуре мощных многопрофильных больниц. Открытие таких

отделений позволяет расширить объем специализированной медицинской помощи, сделать уникальные возможности отдельных стационаров более доступными населению, эффективнее использовать дорогостоящее медицинское оборудование больницы и ее высококвалифицированный кадровый персонал.

Больничную специализированную помощь оказывают также соответствующие отделения многопрофильных больниц, специализированные больницы (гинекологическая, гериатрическая, инфекционная, восстановительного лечения и др.), клиники научно-исследовательских институтов и высших учебных заведений. Важное место в оказании специализированных видов медицинской помощи населению принадлежит скорой медицинской помощи, центрам восстановительной медицины и реабилитации, санаторно-курортным учреждениям.

В системе организации специализированной медицинской помощи населению важную роль играет сеть *диспансеров*, которые предназначены для разработки и реализации комплекса профилактических мероприятий, а также активного выявления больных с определенными заболеваниями на ранних стадиях, их лечения и реабилитации. В соответствии с номенклатурой учреждений здравоохранения выделяют следующие типы диспансеров: врачебно-физкультурный, кардиологический, кожно-венерологический, наркологический, онкологический, противотуберкулезный, психоневрологический и др. Диспансер оказывает помощь, как взрослому, так и детскому населению и, как правило, включает в себя поликлиническое (диспансерное) отделение и стационар.

Роль диспансеров является ведущей в оказании специализированной лечебно-профилактической помощи при социально значимых заболеваниях.

## 15.2. Онкологический диспансер

В систему оказания онкологической помощи населению входят онкологические диспансеры, хосписы или отделения паллиативной помощи онкологическим больным, смотровые и онкологические кабинеты АПУ.

Основными задачами этих учреждений являются оказание специализированной медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями (ЗНО), проведение диспансерного наблюдения за такими больными, целевых (скрининговых) медицинских осмотров, а также санитарно-просветительной работы по вопросам профилактики и раннего выявления онкологических заболеваний.

В системе оказания специализированной онкологической помощи ведущая роль принадлежит онкологическим диспансерам, которые, как правило, организуют на уровне субъекта РФ (республики, края, округа, области). Работу диспансера возглавляет главный врач, который назначается и освобождается от должности руководителем соответствующего органа управления здравоохранением. Основной целью диспансера является разработка стратегии и тактики совершенствования онкологической помощи населению, обеспечение квалифицированной онкологической помощи населению прикрепленной территории. В соответствии с этой целью диспансер решает следующие задачи:

- оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи онкологическим больным;
- анализ состояния онкологической помощи прикрепленному населению, эффективности и качества проводимых профилактических мероприятий, диагностики, лечения и диспансерного наблюдения за онкологическими больными;
- ведение территориального ракового регистра;
- разработку территориальных целевых программ по борьбе с онкологическими заболеваниями;
- подготовку и повышение квалификации врачей-онкологов, врачей основных специальностей и средних медицинских работников по вопросам оказания онкологической помощи населению;
- внедрение новых медицинских технологий оказания медицинской помощи онкологическим больным и больным с предопухолевыми заболеваниями;
- координацию деятельности учреждений здравоохранения общелечебной сети по вопросам профилактики, раннего выявления ЗНО, диспансерного наблюдения и паллиативного лечения онкологических больных;
- организацию и проведение санитарно-просветительной работы среди населения по формированию здорового образа жизни, предупреждению онкологических заболеваний.

Помимо традиционных для большинства диспансеров поликлинического и стационарного отделений, в состав онкологического диспансера входят: отделение паллиативной помощи, лучевой терапии, химиотерапии, пансионат и др.

Основными формами первичной учетной медицинской документации онкологических диспансеров являются:

- выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием, ф. 027-1/у;
- протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования, ф. 027-2/у;

- контрольная карта диспансерного наблюдения больного злокачественным новообразованием, ф. 030-6/у;
- регистрационная карта больного злокачественным новообразованием, ф. 030/ГРР;
- извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования, ф. 090/у и др.

На основе этих и других форм медицинской документации рассчитывают статистические показатели, которые позволяют всесторонне анализировать деятельность онкологических диспансеров:

- контингент больных ЗНО;
- первичную заболеваемость ЗНО;
- смертность от ЗНО;
- годовую летальность;
- долю больных с I–II стадиями ЗНО, выявленных при целевых медицинских осмотрах;
- запущенность ЗНО.

**Показатель контингента больных ЗНО** дает общее представление о распространенности ЗНО, организации статистического учета и диспансерного наблюдения онкологических больных. Рассчитывают по формуле (на 100 000 населения):

<b>Контингент больных ЗНО*</b>	=	$\frac{\text{Число больных злокачественными новообразованиями, находящихся под диспансерным наблюдением, на конец отчетного периода}}{\text{Среднегодовая численность населения}}$	× 100 000
--	---	--	-----------

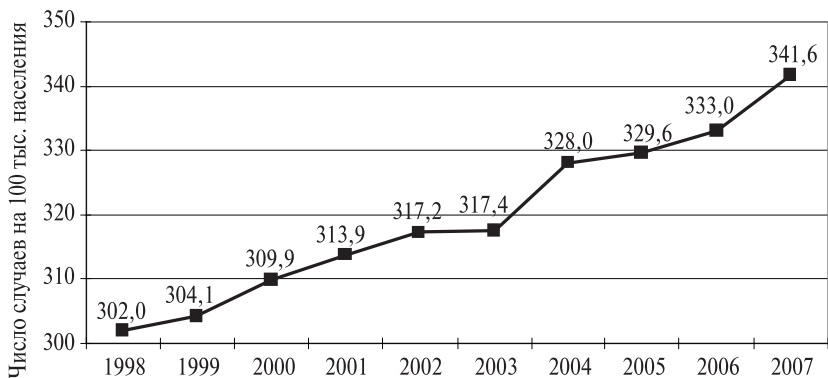
*\*Примечание:* показатель можно рассчитывать по отдельным возрастно-половым группам, локализациям. Также рассчитывают структуру этого показателя (%) по возрастно-половым группам, локализациям.

Последние 10 лет сохраняется тенденция роста показателя контингента больных ЗНО, значение которого в 2007 г. в РФ составило 1779,2 на 100 000 населения.

**Показатель первичной заболеваемости ЗНО** дополняет показатель контингента больных ЗНО и может служить одной из оценок эффективности реализации федеральных и региональных программ профилактики факторов риска возникновения ЗНО (*рис. 15.1*). Рассчитывают по формуле (на 100 000 населения):

<b>Первичная заболеваемость ЗНО*</b>	=	$\frac{\text{Число случаев злокачественных новообразований, выявленных впервые в жизни в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}}$	× 100 000
--	---	---	-----------

*\*Примечание:* показатель можно рассчитывать по отдельным возрастно-половым группам, локализациям. Также рассчитывают структуру этого показателя (%) по возрастно-половым группам, локализациям.



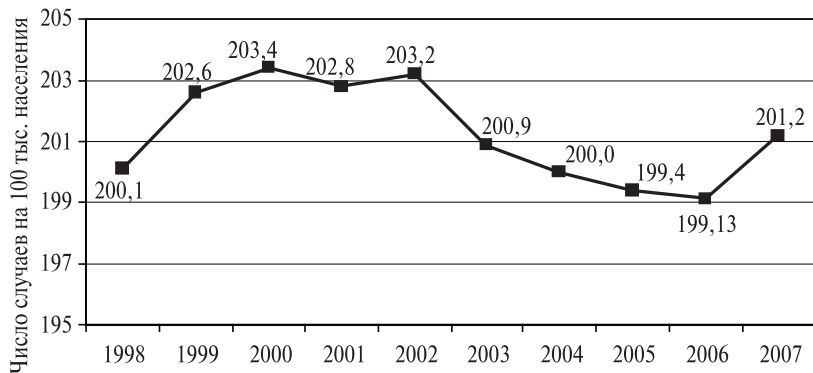
**Рис. 15.1.** Динамика показателя первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в Российской Федерации (1998–2007).

Последнее десятилетие этот показатель имеет стойкую тенденцию к росту и в 2007 г. составил 341,6 на 100 000 населения, что свидетельствует, в частности, о возросшем уровне диагностики в учреждениях здравоохранения.

**Показатель смертности от ЗНО** служит интегральной характеристикой уровня оказания специализированной медицинской помощи онкологическим больным. Показатель рассчитывают на 100 000 населения по формуле:

$$\text{Смертность от ЗНО} = \frac{\text{Число умерших от ЗНО за отчетный период}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\,000$$

Динамика показателя в РФ за последние 10 лет представлена на *рис. 15.2.*



**Рис. 15.2.** Динамика показателя смертности от злокачественных новообразований населения Российской Федерации (1998–2007).

**Показатель одногодичной летальности** является одной из характеристик позднего выявления ЗНО, эффективности комплексной терапии и диспансеризации онкологических больных. Рассчитывают по формуле:

$$\text{Одногодичная летальность} = \frac{\text{Число умерших на 1-м году с момента установления диагноза злокачественного новообразования}}{\text{Общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования в предыдущем году}} \times 100$$

Последние 10 лет в РФ наблюдается незначительное снижение этого показателя, значение которого в 2007 г. составило 30,2%.

**Показатель доли больных с I–II стадиями ЗНО, выявленных при целевых медицинских осмотрах**, характеризует эффективность проводимых целевых (скрининговых) медицинских осмотров населения. Рассчитывают по формуле:

$$\text{Доля больных с I–II стадиями ЗНО, выявленных при целевых медицинских осмотрах} = \frac{\text{Число больных с I–II стадиями злокачественных новообразований, выявленных при целевых медицинских осмотрах}}{\text{Общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования I–II стадии}} \times 100$$

По результатам целевых (скрининговых) медицинских осмотров, проведенных в 2006 г. на отдельных территориях РФ, значение показателя в среднем составило 55%.

**Показатель запущенности ЗНО** является одним из основных критериев качества работы всех лечебно-профилактических учреждений и диагностических служб – рентгенологической, эндоскопической, ультразвуковой, цитологической и др. Рассчитывают по формуле:

$$\text{Запущенность ЗНО} = \frac{\text{Число больных с IV стадией злокачественных новообразований всех локализаций и с III стадией визуальных локализаций}}{\text{Общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования}} \times 100$$

За последние 10 лет в РФ этот показатель имел тенденцию к уменьшению и составил в 2007 г. 30%.



### 15.3. Психоневрологический диспансер

Правовой основой организации психиатрической помощи населению является Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Ведущим учреждением в системе оказания населению специализированной психиатрической помощи является психоневрологический диспансер, который решает следующие задачи:

- оказание амбулаторной психиатрической и психотерапевтической помощи больным, страдающим психическими расстройствами, а также диспансерное наблюдение за ними;
- стационарная помощь больным, страдающим непсихотическими видами психических заболеваний;
- проведение профилактических осмотров, освидетельствований, судебно-психиатрической, военно-врачебной и медико-социальной экспертиз;
- социально-трудовая реабилитация больных психическими заболеваниями;
- неотложная психиатрическая помощь, в том числе при чрезвычайных ситуациях;
- участие в решении вопросов опеки над недееспособными больными;
- оказание консультативной специализированной психоневрологической помощи больным, находящимся в соматических больницах и АПУ;
- психогигиеническая, санитарно-просветительная работа среди населения.

В структуру диспансера, как правило, входят лечебно-диагностическое отделение с кабинетами участковых психиатров, дневной стационар для краткосрочного пребывания больных, страдающих непсихотическими видами психических заболеваний, отделение детской и подростковой психоневрологии, отделение психопрофилактики и психогигиены, отделение «Телефон доверия», кабинет социально-психологической помощи и др. Кроме того, в составе психоневрологического диспансера могут быть государственные лечебно-производственные предприятия для проведения трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов.

Диспансер может организовывать психоневрологические отделения (кабинеты) при поликлиниках общего профиля для оказания населению специализированной психоневрологической помощи.

Основными формами первичной учетной медицинской документации психоневрологических диспансеров являются:

- карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью, ф. 030-1/у-02;
- статистическая карта выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара, ф. 066-1/у-02;
- заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов), ф. 100/у-03;
- акт психиатрического освидетельствования лица, находящегося на принудительном лечении, ф. 104/у и др.

К основным показателям, характеризующим медицинскую деятельность психоневрологических диспансеров, относятся:

- контингент больных психическими расстройствами;
- первичная заболеваемость психическими расстройствами;
- повторность госпитализации больных психическими расстройствами.

**Показатель контингента больных психическими расстройствами** характеризует распространенность психических расстройств, уровень организации статистического учета и диспансерного наблюдения психически больных. Рассчитывают на 100 000 населения по формуле:

<b>Контингент больных психическими расстройствами</b>	Число больных психическими расстройствами, состоящих под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода	× 100 000
	= $\frac{\text{Число больных психическими расстройствами, состоящих под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода}}{\text{Среднегодовая численность населения}}$	

Последнее десятилетие отмечается тенденция к росту этого показателя за счет увеличения диспансерной группы психически больных (*рис. 15.3*).



**Рис. 15.3.** Динамика показателей контингента больных и первичной заболеваемости психическими расстройствами населения РФ (1998–2007).

**Показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами** служит косвенной характеристикой социального расслоения общества и нарушения адаптационных механизмов психики индивидуума. Рассчитывают на 100 000 населения по формуле:

<b>Первичная заболеваемость психическими расстройствами</b>	=	$\frac{\text{Число случаев психических расстройств, выявленных впервые в жизни в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\,000$
---	---	---

Последние годы показатель стабилизировался и в 2007 г. составил 361,0 на 100 000 населения (см. рис. 15.3).

**Показатель повторности госпитализации больных психическими расстройствами** характеризует эффективность диспансерного наблюдения и качество стационарного лечения психически больных. Рассчитывают по формуле:

<b>Повторность госпитализации больных психическими расстройствами</b>	=	$\frac{\text{Число выбывших (выписанных + умерших) больных психическими расстройствами из стационара (из числа повторно госпитализированных) в течение года}}{\text{Общее число выбывших (выписанных + умерших) больных психическими расстройствами из стационара в течение года}} \times 100$
---	---	--

Показатель по отдельным субъектам РФ колеблется в пределах 20–23%.

## 15.4. Наркологический диспансер

Наркологический диспансер является основным звеном в организации наркологической помощи населению, осуществляет работу по профилактике и раннему выявлению расстройств психики и поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ (алкоголизм, алкогольные психозы, наркомания, токсикомания и др.), оказывает специализированную помощь и диспансеризацию этих больных.

Основными задачами наркологического диспансера являются:

- широкая антиалкогольная и антинаркотическая пропаганда среди населения и, прежде всего, учащихся образовательных учреждений;
- раннее выявление, диспансерный учет, оказание специализированной амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи больным алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией;

- изучение заболеваемости населения алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, анализ эффективности оказываемой профилактической и лечебно-диагностической помощи;
- разработка территориальных целевых программ по борьбе с наркологическими заболеваниями;
- участие совместно с органами социальной защиты в оказании больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, находящимся под диспансерным наблюдением, социально-бытовой помощи;
- проведение медицинского освидетельствования, экспертизы алкогольного опьянения, других видов экспертиз;
- методическое руководство в организации предрейсовых осмотров водителей автотранспорта;
- организационно-методическая и консультативная помощь наркологическим кабинетам, входящим в состав других учреждений здравоохранения;
- оказание консультативной специализированной наркологической помощи больным, находящимся в соматических больницах и АПУ;
- подготовка и повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала по вопросам оказания наркологической помощи населению.

Работа диспансера строится по участковому принципу. Оптимальная организационно-функциональная структура наркологического диспансера предусматривает следующие подразделения: кабинеты участковых психиатров-наркологов, подростковый кабинет, экспертизы алкогольного опьянения, анонимного лечения, антиалкогольной пропаганды, специализированные кабинеты (невропатолога, психолога, терапевта), стационарные отделения, дневной стационар, организационно-методический отдел. В состав диспансера также входят лаборатория, кабинет функциональной диагностики, гипнотарий, кабинет для проведения рефлексотерапии, электросна и др. Диспансер может иметь специализированный транспорт, оснащенный оборудованием для проведения совместно с сотрудниками ГИБДД экспертизы алкогольного опьянения. Для приближения наркологической помощи работникам промышленных предприятий, транспорта, сельского хозяйства и других отраслей, диспансер по инициативе руководителей этих предприятий может организовывать на их территории наркологические отделения или кабинеты.

Основными формами первичной учетной медицинской документации наркологических диспансеров являются:

- карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью, ф. 030-1/у-02;

- статистическая карта выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара, ф.066-1/у-02;
- медицинская карта амбулаторного наркологического больного, ф. 025-5/у-88;
- извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании, ф. 091/у;
- акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством, ф. 307/у-05 и др.

Медицинскую деятельность наркологических диспансеров характеризуют следующие показатели:

- контингент наркологических больных;
- первичная наркологическая заболеваемость;
- удельный вес больных алкоголизмом с ремиссией более 1 года;
- удельный вес больных наркоманией с ремиссией более 1 года;
- охват активным наблюдением больных алкогольными психозами;
- повторность госпитализации наркологических больных.

**Показатель контингента наркологических больных** характеризует распространенность заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ, а также уровень организации статистического учета и диспансерного наблюдения лиц, страдающих этими болезнями. Рассчитывают на 100 000 населения по формуле:

<b>Контингент наркологических больных*</b>	Число наркологических больных, находящихся под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода	= $\frac{\quad}{\quad} \times 100\,000$
	Среднегодовая численность населения	

\* *Примечание:* показатель рассчитывают как по всем, так и по отдельным заболеваниям: наркомании, токсикомании, хроническому алкоголизму, алкогольным психозам.

В 2007 г. значение показателя в РФ составило 2358,8 на 100 000 населения с тенденцией к уменьшению. Последнее объясняется возрастающей смертностью наркологических больных среди контингентов, находящихся под диспансерным наблюдением.

**Показатель первичной наркологической заболеваемости** свидетельствует о распространенности среди населения алкоголизма, алкогольных психозов, наркомании, токсикомании, а также доступности спиртных напитков и наркотических веществ. Рассчитывают на 100 000 населения по формуле:

$$\text{Первичная наркологическая заболеваемость}^* = \frac{\text{Число наркологических заболеваний, выявленных впервые в жизни в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\,000$$

\* *Примечание:* показатель рассчитывают как по всем, так и по отдельным заболеваниям: наркомании, токсикомании, хроническому алкоголизму, алкогольным психозам.

На *рис. 15.4* представлена динамика показателей первичной заболеваемости наркоманиями, алкогольными психозами, токсикоманиями населения РФ.



**Рис. 15.4.** Динамика показателей первичной заболеваемости наркоманиями, алкогольными психозами, токсикоманиями населения Российской Федерации (1998–2007).

Показатель удельного веса больных алкоголизмом с ремиссией более 1-го года характеризует эффективность лечения и диспансерного наблюдения больных алкоголизмом. Рассчитывают по формуле:

$$\text{Удельный вес больных алкоголизмом с ремиссией более 1 года} = \frac{\text{Число больных алкоголизмом с продолжительностью ремиссии более 1 года}}{\text{Среднегодовое число находящихся под диспансерным наблюдением больных алкоголизмом}} \times 100$$

В среднем значение показателя в 2007 г. в РФ составило 14,0%.

**Показатель удельного веса больных наркоманией с ремиссией более 1-го года** показывает эффективность лечения и диспансерного наблюдения больных наркоманией. Рассчитывают по формуле:

<b>Удельный вес больных наркоманией с ремиссией более 1 года</b>	=	$\frac{\text{Число больных наркоманией с продолжительностью ремиссии более 1 года}}{\text{Среднегодовое число находящихся под диспансерным наблюдением больных наркоманией}}$	× 100
--	---	---	-------

В среднем значение показателя в 2007 г. в РФ составило 8,5%.

**Показатель охвата активным наблюдением больных алкогольными психозами** характеризует состояние диспансеризации этих пациентов. Рассчитывают по формуле:

<b>Охват активным наблюдением больных алкогольными психозами</b>	=	$\frac{\text{Число больных алкогольными психозами, осмотренных психиатром (наркологом) не реже 1 раза в месяц}}{\text{Общее число больных алкогольным психозом, находящихся под диспансерным наблюдением}}$	× 100
--	---	---	-------

Значение показателя должно приближаться к 100%.

**Показатель повторности госпитализации наркологических больных** характеризует эффективность диспансерного наблюдения и качество госпитальной помощи этим больным. Рассчитывают по формуле:

<b>Повторность госпитализации наркологических больных</b>	=	$\frac{\text{Число выбывших (выписанных + умерших) наркологических больных из стационара (из числа повторно госпитализированных) в течение года}}{\text{Общее число выбывших (выписанных + умерших) наркологических больных из стационара в течение года}}$	× 100
---	---	---	-------

Значение показателя в отдельных административных территориях РФ в 2006 г. колеблется в пределах 20–25%.

## 15.5. Противотуберкулезный диспансер

Основные принципы организации специализированной помощи больным туберкулезом определены Федеральным законом «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации». Специализированным учреждением здравоохранения, обеспечивающим противотуберкулезную помощь населению на прикрепленной территории, является противотуберкулезный диспансер, на который возлагают следующие задачи:

- систематический анализ эпидемиологической обстановки по туберкулезу и эффективности противотуберкулезных мероприятий на подведомственной территории, в том числе в учреждениях пенитенциарной системы;

- планирование совместно с Центрами гигиены и эпидемиологии, учреждениями общелечебной сети вакцинации, ревакцинации БЦЖ и организационно-методическое руководство по их проведению;
- госпитализация бактериовыделителей и изоляция новорожденных от бактериовыделителей (на период формирования поствакцинного иммунитета);
- осуществление профилактических мероприятий в отношении лиц, находящихся в контакте с бактериовыделителями (регулярное диспансерное наблюдение за ними, текущая дезинфекция очагов, ревакцинация, химиопрофилактика и др.);
- проведение совместно с учреждениями общелечебной сети, Центрами гигиены и эпидемиологии, предприятиями медицинских осмотров населения с использованием флюорографических, иммунологических, бактериологических и других методов исследования;
- оказание специализированной стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи больным туберкулезом, направление их в санаторно-курортные учреждения;
- проведение комплекса мероприятий по социально-трудовой реабилитации больных туберкулезом;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности больных туберкулезом и в случае необходимости направление их на МСЭ;
- диспансерный учет и динамическое наблюдение за больными туберкулезом (своевременное обследование, лечение, химиопрофилактика).

Структура противотуберкулезного диспансера, как правило, включает в себя следующие подразделения: диспансерное отделение (для взрослых и детей), стационар, санаторий-профилакторий, лечебно-трудовые мастерские, клинко-диагностическую и бактериологическую лаборатории, рентгенологический, эндоскопический, физиотерапевтический кабинеты, отделение реабилитации больных с посттуберкулезными изменениями и неспецифическими заболеваниями органов дыхания, кабинет функциональной диагностики, дневной стационар и др.

Противотуберкулезные диспансеры проводят работу по участковому принципу. В крупных городах с населением более 500 000 человек, а также в муниципальных районах субъекта РФ при наличии двух и более диспансеров на один из них возлагают функции *межрайонного противотуберкулезного диспансера*.

Основными формами первичной учетной медицинской документации противотуберкулезных диспансеров являются:

- контрольная карта диспансерного наблюдения контингентов противотуберкулезных учреждений, ф. 030-4/у;



- медицинская карта больного туберкулезом, ф. 081/у;
- извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, с рецидивом туберкулеза, ф. 089/у-туб;
- карта персонального учета на больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, ф. 263/у-ТВ и др.

Для анализа эпидемиологической ситуации по туберкулезу, эффективности проводимых профилактических и лечебно-диагностических мероприятий используют следующие статистические показатели:

- контингент больных всеми формами активного туберкулеза;
- первичная заболеваемость всеми формами активного туберкулеза;
- частота выявления больных всеми формами активного туберкулеза при медицинских осмотрах;
- смертность от туберкулеза.

**Показатель контингента больных всеми формами активного туберкулеза** характеризует распространенность активного туберкулеза, уровень организации статистического учета и диспансерного наблюдения этих больных. Рассчитывают на 100 000 населения по формуле:

<b>Контингент больных всеми формами активного туберкулеза</b>	=	$\frac{\text{Число больных всеми формами активного туберкулеза, находящихся под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\,000$
---	---	--

Значение показателя в РФ последние годы имеет тенденцию к снижению и в 2007 г. составило 194,7 на 100 000 населения (*рис. 15.5*).

**Показатель первичной заболеваемости всеми формами активного туберкулеза** характеризует оперативную эпидемическую ситуацию по туберкулезу. Рассчитывают на 100 000 населения по формуле:

<b>Первичная заболеваемость всеми формами активного туберкулеза</b>	=	$\frac{\text{Число заболеваний всеми формами активного туберкулеза, выявленных впервые в жизни в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\,000$
---	---	---

В последние годы показатель характеризуется относительной стабильностью и в 2007 г. составил 83,2 на 100 000 населения (см. *рис. 15.5*).



**Рис. 15.5.** Динамика показателей первичной заболеваемости и контингента больных всеми формами активного туберкулеза населения Российской Федерации (1998–2007).

**Показатель частоты выявления больных всеми формами активного туберкулеза при медицинских осмотрах** характеризует эффективность проводимых целевых (скрининговых) осмотров населения на туберкулез флюорографическим методом. Рассчитывают по формуле:

<b>Частота выявления больных всеми формами активного туберкулеза при медицинских осмотрах</b>	=	$\frac{\text{Число больных всеми формами активного туберкулеза, выявленных при медицинских осмотрах}}{\text{Общее число осмотренных лиц}} \times 1000$
---	---	--

Значение показателя в РФ в 2007 г. составило 0,6 на 1000 осмотренных лиц.

**Показатель смертности от туберкулеза** характеризует результативность проводимых профилактических мероприятий, эффективность лечения и качество диспансеризации больных туберкулезом. Рассчитывают по формуле:

<b>Смертность от туберкулеза</b>	=	$\frac{\text{Число больных, умерших от туберкулеза всех форм}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\ 000$
----------------------------------	---	---

Значение показателя в РФ в 2007 г. составило 18,4 на 100 000 населения.

## 15.6. Кожно-венерологический диспансер

Кожно-венерологический диспансер является самостоятельным специализированным медицинским учреждением, предназначенным для оказания профилактической, лечебно-диагностической помощи населению при заболеваниях кожи, подкожной клетчатки и инфекциях, передающихся преимущественно половым путем (ИПППП), а также проведению комплекса противоэпидемических мероприятий по их предупреждению.

С учетом этого основными задачами диспансера являются:

- оказание специализированной консультативной и лечебно-диагностической дермато-венерологической помощи населению в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях;
- разработка территориальных целевых программ по борьбе с ИПППП;
- проведение совместно с Центрами гигиены и эпидемиологии мониторинга за ИПППП и заразными кожными заболеваниями;
- оказание организационно-методической и консультативной помощи учреждениям общелечебной сети по вопросам профилактики, диагностики и лечения больных, страдающих ИПППП и заразными кожными заболеваниями;
- участие в работе лицензионных и экспертных комиссий органов управления здравоохранением, фондов обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций, для контроля за медицинской деятельностью коммерческих структур и частнопрактикующих врачей, оказывающих дермато-венерологическую, гинекологическую, урологическую помощь;
- внедрение в практику работы кожно-венерологических учреждений современных медицинских технологий профилактики, диагностики и лечения ИПППП и дерматозов;
- пропаганда среди населения совместно с центрами медицинской профилактики знаний по предупреждению заразных кожных заболеваний и ИПППП и др.

Диспансер может иметь в своей структуре следующие подразделения: поликлиническое, стационарное отделения, организационно-методический отдел (кабинет), отделения первичной профилактики и периодических медицинских осмотров, клиничко-диагностическую, бактериологическую, иммунологическую лаборатории, косметологическое отделение (кабинет) и др.

Для повышения доступности экстренной диагностики и лечения больных ИПППП, преодоления социально-негативных мотиваций, препятствующих обращению пациентов за данным видом спе-

специализированной помощи в кожно-венерологических диспансерах или других ЛПУ, организуют кабинеты анонимного обследования и лечения (КАОЛ), в которых анкетные данные пациента заполняют с его слов.

Основными формами первичной учетной медицинской документации кожно-венерологических диспансеров являются:

- медицинская карта больного венерическими заболеваниями, ф. 065/у;
- медицинская карта больного грибковым заболеванием, ф. 065-1/у;
- извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса урогенитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки, ф. 089/у-кв и др.

Для анализа медицинской деятельности кожно-венерологических диспансеров используют показатели:

- первичную заболеваемость всеми ИПППП;
- первичную заболеваемость грибковыми кожными болезнями;
- первичную заболеваемость чесоткой;
- число обследованных контактов по ИПППП, чесотке, грибковым кожным болезням на одного зарегистрированного больного;
- контингент больных дерматозами.

**Показатель первичной заболеваемости всеми ИПППП** характеризует эпидемиологическую ситуацию по ИПППП, а также организационную работу кожно-венерологических диспансеров, учреждений общелечебной сети по их профилактике и своевременному выявлению. Рассчитывают по формуле:

<b>Первичная заболеваемость всеми ИПППП*</b>	=	$\frac{\text{Число случаев всех ИПППП, выявленных впервые в жизни в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}}$	$\times \frac{100\,000}{100\,000}$
--	---	--	------------------------------------

\*Примечание: этот показатель можно рассчитывать по отдельным нозологическим формам (сифилис, гонорея, трихомоноз, хламидиоз, герпес урогенитальный и др.).

Значение показателя в РФ в 2006 г. составило 482,6 на 100 000 населения.

Динамика показателей первичной заболеваемости сифилисом и гонореей представлена на *рис. 15.6*.



Рис. 15.6. Динамика показателей первичной заболеваемости сифилисом и гонореей в Российской Федерации (1997–2006).

**Показатель первичной заболеваемости грибковыми кожными болезнями** характеризует эпидемиологическую ситуацию по микроспории, трихофитии и др. Рассчитывают по формуле:

<b>Первичная заболеваемость грибковыми кожными болезнями*</b>	=	Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом грибковых кожных болезней	× 100 000
		Среднегодовая численность населения	

\*Примечание: этот показатель можно рассчитывать по отдельным нозологическим формам (микроспория, фавус, трихофития, микоз стоп и др.).

Значения показателя в РФ в 2006 г. составило 41,1 на 100 000 населения.

**Показатель первичной заболеваемости чесоткой** характеризует эпидемиологическую ситуацию по чесотке, своевременность выявления этого заболевания, а также взаимодействие учреждений общелечебной сети со службами Роспотребнадзора. Рассчитывают по формуле:

<b>Первичная заболеваемость чесоткой</b>	=	Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом чесотки	× 100 000
		Среднегодовая численность населения	

Значение показателя в РФ в 2006 г. составило 129,7 на 100 000 населения.

**Показатель числа обследованных контактов по ИПППП, чесотке, грибковым кожным болезням на одного зарегистрированного больного** характеризует результативность проводимых эпидемиологических расследований. Рассчитывают по формуле:

<b>Число обследованных контактов на одного зарегистрированного больного</b>	=	$\frac{\text{Число обследованных контактов по ИПППП, чесотке, грибковым кожным болезням}}{\text{Общее число зарегистрированных больных ИПППП, чесоткой, грибковыми кожными болезнями}}$
---	---	---

Желаемое значение показателя по ИПППП 0,1–2,5; по грибковым кожным болезням – 1–10; по чесотке – 1–5.

**Показатель контингента больных дерматозами** характеризует распространенность заболеваний кожи и подкожной клетчатки (псориаз, буллезные дерматозы, красная волчанка, алергодерматозы и др.), организацию статистического учета и диспансерного наблюдения за этими больными. Рассчитывают по формуле:

<b>Контингент больных дерматозами</b>	=	$\frac{\text{Число всех зарегистрированных больных дерматозами, в том числе находящихся под диспансерным наблюдением}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\ 000$
---	---	---

Значение показателя в РФ в 2005 г. составило 3525,8 на 100 000 населения.

### 15.7. Центр по профилактике и борьбе со СПИДом

В РФ действует единая специализированная служба профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией. На территориях субъектов РФ функционируют Центры по профилактике и борьбе со СПИДом (далее Центры), которые имеют свои структурные подразделения в муниципальных образованиях.

Основными задачами Центра являются:

- разработка и реализация комплекса мер по профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа;
- клинико-лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции, оппортунистических инфекций, вирусных парентеральных гепатитов;
- оказание медицинской, социально-психологической и юридической помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом;
- разработка территориальных целевых программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом;
- проведение совместно с Центрами гигиены и эпидемиологии мониторинга ВИЧ-инфекции и СПИДа;

- организационно-методическое руководство деятельностью учреждений общелечебной сети по вопросам профилактики и своевременной диагностики ВИЧ-инфекции;
- организация пропаганды мер профилактики ВИЧ-инфекции и СПИДа среди населения.

Центр имеет следующие основные структурные подразделения: организационно-методический, эпидемиологический отделы, отделение профилактики, клинический отдел (диспансерное отделение и стационар, который в ряде случаев организуется на базе инфекционной больницы), лабораторно-диагностическое отделение, отдел медико-социальной и правовой помощи, административно-хозяйственную часть и др.

Основными формами первичной учетной медицинской документации Центров являются:

- экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (ежедневно при регистрации инфекционных заболеваний), ф. 058/у;
- извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью, ф. 309/у;
- донесение о снятии с диспансерного наблюдения ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью, ф. 310/у;
- донесение о подтверждении диагноза у ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью, ф. 311/у и др.

К основным статистическим показателям, по которым анализируется медицинская деятельность Центров, а также эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции, относятся следующие:

- контингент лиц с ВИЧ/СПИД;
- первичная заболеваемости ВИЧ/СПИД;
- удельный вес лиц, обследованных на ВИЧ;
- полнота охвата диспансеризацией ВИЧ-инфицированных;
- распределение ВИЧ-инфицированных по основным путям заражения.

**Показатель контингента больных лиц ВИЧ/СПИД** характеризует распространенность заболеваний, вызванных ВИЧ. Рассчитывают по формуле:

<b>Контингент лиц с ВИЧ/ СПИД</b>	=	Число больных с ВИЧ/СПИД, находящихся под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода	×100 000
		Среднегодовая численность населения	

Значение показателя в 2007 г. в РФ составило 274,7 на 100 000 населения.

**Показатель первичной заболеваемости ВИЧ/СПИД** характеризует эпидемиологическую ситуацию, связанную с распространенностью ВИЧ, и рассчитывается как число впервые выявленных в данном году случаев ВИЧ/СПИД на 100 000 населения:

$$\text{Первичная заболеваемость ВИЧ/СПИД} = \frac{\text{Число случаев ВИЧ/СПИД, выявленных впервые в жизни в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100\,000$$

За последние 10 лет показатель в РФ имел тенденцию к росту и составил в 2007 г. 31,4 на 100 000 населения.

**Показатель удельного веса лиц, обследованных на ВИЧ**, характеризует полноту обследования населения из групп риска (беременных, потребителей инъекционных наркотиков и др.). Рассчитывают по формуле:

$$\text{Удельный вес лиц, обследованных на ВИЧ} = \frac{\text{Число обследованных на ВИЧ}}{\text{Общее число лиц (из групп риска), подлежащих обследованию на ВИЧ}} \times 100$$

Желаемое значение этого показателя 100%.

**Показатель полноты охвата диспансеризацией ВИЧ-инфицированных** характеризует уровень организации динамического наблюдения за ВИЧ-инфицированными и степень доверия между пациентом и врачом. Рассчитывают по формуле:

$$\text{Полнота охвата диспансеризацией ВИЧ-инфицированных} = \frac{\text{Число ВИЧ-инфицированных, находящихся под диспансерным наблюдением на конец отчетного периода}}{\text{Общее число ВИЧ-инфицированных, зарегистрированных на конец отчетного периода}} \times 100$$

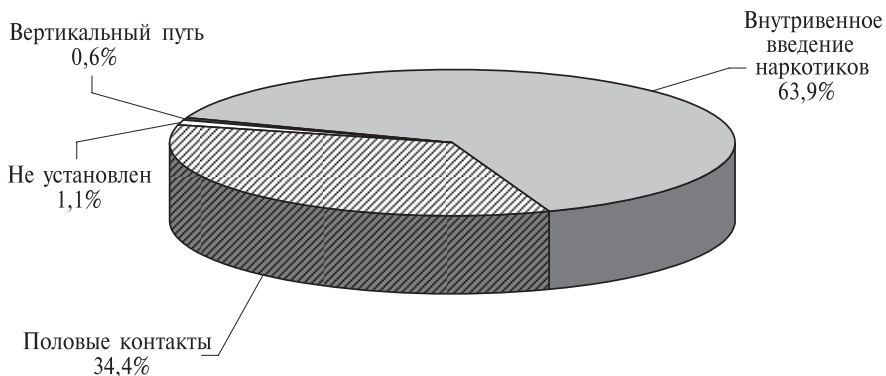
Значение показателя в РФ в 2007 г. составило 78,5%.

**Показатель распределения ВИЧ-инфицированных по основным путям заражения** характеризует качество эпидемиологического исследования случаев заражения ВИЧ. Рассчитывают по формуле:

$$\text{Распределение ВИЧ-инфицированных по основным путям заражения} = \frac{\text{Число ВИЧ-инфицированных с определенным путем заражения (половые контакты, вертикальный путь, в/в введение наркотиков, не установлен)}}{\text{Общее число ВИЧ-инфицированных}} \times 100$$

Распределение ВИЧ-инфицированных по основным путям заражения представлено на *рис. 15.7*.





**Рис. 15.7.** Распределение ВИЧ-инфицированных в Российской Федерации по основным путям заражения (2007).

Таким образом, основными путями заражения ВИЧ-инфекцией являются внутривенное введение наркотиков и половые контакты. Настораживает тот факт, что в ряде случаев путь заражения не установлен.

### Контрольные вопросы

1. Раскройте понятие специализированной медицинской помощи.
2. В каких организационных формах специализированную помощь оказывают в амбулаторно-поликлинических учреждениях?
3. Как организована больничная специализированная помощь?
4. Каковы основные задачи онкологического диспансера?
5. Перечислите основные формы первичной учетной медицинской документации онкологического диспансера.
6. По каким статистическим показателям анализируют деятельность онкологического диспансера? Приведите формулы их расчета, рекомендуемые значения.
7. Какое учреждение является ведущим в системе оказания населению специализированной психиатрической помощи? Какие задачи возлагают на него?
8. Перечислите основные формы первичной учетной медицинской документации психоневрологического диспансера.
9. По каким статистическим показателям анализируют деятельность психоневрологического диспансера? Приведите формулы их расчета, рекомендуемые значения.

10. Какое учреждение оказывает специализированную помощь наркологическим больным? Каковы его задачи?
11. Перечислите основные формы первичной учетной медицинской документации наркологического диспансера.
12. По каким статистическим показателям анализируют деятельность наркологического диспансера? Приведите формулы их расчета, рекомендуемые значения.
13. Какие задачи возлагают на противотуберкулезный диспансер?
14. Перечислите основные формы первичной учетной медицинской документации противотуберкулезного диспансера.
15. По каким статистическим показателям анализируют деятельность противотуберкулезного диспансера? Приведите формулы их расчета, рекомендуемые значения.
16. Для лечения каких заболеваний создают кожно-венерологический диспансер? Каковы его основные задачи?
17. Перечислите основные формы первичной учетной медицинской документации кожно-венерологического диспансера.
18. По каким статистическим показателям анализируют деятельность кожно-венерологического диспансера? Приведите формулы их расчета, рекомендуемые значения.
19. Какое учреждение призвано заниматься профилактикой и борьбой с ВИЧ-инфекцией? Каковы его основные задачи?
20. Перечислите основные формы первичной учетной медицинской документации Центра по профилактике и борьбе со СПИДом.
21. По каким статистическим показателям анализируется деятельность Центра по профилактике и борьбе со СПИДом? Приведите формулы их расчета, рекомендуемые значения.
22. Каковы основные пути заражения ВИЧ-инфекцией?

## Глава 16

# Организация работы скорой медицинской помощи

### 16.1. Служба скорой медицинской помощи

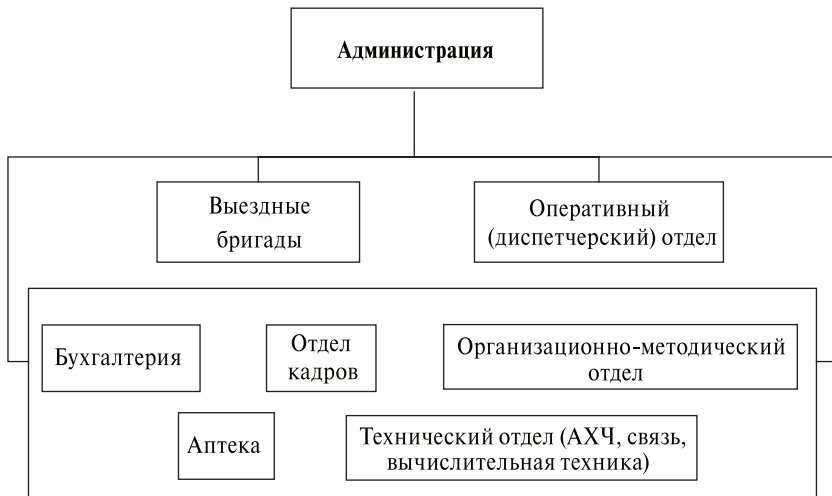
Скорая медицинская помощь (СМП) является одним из видов первичной медико-санитарной помощи. Учреждения СМП ежегодно выполняют около 50 млн. вызовов, оказывая медицинскую помощь более 52 млн. гражданам. *Скорая медицинская помощь* – круглосуточная экстренная медицинская помощь при внезапных заболеваниях, угрожающих жизни больного, травмах, отравлениях, преднамеренных самоповреждениях, родах вне медицинских учреждений, а также катастрофах и стихийных бедствиях.

СМП осуществляется гражданам Российской Федерации и иным лицам, находящимся на ее территории, бесплатно в соответствии с Программой госгарантий.

В структуру СМП входят станции, подстанции, больницы СМП, а также отделения СМП в составе больничных учреждений. Станции СМП как самостоятельные лечебно-профилактические учреждения создают в городах с населением свыше 50 тысяч человек. В городах с населением более 100 тыс. человек с учетом протяженности населенного пункта и рельефа местности организуют подстанции СМП как подразделения станций (в зоне 20-минутной транспортной доступности). В населенных пунктах с численностью жителей до 50 тыс. организуют отделения СМП в составе центральных районных, городских и других больниц.

*Станция (подстанция, отделение)* СМП является лечебно-профилактическим учреждением, которое функционирует в режиме повседневной работы и чрезвычайных ситуаций (ЧС). Основной задачей станции (подстанции, отделения) СМП в режиме повседневной работы является оказание СМП заболевшим и пострадавшим на месте происшествия и во время их транспортировки в стационары. В режиме ЧС – проведение лечебно-эвакуационных мероприятий и участие в работах по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС. Возглавляет работу станции СМП главный врач, а подстанции и отделения – заведующий.

Примерная организационная структура станции (подстанции, отделения) СМП представлена на *рис. 16.1*.



**Рис. 16.1.** Примерная организационная структура станции (подстанции, отделения) СМП.

Основными задачами станций (подстанций, отделений) СМП являются:

- оказание круглосуточной экстренной медицинской помощи заболевшим и пострадавшим, находящимся вне лечебно-профилактических учреждений, при катастрофах и стихийных бедствиях;
- своевременная транспортировка больных, пострадавших и рожениц в стационары больничных учреждений;
- оказание медицинской помощи больным и пострадавшим, обратившимся за помощью непосредственно на станцию (подстанцию, отделение) СМП;
- подготовка и переподготовка кадров по вопросам оказания экстренной медицинской помощи.

Эффективность решения этих задач во многом зависит от взаимодействия станций (подстанций, отделений) СМП с учреждениями здравоохранения общелечебной сети, ГИБДД, подразделениями службы гражданской обороны и ЧС.

Основной функциональной единицей станций (подстанций, отделений) СМП является *выездная бригада*, которая может быть фельдшерской или врачебной. Фельдшерская бригада включает в свой

состав 2 фельдшеров, санитар и водителя. Во врачебную бригаду входят врач, 2 фельдшера (либо фельдшер и медицинская сестра-анестезист), санитар и водитель.

Кроме того, врачебные бригады делятся на общепрофильные и специализированные. Выделяют следующие виды специализированных бригад: педиатрическая, анестезиолого-реанимационная, кардиологическая, психиатрическая, травматологическая, нейрореанимационная, пульмонологическая, гематологическая и др. Специализированная бригада включает 1 врача соответствующего профиля, 2 средних медицинских работников соответствующего профиля, санитар и водителя.

Основными обязанностями *врача выездной бригады СМП* являются:

- обеспечение немедленного выезда бригады и прибытия ее на место происшествия в пределах установленного в данной административной территории норматива времени;
- оказание экстренной медицинской помощи в соответствии с утвержденными стандартами (протоколами) ведения больных;
- обеспечение шадящей транспортировки с одновременным проведением интенсивной терапии и госпитализации больного (пострадавшего) в стационар;
- информирование администрации станции СМП о чрезвычайных происшествиях, возникших в период выполнения вызовов;
- обеспечение правил эпидемиологической безопасности в случаях выявления у больных карантинной инфекции;
- останавливаться по требованию сотрудников органов внутренних дел для оказания медицинской помощи больным и пострадавшим;
- осуществление контроля за укомплектованностью бригады, аппаратурой, лекарственными препаратами и другим имуществом в соответствии с утвержденным табелем оснащения.

При оказании СМП *фельдшер* в составе фельдшерской бригады является ответственным исполнителем, и его обязанности в целом соответствуют должностным обязанностям врача общепрофильной врачебной бригады. В связи с этим в настоящее время для повышения эффективности использования финансовых и трудовых ресурсов ведется работа по сокращению числа общепрофильных врачебных бригад и соответственно увеличению количества фельдшерских без ухудшения качества оказываемой экстренной медицинской помощи. Зарубежный и отечественный опыт свидетельствует, что фельдшерские бригады в состоянии оказывать весь необходимый комплекс

«скоропомощных» мероприятий в соответствии с действующими стандартами (протоколами) ведения больных.

При обнаружении трупа умершего или погибшего бригада обязана срочно известить об этом органы внутренних дел, зафиксировать в «Карте вызова СМП» (ф. 110/у) все необходимые сведения. Эвакуация трупа с места происшествия не допускается. В случае смерти больного в салоне санитарного автомобиля бригада обязана сообщить фельдшеру оперативного отдела о факте смерти и получить разрешение на доставку трупа в судебно-медицинский морг.

Важнейшим структурным подразделением станций (подстанций, отделений) СМП является *оперативный (диспетчерский) отдел*, который обеспечивает круглосуточный централизованный прием обращений (вызовов) населения, своевременное направление выездных бригад на место происшествия, оперативное управление их работой. В его структуру входят диспетчерская приема, передачи вызовов и стол справок. Рабочие места сотрудников отдела должны быть компьютеризированы. Дежурный персонал оперативного отдела имеет необходимые средства связи со всеми структурными подразделениями станции СМП, подстанциями, выездными бригадами, лечебно-профилактическими учреждениями, а также прямую связь с оперативными службами города (района).

Оперативный (диспетчерский) отдел выполняет следующие функции:

- прием вызовов с обязательной записью диалога на электронный носитель, подлежащий хранению 6 мес;
- сортировку вызовов по срочности и своевременную передачу их выездным бригадам;
- контроль за своевременной доставкой больных, рожениц, пострадавших в приемные отделения соответствующих стационаров;
- сбор оперативной статистической информации, ее анализ, подготовку ежедневных сводок для руководства станции СМП;
- обеспечение взаимодействия с лечебно-профилактическими учреждениями, УВД, ГИБДД, подразделениями службы по делам гражданской обороны и чрезвычайных ситуаций, иными оперативными службами и др.

Прием вызовов и передачу их выездным бригадам осуществляет *дежурный фельдшер (медицинская сестра) по приему и передаче вызовов* оперативного (диспетчерского) отдела станции СМП.

Дежурный фельдшер (медицинская сестра) по приему и передаче вызовов находится в непосредственном подчинении старшего врача смены; он обязан знать топографию города (района), дислокацию подстанций и учреждений здравоохранения, места нахождения потенциально опасных объектов, алгоритм приема вызовов.

Санитарный автотранспорт бригад СМП систематически подвергается дезинфекционной обработке в соответствии с требованиями санитарно-эпидемиологической службы. В случаях, когда транспортом станций СМП перевезен инфекционный больной, автомашина подлежит обязательной дезинфекции, которую осуществляет персонал больницы, принявшей больного.

Станция (подстанция, отделение) СМП не выдает документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность и судебно-медицинских заключений, не проводит экспертизу алкогольного опьянения однако при необходимости может выдавать справки произвольной формы с указанием даты, времени обращения, диагноза, проведенных обследований, оказанной медицинской помощи и рекомендаций по дальнейшему лечению. Станция (подстанция, отделение) СМП обязана выдавать устные справки о месте нахождения больных и пострадавших при личном обращении граждан или по телефону.

Дальнейшее совершенствование работы СМП, повышение эффективности использования ее ресурсов предусматривает четкое разграничение медицинской помощи на скорую и неотложную. В настоящее время около 30% всех вызовов, поступающих на станцию (подстанцию, отделение) СМП, не требуют экстренной медицинской помощи, и их выполнение может быть отсрочено во времени (случаи острых заболеваний и обострений хронических болезней, не требующих срочного медицинского вмешательства). Эти вызовы относятся к *неотложной медицинской помощи*, которую оказывают отделения (кабинеты) неотложной медицинской помощи АПУ муниципальной системы здравоохранения.

## **16.2. Статистика учреждений скорой медицинской помощи**

Основными формами первичной учетной медицинской документации станции (подстанций, отделений) СМП являются:

- журнал записи вызовов СМП, ф. 109/у;
- карта вызова СМП, ф. 110/у;
- сопроводительный лист станции скорой помощи с талоном к нему, ф. 114/у;
- дневник работы станции (отделения) СМП, ф. 115/у и др.

Медицинскую деятельность станций (подстанций, отделений) СМП характеризуют следующие показатели:

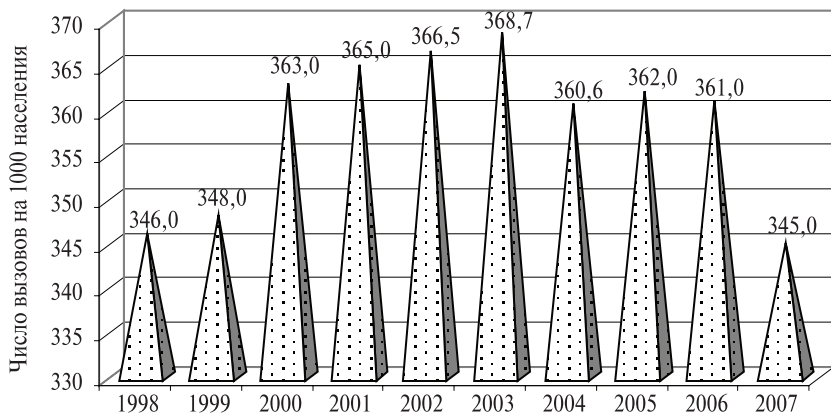
- обеспеченность населения СМП;
- своевременность выездов бригад по скорой помощи;

- расхождение диагнозов СМП и стационаров;
- удельный вес успешных реанимаций;
- удельный вес летальных исходов.

**Показатель обеспеченности населения СМП** характеризует уровень обращаемости населения за СМП. Рассчитывают по формуле:

$$\text{Обеспеченность населения СМП} = \frac{\text{Число вызовов СМП}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

Динамика показателя в РФ за последние 10 лет представлена на *рис. 16.1*.



**Рис. 16.1.** Динамика показателя обеспеченности населения скорой медицинской помощью в Российской Федерации (1998–2007).

Нормативное значение показателя обеспеченности населения СМП устанавливают ежегодно в Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи; в 2007 г. составило 318 вызовов на 1000 населения.

**Показатель своевременности выездов бригад по скорой помощи** характеризует оперативность работы станций (отделений) СМП. Рассчитывают по формуле:

$$\text{Своевременность выездов бригад по скорой помощи} = \frac{\text{Число выездов бригад по скорой помощи в течение 4 минут с момента поступления вызова}}{\text{Общее число вызовов по скорой помощи}} \times 100$$

Рекомендуемое значение этого показателя – не менее 99%.

**Показатель расхождения диагнозов СМП и стационаров** характеризует уровень диагностики и преемственности в работе СМП



и больничных учреждений. Рассчитывают по формуле:

<b>Расхождение диагнозов СМП и стационаров</b>	=	Число случаев расхождения диагнозов СМП и стационаров	× 100
		Общее число госпитализированных больных, из числа доставленных СМП в стационары	

Рекомендуемое значение этого показателя не более 5%.

**Показатели удельного веса успешных реанимаций и удельного веса летальных исходов** дополняют друг друга, характеризуют качество работы бригад СМП и оснащенность их необходимыми материальными ресурсами. Рассчитывают по формулам:

<b>Удельный вес успешных реанимаций</b>	=	Число успешных реанимаций, выполненных бригадами СМП	× 100
		Общее число реанимаций, выполненных бригадами СМП	
<b>Удельный вес летальных исходов</b>	=	Число летальных исходов в присутствии бригады СМП	× 100
		Общее число вызовов СМП	

Рекомендуемые значения показателей составляют соответственно не менее 10% и не более 0,05%.

### Контрольные вопросы

1. Раскройте понятие «СМП».
2. Какова примерная организационная структура станции (подстанции, отделения) СМП?
3. Какие задачи решает СМП?
4. Кто входит в состав фельдшерской, врачебной бригад станции СМП?
5. Какие обязанности выполняет врач выездной бригады станции СМП?
6. Каковы действия бригады СМП при обнаружении трупа умершего или погибшего?
7. Какие основные задачи стоят перед оперативным (диспетчерским) отделом станции СМП?
8. Перечислите основные формы первичной учетной медицинской документации станций СМП.
9. По каким статистическим показателям анализируют деятельность станций СМП? Приведите формулы их расчета, рекомендуемые значения.

## Глава 17

# Организация стоматологической помощи населению

### 17.1. Общие положения

Стоматологическая помощь относится к числу самых массовых видов медицинской помощи. Важнейшими задачами стоматологических организаций являются проведение комплекса диспансерных мероприятий по профилактике, раннему выявлению, лечению и реабилитации больных с заболеваниями полости рта, слюнных желез и челюстно-лицевой области.

Более 90% больных получают общую и специализированную стоматологическую помощь в амбулаторно-поликлинических учреждениях, к которым относятся:

- государственные и муниципальные (республиканские, краевые, окружные, областные, городские, районные) стоматологические поликлиники для взрослых и детей;
- стоматологические отделения в составе многопрофильных больниц, медико-санитарных частей, ведомственных учреждений и др.;
- стоматологические кабинеты в диспансерах, женских консультациях, центрах общей врачебной (семейной) практики, в здравпунктах промышленных предприятий, в образовательных учреждениях и др.;
- частные стоматологические организации (поликлиники, кабинеты и др.)

Стационарную специализированную стоматологическую помощь больные получают в отделениях челюстно-лицевой хирургии многопрофильных больниц.

Доступность населению стоматологической помощи зависит от многих факторов: организационных форм ее оказания, ценовой политики, обеспеченности населения врачами-стоматологами (зубными врачами) и др. В настоящее время стоматологическую помощь населению оказывают в централизованной, децентрализованной, выездной организационных формах.

При *централизованной форме* прием населения проводят непосредственно в стоматологической поликлинике или в стоматологическом отделении (кабинете) в составе другого лечебно-профилактического учреждения.

*Децентрализованная форма* оказания населению стоматологической помощи предусматривает создание постоянно действующих стоматологических кабинетов на здравпунктах промышленных предприятий, в образовательных учреждениях. Эта форма наиболее приемлема для организации стоматологической помощи работающему населению и учащимся. Преимущество этой формы неоспоримо, но организовывать подобные кабинеты целесообразно на предприятиях с численностью не менее 2000 работающих и образовательных учреждениях с числом учащихся не менее 1500 человек.

*Выездная форма* наиболее эффективна для оказания стоматологической помощи сельским жителям, детям в дошкольных учреждениях, инвалидам, одиноким и престарелым гражданам. Ее использование позволяет максимально приблизить как общую, так и специализированную стоматологическую помощь, к этим категориям граждан.

## **17.2. Стоматологическая поликлиника**

Основной объем стоматологической помощи населению оказывают стоматологические поликлиники, которые представляют собой лечебно-профилактические учреждения, деятельность которых направлена на профилактику стоматологических заболеваний, своевременное выявление и лечение больных с заболеваниями полости рта, слюнных желез и челюстно-лицевой области.

Наиболее эффективной считают оказание стоматологической помощи населению по участковому принципу. Режим работы поликлиники устанавливают органы здравоохранения по подчиненности с учетом потребности населения и конкретных условий.

Основными задачами стоматологической поликлиники являются:

- оказание своевременной терапевтической, хирургической, ортопедической и других видов стоматологической помощи лицам, обратившимся в поликлинику;
- оказание неотложной стоматологической помощи больным при острых заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстно-лицевой области;
- проведение медицинских осмотров в дошкольных и школьных образовательных учреждениях, на предприятиях с осуществлением санации полости рта всем нуждающимся;

- диспансерное наблюдение за больными с активно протекающим кариесом зубов, с заболеваниями пародонта и слизистой оболочки полости рта, хроническим остеомиелитом челюстей, злокачественными новообразованиями лица и полости рта, аномалиями развития и деформации челюстей и другими заболеваниями;
- экспертиза временной нетрудоспособности больных, направление на МСЭ лиц с признаками стойкой утраты трудоспособности;
- внедрение в практическую деятельность современных методов диагностики, лечения, новой медицинской техники, лекарственных средств;
- разработка территориальных целевых программ по профилактике, своевременной диагностике и лечению заболеваний полости рта, слюнных желез и челюстно-лицевой области;
- проведение санитарно-просветительной работы по профилактике заболеваний полости рта, слюнных желез и челюстей среди взрослого и детского населения.

Руководство стоматологической поликлиникой осуществляет главный врач, которого назначает и освобождает от должности руководитель соответствующего органа управления здравоохранением.

Примерная организационная структура стоматологической поликлиники для взрослых представлена на *рис. 17.1*.



**Рис. 17.1.** Примерная организационная структура стоматологической поликлиники для взрослых.

*Регистратура* играет большую роль в правильной организации приема, регулировании потока пациентов посредством выдачи талон-ов или предварительной записи на прием. Первичные талоны выдают на прием к врачу стоматологу-терапевту, стоматологу-хирургу, стоматологу-ортопеду или специалисту узкого профиля (пародонтолог, ортодонт, гигиенист).

Кроме регулирования потока пациентов регистратура выполняет ряд других функций: оформляет и хранит «Медицинскую карту стоматологического больного» (ф. 043/у); осуществляет их подбор, доставку в кабинеты и раскладку после приема; оформляет листки нетрудоспособности; дает необходимую справочную информацию посетителям; проводит финансовые расчеты с пациентами по оплате стоматологических услуг.

В организации приема больных в стоматологической поликлинике большая роль принадлежит *дежурному стоматологу*, который осматривает пациента, определяет вид и объем необходимой стоматологической помощи, направляет к другим специалистам. Дежурный стоматолог в экстренных случаях оказывает больным неотложную стоматологическую помощь.

Повторные посещения больным поликлиники назначает лечащий врач. При правильной организации работы поликлиники больной наблюдается одним врачом, который составляет план лечения и при необходимости направляет пациента на консультацию и лечение к другим специалистам.

В поликлинике для соблюдения прав пациентов вводят систему гарантийного обслуживания: при первичном обращении больному выдают «гарантийный талон», в котором указывают план лечения, стоимость работы, график посещений, и который дает больному право в случае обнаружения дефектов обратиться к врачу в любое время вне очереди в течение года после окончания лечения.

Важным разделом в работе стоматологической поликлиники является профилактическая деятельность. С целью активной профилактики кариеса зубов и других распространенных стоматологических заболеваний поликлиники проводят медицинские осмотры и плановую санацию полости рта детям в школьных и дошкольных образовательных учреждениях, студентам, рабочим, связанным с профессиональными вредностями, призывникам, беременным женщинам и другим контингентам населения.

### 17.3. Особенности организации стоматологической помощи детскому населению

Амбулаторно-поликлиническую стоматологическую помощь детям оказывают следующие стоматологические учреждения:

- детские стоматологические поликлиники;
- детские стоматологические отделения (кабинеты) учреждений общелечебной сети;
- стоматологические кабинеты образовательных учреждений.

Детские стоматологические поликлиники как самостоятельные лечебно-профилактические учреждения организуют в крупных городах с численностью детского населения не менее 60–70 тыс. человек. В городах с численностью детского населения до 20 тыс. стоматологическую помощь оказывают в детских отделениях (кабинетах) стоматологических поликлиник для взрослых.

Основными задачами детской стоматологической поликлиники являются:

- полная санация полости рта всем детям, обращающимся в поликлинику за оказанием стоматологической помощи;
- проведение медицинских осмотров детей дошкольных и школьных образовательных учреждений с полной санацией полости рта нуждающимся;
- оказание неотложной медицинской помощи больным детям при острых заболеваниях полости рта;
- диспансерное наблюдение за определенными категориями больных детей стоматологического профиля;
- проведение комплексного ортодонтического лечения детей с зубочелюстными и лицевыми аномалиями;
- проведение профилактической работы среди детей и их родителей с использованием широкого арсенала средств массовой информации и др.

Существуют определенные требования к структуре детской стоматологической поликлиники: наличие как минимум 2–3 кабинетов врачей-ортодонт, кабинета врача-психолога, игровой комнаты. В том случае, если стоматологическую помощь детям оказывают в отделении, входящим в структуру стоматологической поликлиники для взрослых, обязательным условием является наличие отдельного входа для детей и как минимум двух кабинетов — хирургического и терапевтического.

Одна из особенностей в организации работы детских стоматологических поликлиник — широкое использование *метода плановой санации*, который предусматривает осмотр полости рта ребенка не реже 2 раз в год. Как правило, этот метод реализуется в 2 этапа.

*Первый этап* — осмотр полости рта ребенка и определение необходимых видов стоматологической помощи.

*Второй этап* — оказание стоматологической помощи в кратчайшие сроки до полной санации.

В ряде случаев плановая санация предусматривает *третий этап* — последующее активное динамическое наблюдение за больными детьми.

Успех проведения плановой санации детей в организованных детских коллективах во многом зависит от согласованных действий руководителей детских стоматологических поликлиник и дошкольных и школьных образовательных учреждений. Для этого заранее составляют графики плановой санации, обеспечивают организацию и контроль за их выполнением.

#### **17.4. Перспективы развития стоматологической службы в условиях рыночной экономики**

Принятие нового Гражданского Кодекса Российской Федерации, формирование рынка товаров и медицинских услуг в здравоохранении, развитие обязательного и добровольного медицинского страхования, децентрализация управления на федеральном и региональном уровнях — все это способствует развитию частных стоматологических организаций. Сегодня частный сектор стоматологической помощи представлен как различными по своей организационно-правовой форме коммерческими структурами, так и отдельными предпринимателями, осуществляющими свою деятельность по оказанию стоматологических услуг индивидуально (без образования юридического лица).

Основную часть частных стоматологических организаций составляют небольшие амбулатории (в среднем на 2–3 кресла) и отдельные кабинеты. Реже встречаются более крупные клиники и даже целые сети клиник только в больших городах.

В условиях формирующегося рынка медицинских услуг у части населения появилась реальная возможность выбора стоматологической организации и врача-стоматолога. В этих условиях идет конкуренция между стоматологическими организациями различных форм собственности за привлечение пациента, что в известной мере способствует повышению качества стоматологических услуг.

Процессы реформирования стоматологической службы происходят на фоне развивающейся конкуренции между стоматологическими организациями. Особенно заметно это в крупных городах, где для формирования конкурентной среды есть все условия. В этом процессе все более явно прослеживаются следующие тенденции: во-первых,

конкуренция между государственными (муниципальными) и частными стоматологическими организациями; во-вторых, между частными клиниками и частнопрактикующими врачами; в-третьих, между различными государственными и муниципальными стоматологическими учреждениями.

Однако следует отметить и негативную сторону, которая высветилась сегодня при формировании рынка стоматологических услуг. Это прежде всего — непомерное удорожание стоматологической помощи, расслоение потока пациентов по материальным возможностям и выбору технологий для лечения и, как следствие этого, уменьшение ее доступности для большинства граждан. В таких условиях страдают социально незащищенные слои населения: дети, пенсионеры, инвалиды, военнослужащие, учащиеся и др., потому что выделяемых из бюджета и фонда ОМС средств крайне недостаточно для привлечения к обслуживанию всего населения дорогостоящих современных технологий. Социальная незащищенность отдельных категорий граждан является главным негативным фактором становления рыночных отношений в здравоохранении.

С учетом этого, на наш взгляд, приватизация государственных и муниципальных стоматологических учреждений возможны только при соблюдении определенных условий, в числе которых главное — создание эффективного механизма социальной защиты незащищенных слоев населения. Одним из действенных механизмов этого является участие стоматологических организаций (независимо от форм собственности) в реализации муниципальных заданий по оказанию стоматологической помощи населению в рамках территориальных программ государственных гарантий.

### **17.5. Статистика стоматологических организаций**

Основными формами первичной учетной медицинской документации учреждений стоматологической службы являются:

- листок ежедневного учета работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета, ф. 037/у-88;
- сводная ведомость учета работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета, ф. 039-2/у-88;
- медицинская карта стоматологического больного, ф. 043/у и др.

Специальных отчетных форм по стоматологии нет, данные входят в виде различных таблиц в ф. 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении».



Выделяют следующие группы показателей деятельности стоматологических организаций:

- удовлетворенность населения стоматологической помощью;
- нагрузку персонала;
- качество стоматологической помощи;
- диспансеризацию больных стоматологического профиля.

Особенностью статистики стоматологической помощи является ее учет как в посещениях, так и в условных единицах трудоемкости (УЕТ). Соответствующими приказами определен перечень видов работ с их оценкой в УЕТ, являющихся экономическим эквивалентом трудозатрат. Например, наложение пломбы при поверхностном или среднем кариесе учитывают как 1 УЕТ, сложное удаление зуба как 1,5 УЕТ. В соответствии с нормативами врач-стоматолог при 6-дневной рабочей неделе должен выполнить работу эквивалентную 21 УЕТ, при 5-дневной – 25 УЕТ за рабочий день.

**Показатели удовлетворенности населения стоматологической помощью:**

- обеспеченность населения стоматологической помощью;
- обеспеченность населения врачами-стоматологами (зубными врачами);
- обеспеченность населения стоматологическими койками.

**Показатель обеспеченности населения стоматологической помощью** характеризует доступность и степень удовлетворения потребности населения в стоматологической помощи. Рассчитывают по формуле:

$$\text{Обеспеченность населения стоматологической помощью*} = \frac{\text{Число посещений стоматологов и зубных врачей}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

\*Примечание: показатель может рассчитываться отдельно для детского (до 17 лет включительно) и взрослого населения.

Значение показателя в 2007 г. в РФ составило 919,0 на 1000 населения.

**Показатель обеспеченности населения врачами-стоматологами (зубными врачами)** является одной из характеристик ресурсного обеспечения, которое необходимо для реализации потребности населения в стоматологической помощи. Рассчитывают по формуле:

$$\text{Обеспеченность населения врачами-стоматологами (зубными врачами)} = \frac{\text{Число врачей-стоматологов (зубных врачей) лечебного профиля на взрослом (детском) приеме}}{\text{Среднегодовая численность взрослого (детского) населения}} \times 10\,000$$

Динамика показателей в РФ представлена на *рис. 17.1*.



**Рис. 17.1.** Динамика показателей обеспеченности населения врачами-стоматологами и зубными врачами в Российской Федерации (1998–2007).

**Показатель обеспеченности населения стоматологическими койками** служит характеристикой удовлетворенности потребности населения в узкоспециализированных видах стоматологической помощи. Рассчитывают по формуле:

<p><b>Обеспеченность населения стоматологическими койками</b></p>	$=$	$\frac{\text{Число больничных коек стоматологического профиля}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 10\,000$
---	-----	---

Значение показателя в РФ в 2007 г. составило 0,43 на 10 000 населения.

**Показатели нагрузки персонала.** Нагрузку персонала стоматологических организаций оценивают следующими показателями:

- среднее число посещений в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача);
- среднее число санаций в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача);
- среднее число вылеченных зубов в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача);
- среднее число удаленных зубов в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача).

**Показатель среднего числа посещений в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача)** используют для оперативного ежедневного ана-

лиза нагрузки врача-стоматолога (зубного врача). Рассчитывают отдельно для детского и взрослого населения по формуле:

Среднее число посещений в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача)	=	$\frac{\text{Число посещений врача-стоматолога (зубного врача) за отчетный период}}{\text{Число рабочих дней за отчетный период}}$
---	---	--

Рекомендуемое значение показателя составляет для детского населения 10, для взрослого – 12 посещений в день.

**Показатель среднего числа санаций в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача)** является характеристикой полного оздоровления полости рта врачом-стоматологом или зубным врачом. Рассчитывают по формуле:

Среднее число санаций в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача)	=	$\frac{\text{Число санаций полости рта за отчетный период}}{\text{Число рабочих дней за отчетный период}}$
---	---	--

Рекомендуемое значение показателя 2–3 санации в день.

**Показатель среднего числа вылеченных зубов в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача)** характеризует нагрузку на смешанном стоматологическом приеме. Рассчитывают по формуле:

Среднее число вылеченных зубов в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача)	=	$\frac{\text{Число вылеченных зубов за отчетный период}}{\text{Число рабочих дней за отчетный период}}$
--	---	---

Рекомендуемое значение показателя 7–8 вылеченных зубов в день.

**Показатель среднего числа удаленных зубов в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача)** является характеристикой нагрузки на смешанном стоматологическом приеме. Рассчитывают по формуле:

Среднее число удаленных зубов в день на 1 врача-стоматолога (зубного врача)	=	$\frac{\text{Число удаленных зубов (временного и постоянного прикуса) за отчетный период}}{\text{Число рабочих дней за отчетный период}}$
---	---	---

Рекомендуемое значение показателя 2–3 удаленных зуба в день.

Два последних показателя используются также для расчета показателя, характеризующего качество стоматологической помощи – отношение числа вылеченных зубов к удаленным.

**Показатели качества стоматологической помощи** являются главным результатом деятельности стоматологических организаций. Наибольшую значимость среди них имеют следующие:

- отношение числа вылеченных зубов к удаленным;

- удельный вес осложненного кариеса;
- удельный вес осложнений после удаления зубов;
- частота случаев удаления постоянных зубов у детей.

**Показатель отношения числа вылеченных зубов к удаленным** характеризует уровень санитарной культуры населения, внедрения современных медицинских технологий и имеет специфические особенности для детского и взрослого населения. Рассчитывают по формуле:

<b>Отношение числа вылеченных зубов к удаленным*</b>	=	$\frac{\text{Число вылеченных зубов}}{\text{Общее число удаленных зубов} - \text{число удаленных по смене прикуса}}$
--	---	--

*\*Примечание:* показатель можно рассчитывать отдельно для детского (до 17 лет включительно) и взрослого населения.

Рекомендуемое значение показателя для детского населения 800:1 (для постоянных зубов), взрослого населения — 3:1.

**Показатель удельного веса осложненного кариеса** характеризует уровень санитарной культуры населения, доступность стоматологической помощи, квалификацию специалистов и обеспеченность стоматологических организаций необходимыми материальными ресурсами. Рассчитывают по формуле:

<b>Удельный вес осложненного кариеса</b>	=	$\frac{\text{Число вылеченных зубов по поводу пульпита, периодонтита}}{\text{Общее число вылеченных зубов}} \times 100$
--	---	---

Значение показателя не должно превышать 15%.

**Показатель удельного веса осложнений после удаления зубов** характеризует уровень профессиональной подготовки врачей-стоматологов (зубных врачей), обеспеченность стоматологических организаций необходимыми лекарственными средствами и расходными материалами. Рассчитывают по формуле:

<b>Удельный вес осложнений после удаления зубов</b>	=	$\frac{\text{Число осложнений после удаления зубов}}{\text{Общее число удаленных зубов}} \times 100$
---	---	--

Допустимое максимальное значение показателя 1,0%.

**Показатель частоты случаев удаления постоянных зубов у детей** характеризует качество организации профилактической работы, полноты и своевременности санации полости рта у детского населения. Рассчитывают по формуле:

$$\text{Частота случаев удаления постоянных зубов у детей} = \frac{\text{Число удаленных постоянных зубов}}{\text{Общее число санированных детей}} \times 1000$$

Допустимое максимальное значение показателя 1,5 на 1000 санированных детей.

**Показатели диспансеризации больных стоматологического профиля.** Диспансеризация больных, нуждающихся в стоматологической помощи, оценивается следующими показателями:

- эффективностью диспансеризации;
- долей санированных лиц;
- индексом Коллегова.

**Показатель эффективности диспансеризации** используют для анализа динамического наблюдения больных, страдающих заболеваниями полости рта. Рассчитывают по формуле:

$$\text{Эффективность диспансеризации} = \frac{\text{Число больных, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу болезней полости рта с улучшением состояния (ухудшением, без изменения) на конец отчетного периода}}{\text{Общее число больных, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу данного заболевания на конец отчетного периода}} \times 100$$

Рекомендуемые значения показателя для группы диспансерных больных с заболеваниями полости рта: с улучшением состояния – не менее 85%, с ухудшением – не более 15%.

**Показатель доли санированных лиц** характеризует полноту санации больных с заболеваниями полости рта, выявленных при медицинских осмотрах. Рассчитывают по формуле:

$$\text{Доля санированных лиц} = \frac{\text{Число санаций полости рта}}{\text{Общее число лиц, первично обратившихся за стоматологической помощью}} \times 100$$

Рекомендуемое значение показателя 100%.

**Индекс Коллегова** характеризует уровень работы по профилактике и лечению заболеваний полости рта у детей в организованных коллективах. Рассчитывают по формуле:

$$\text{Индекс Коллегова} = \frac{\text{Число здоровых, ранее санированных и санированных при медицинских осмотрах детей в организованном коллективе}}{\text{Общее число детей в организованном коллективе}}$$

Рекомендуемое значение показателя 1,0.

**Контрольные вопросы**

1. В каких учреждениях населению оказывают стоматологическую помощь?
2. В каких организационных формах оказывают стоматологическую помощь населению?
3. Перечислите основные задачи стоматологической поликлиники. Приведите ее примерную организационную структуру.
4. Каковы особенности организации стоматологической помощи детскому населению?
5. Какие основные задачи решает детская стоматологическая поликлиника?
6. В чем перспективы развития стоматологической службы в условиях рыночной экономики?
7. Какие основные формы первичной учетной медицинской документации используют в стоматологических организациях?
8. По каким статистическим показателям анализируют деятельность стоматологических организаций? Приведите формулы их расчета, рекомендуемые значения.

## Глава 18

### Особенности организации работы учреждений здравоохранения в сельской местности

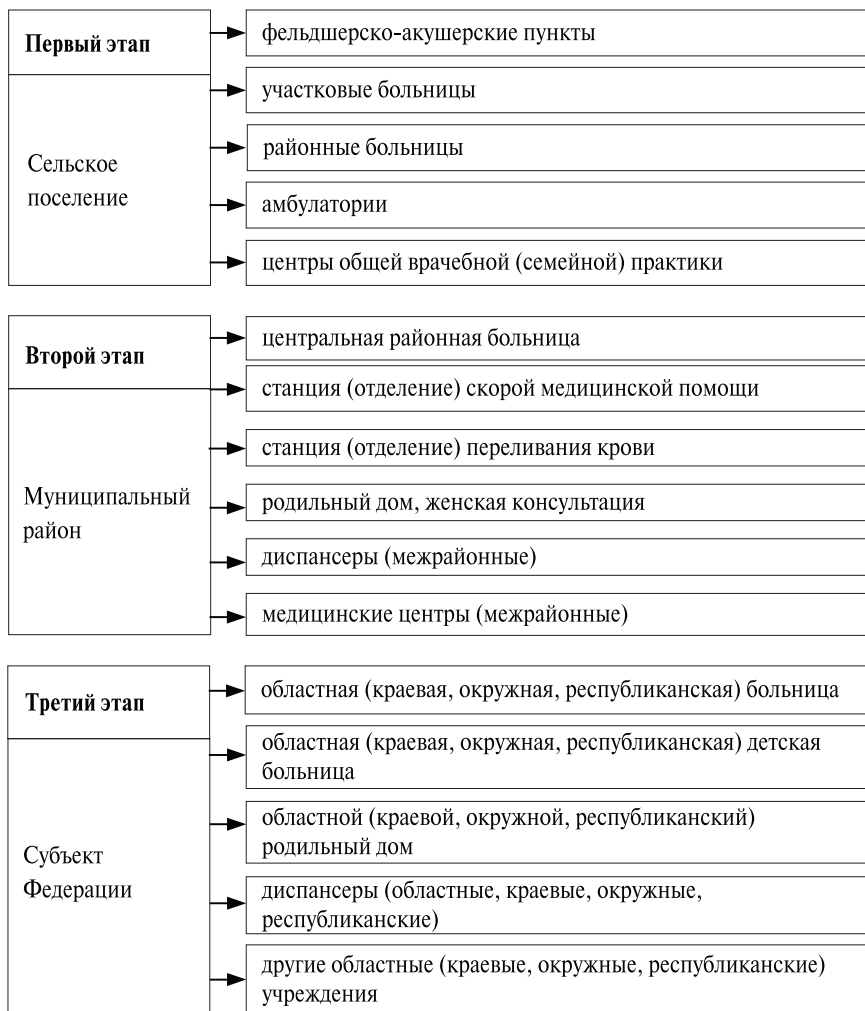
В основе организации медицинской помощи жителям села лежат те же принципы, что и городскому населению, однако сельская местность имеет свои особенности:

- низкую (по сравнению с городом) плотность населения, разбросанность населенных пунктов и их отдаленность;
- плохое качество, а порой и отсутствие дорог;
- специфику сельскохозяйственного труда (сезонность полевых работ, зависимость от погодных условий и др.);
- отличные от городских условия и образ жизни населения и др.

Данные особенности накладывают отпечаток на систему организации медицинской помощи сельским жителям. Это касается типа, мощности, дислокации учреждений здравоохранения, обеспеченности их квалифицированными медицинскими кадрами, возможности получения специализированной медицинской помощи. Эти особенности также диктуют необходимость разработки и введения дифференцированных нормативов по отдельным видам ресурсов. Например, для сельских районов, расположенных на больших территориях с низкой плотностью населения (Крайний Север, Сибирь, Дальний Восток), норматив численности населения для организации фельдшерско-акушерского пункта или центра общей врачебной (семейной) практики значительно ниже такового на юге страны, где плотность населения выше, населенные пункты расположены близко друг от друга и имеется хорошее транспортное сообщение.

Главной особенностью оказания медицинской помощи сельскому населению является ее этапность. Условно выделяют 3 этапа (*рис. 18.1*).

**Первый этап** — учреждения здравоохранения сельского поселения, которые входят в состав комплексного терапевтического участка. На этом этапе сельские жители получают доврачебную, а также основные виды врачебной медицинской помощи — терапевтическую, педиатрическую, хирургическую, акушерскую, гинекологическую, стоматологическую.



**Рис. 18.1.** Этапы оказания медицинской помощи сельскому населению

Первым медицинским учреждением, в которое, как правило, обращается сельский житель, является *фельдшерско-акушерский пункт (ФАП)*. Он функционирует как структурное подразделение участковой или центральной районной больницы. ФАП целесообразно организовывать в населенных пунктах с числом жителей от 700 и более при расстоянии до ближайшего медицинского учреждения свыше 2 км, а если расстояние превышает 7 км, то и в населенных пунктах с числом жителей до 700 человек.



На ФАП возлагается решение большого комплекса медико-санитарных задач:

- проведение мероприятий, направленных на профилактику и снижение заболеваемости, травматизма и отравлений среди сельского населения;
- снижение смертности, прежде всего, младенческой, материнской, в трудоспособном возрасте;
- оказание населению доврачебной медицинской помощи;
- участие в текущем санитарном надзоре за детскими дошкольными и школьными образовательными учреждениями, коммунальными, пищевыми, промышленными, и другими объектами, водоснабжением и очисткой населенных мест;
- проведение подворных обходов по эпидемическим показаниям с целью выявления инфекционных больных, контактных с ними лиц и подозрительных на инфекционные заболевания;
- повышение санитарно-гигиенической культуры населения.

Таким образом, ФАП является учреждением здравоохранения в большей степени профилактической направленности. На ФАП возлагают и функции аптечного пункта по продаже населению готовых лекарственных форм и других аптечных товаров.

Работу ФАП возглавляет *заведующий*, основными задачами которого являются:

- организация лечебно-профилактической и санитарно-эпидемиологической работы;
- амбулаторный прием и лечение больных на дому;
- оказание скорой и неотложной медицинской помощи при острых заболеваниях и несчастных случаях (ранения, кровотечения, отравления и др.) с последующим направлением больного в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение;
- подготовка больных к приему врачом на ФАП, проведение диспансеризации населения и профилактических прививок;
- проведение противоэпидемических мероприятий, в частности, подворных обходов по эпидемическим показаниям с целью выявления инфекционных больных, контактных с ними лиц и подозрительных на инфекционные заболевания;
- оказание медицинской помощи детям в дошкольных и школьных образовательных учреждениях, расположенных на территории деятельности ФАП и не имеющих в своих штатах соответствующих средних медицинских работников;
- проведение санитарно-просветительной работы среди населения.

На должность заведующего ФАП назначают лицо, получившее среднее медицинское образование по специальности «Лечебное дело» и имеющее сертификат по специальности «Лечебное дело».

Кроме заведующего на ФАП работают акушерка и патронажная медицинская сестра.

*Акушерка ФАП* несет ответственность за обеспечение и уровень оказания доврачебной медицинской помощи беременным и гинекологическим больным, а также за санитарно-просветительную работу среди населения по вопросам охраны материнства и детства.

Акушерка непосредственно подчиняется заведующему ФАП, а методическое руководство ее работой осуществляет врач акушер-гинеколог лечебно-профилактического учреждения, на которого возложена ответственность за оказание акушерско-гинекологической помощи населению на территории деятельности ФАП.

*Патронажная медицинская сестра* осуществляет профилактические мероприятия по оздоровлению детского населения. В этих целях она решает следующие задачи:

- проводит патронаж здоровых детей в возрасте до 1 года, в том числе новорожденных на дому, осуществляет контроль за рациональным вскармливанием ребенка;
- осуществляет мероприятия по профилактике рахита и гипотрофии;
- проводит профилактические прививки и диагностические пробы;
- проводит профилактическую работу в дошкольных и школьных образовательных учреждениях (расположенных на территории деятельности ФАП и не имеющих в своих штатах соответствующих средних медицинских работников);
- готовит больных детей к приему на ФАП врачом-педиатром;
- проводит подворные обходы по эпидемическим показаниям с целью выявления инфекционных больных, контактных с ними лиц и подозрительных на инфекционные заболевания и др.

При отсутствии в штатном расписании должности патронажной медицинской сестры акушерка помимо своих обязанностей ведет наблюдение за состоянием здоровья и развитием детей 1-го года жизни. При отсутствии в штате фельдшерско-акушерского пункта акушерки и патронажной медицинской сестры их обязанности выполняет заведующий ФАП.

Несмотря на важную роль ФАП, ведущим медицинским учреждением на 1-м этапе оказания медицинской помощи жителям села является *участковая больница*, которая в своем составе может иметь стационар и врачебную амбулаторию. Виды и объем медицинской

помощи в участковой больнице, ее мощность, оснащение, укомплектованность медицинскими кадрами во многом зависят от профиля и мощности других медицинских учреждений, входящих в систему здравоохранения муниципального района (сельского поселения). Основной задачей участковой больницы является оказание населению первичной медико-санитарной помощи.

Амбулаторно-поликлиническая помощь населению является важнейшим разделом работы участковой больницы. Она может оказываться *амбулаторией*, входящей в структуру больницы, или самостоятельной амбулаторией. Основной задачей амбулатории является проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, инвалидности, смертности среди населения, раннему выявлению заболеваний, диспансеризации больных. Врачи амбулатории ведут прием взрослых и детей, осуществляют вызовы на дом и неотложную помощь. В приеме больных могут принимать участие и фельдшера, однако медицинская помощь в амбулатории преимущественно должна оказываться врачами. В участковой больнице проводят экспертизу временной нетрудоспособности, а в случае необходимости больных направляют на МСЭ.

С целью приближения специализированной медицинской помощи жителям села врачи центральной районной больницы по определенному графику выезжают в амбулаторию для приема больных и отбора их в случае необходимости на госпитализацию в специализированные учреждения. В последнее время во многих субъектах РФ происходит процесс реорганизации участковых больниц и амбулаторий в центры общей врачебной (семейной) практики.

**Вторым этапом** обеспечения медицинской помощью сельского населения являются учреждения здравоохранения муниципального района, а среди них ведущее место занимает *центральная районная больница (ЦРБ)*. ЦРБ осуществляет основные виды специализированной медицинской помощи и одновременно выполняет функции органа управления здравоохранением на территории муниципального района.

Мощность ЦРБ, профиль специализированных отделений в ее составе зависят от численности населения, структуры и уровня заболеваемости, иных медико-организационных факторов и определяются администрациями муниципальных образований. Как правило, ЦРБ бывают мощностью от 100 до 500 коек, а количество специализированных отделений в ней — не менее 5: терапевтическое, хирургическое с травматологией, педиатрическое, инфекционное и акушерско-гинекологическое (если в районе нет родильного дома).

Главный врач центральной районной больницы является руководителем здравоохранения муниципального района; назначается и освобождается от должности администрацией муниципального района.

Примерная организационная структура ЦРБ представлена на *рис. 18.2*.



**Рис. 18.2.** Примерная организационная структура центральной районной больницы.

Методическую, организационную и консультативную помощь врачам комплексных терапевтических участков, фельдшерам ФАП осуществляют специалисты центральных районных больниц. Каждый из них согласно утвержденному графику выезжает на комплексный терапевтический участок для проведения медицинских осмотров, анализа диспансерной работы, отбора больных на госпитализацию.

С целью приближения специализированной медицинской помощи к сельскому населению создаются *межрайонные медицинские центры*. Функции таких центров выполняют крупные ЦРБ (мощностью 500–700 коек), способные обеспечить население данного муниципального района недостающими видами специализированной стационарной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

В структуре ЦРБ имеется поликлиника, которая оказывает первичную медико-санитарную помощь сельскому населению по направлениям фельдшеров ФАП, врачей амбулаторий, центров общей врачебной (семейной) практики.

Оказание внебольничной и стационарной лечебно-профилактической помощи детям в муниципальном районе возлагается на *детские консультации* (поликлиники) и детские отделения ЦРБ. Профилактическая и лечебная работа детских поликлиник и детских отделений районных больниц осуществляется согласно тем же принципам, что и в городских детских поликлиниках.

Оказание акушерско-гинекологической помощи женщинам в муниципальном районе возлагают на *женские консультации*, родильные и гинекологические отделения ЦРБ.

Функциональные обязанности медицинского персонала, учетно-отчетная документация, расчет статистических показателей деятельности ЦРБ принципиально не отличаются от таковых в городских больницах и амбулаторно-поликлинических учреждениях.

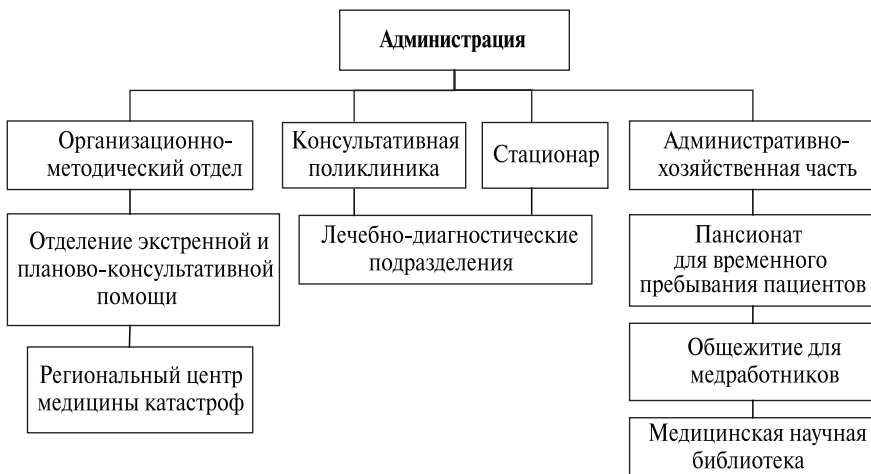
**Третьим этапом** обеспечения сельского населения медицинской помощью являются учреждения здравоохранения субъекта федерации, а среди них главную роль играют областные (краевые, окружные, республиканские) больницы. На этом этапе осуществляется оказание специализированной медицинской помощи по всем основным специальностям.

*Областная (краевая, окружная, республиканская) больница* — крупное многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, призванное оказывать в полном объеме специализированную помощь не только сельским, но и всем жителям субъекта РФ. Она является центром организационно-методического руководства медицинскими учреждениями, размещенными на территории области (края, округа, республики), базой специализации и повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала.

Примерная организационная структура областной (краевой, окружной, республиканской) больницы представлена на *рис. 18.3*.

Функциональные обязанности медицинского персонала, методика расчета статистических показателей, учетно-отчетная документация областной (краевой, окружной, республиканской) больницы принципиально не отличаются от таковых в городской или центральной районной больницах. В то же время организация работы областной (краевой, окружной, республиканской) больницы имеет свои особенности, одной из которых является наличие в составе больницы *консультативной поликлиники (КП)*, куда за помощью приезжают жители всех муниципальных районов (городских

округов) субъекта РФ. Для их размещения при больнице организуют пансионат или гостиницу для пациентов.



**Рис. 18.3.** Примерная организационная структура областной (краевой, окружной, республиканской) больницы.

В консультативную поликлинику больных направляют, как правило, после предварительной консультации и обследования у районных (городских) врачей-специалистов.

Другой особенностью областной (краевой, окружной, республиканской) больницы является наличие в ее составе *отделения экстренной и планово-консультативной помощи*, которое, используя средства санитарной авиации или наземного автотранспорта, оказывает экстренную и консультативную помощь с выездом в отдаленные населенные пункты. Кроме того, отделение обеспечивает доставку больных в специализированные региональные и федеральные медицинские центры.

Отделение экстренной и планово-консультативной помощи работает в тесной связи с *региональным центром медицины катастроф*. В чрезвычайных ситуациях практическую работу по выполнению санитарных заданий осуществляют бригады специализированной медицинской помощи постоянной готовности.

В отличие от ЦРБ, в областной (краевой, окружной, республиканской) больнице функции *организационно-методического отдела* значительно шире. Фактически он служит аналитическим центром и научно-методической базой органа управления здравоохранением субъекта РФ по внедрению в практику современных медицинских и организационных технологий.

К организационной деятельности отдела относится проведение региональных фельдшерских (сестринских) конференций, обобщение и распространение передового опыта учреждений здравоохранения, организация медицинских осмотров населения, плановых выездов специалистов, издание инструктивно-методических материалов и др.

Научно-исследовательская работа является одним из направлений деятельности областной (краевой, окружной, республиканской) больницы. Она включает в себя проведение совместно с кафедрами медицинских вузов и научно-исследовательскими институтами исследований, внедрение научных результатов в практическую работу медицинских учреждений, организацию научных конференций и семинаров, работу научных обществ врачей и др.

### Контрольные вопросы

1. Какие особенности сельской местности определяют специфику организации медицинской помощи жителям села?
2. Перечислите 3 этапа организации медицинской помощи сельскому населению. Раскройте содержание каждого из них.
3. Какие задачи возлагаются на ФАП?
4. Что входит в функциональные обязанности заведующего ФАП?
5. Какие обязанности возлагаются на акушерку и патронажную медицинскую сестру ФАП?
6. Какие задачи выполняет ЦРБ? Приведите ее примерную организационную структуру.
7. Какие задачи возложены на областную (краевую, окружную, республиканскую) больницу? Выделите основные особенности ее работы.
8. Приведите примерную организационную структуру областной (краевой, окружной, республиканской) больницы.

## Глава 19

# Организация санаторно-курортной помощи населению

### 19.1. Общие положения

Санаторно-курортное лечение (СКЛ) является одним из востребованных и эффективных направлений медицинской реабилитации. При функциональных нарушениях, используя методы санаторно-курортной терапии, можно путем активации процессов адаптации организма не допустить развития заболеваний. При хронических формах заболеваний СКЛ способствует восстановлению и компенсации нарушенных функций, замедляет прогрессирование заболевания, уменьшает число обострений, удлиняет период ремиссии. Таким образом, задача СКЛ заключается в активизации защитных реакций организма, направленных на сохранение относительного постоянства его внутренней среды. В основе санаторно-курортной терапии лежит использование природных лечебных факторов, к которым относятся климат, минеральные воды и лечебные грязи.

СКЛ в России имеет давние традиции. Первый курорт России – Марциальные Воды – был основан в Карелии еще в 1719 г. самим Петром I, и с тех пор лечение и оздоровление на российских курортах стало необычайно популярным у жителей России.

Санаторно-курортный комплекс России не имеет аналогов в мире. В зависимости от характера климато-географических условий и используемых природных лечебных факторов курорты делят на климатолечебные, бальнеологические, грязелечебные и смешанные. Само слово **курорт** (нем. *kur* – лечение и *ort* – место) означает местность с особыми природными лечебными факторами.

**Климатолечебные курорты.** Основными методами лечения являются аэротерапия, гелиотерапия, талассотерапия. Лечебно-профилактическое воздействие климата на организм человека обусловлено рядом природных факторов, главные из которых: положение местности над уровнем моря, степень удаленности от моря, атмосферное давление, температура, циркуляция и влажность воздуха, количество осадков, интенсивность солнечной радиации. Наиболее известные климатолечебные курорты находятся в Сочи, Анапе,



на побережье Балтийского моря и Финского залива, Южном берегу Крыма (Ялта, Алушта), в Подмосковье и др.

**Бальнеологические курорты.** Основной метод лечения – бальнеотерапия – лечение минеральными водами различных типов (углекислыми, щелочными, железистыми, радоновыми и др.), которые образуются в недрах земли под влиянием различных геологических процессов. Это эффективное лечение основано на благоприятном влиянии на организм растворенных в воде газов и солей. Основными бальнеотерапевтическими процедурами являются общие и местные ванны, купания в лечебных бассейнах, питье минеральных вод, промывания-орошения кишечника, ингаляции. Наиболее известными территориями с бальнеологическими курортами являются: Кисловодск, Сочи, Мацеста, Пятигорск, Ессентуки, Железноводск, Карелия, Старая Русса и др.

**Грязелечебные курорты.** Грязелечение (пелоидотерапия) – метод физиотерапии с использованием пелоидов (лечебные грязи). Основным лечебным фактором являются грязи различных типов: торфяные, сапропели (иловые отложения пресных водоемов), сульфидные (иловые отложения минеральных озер, лиманов, морских заливов), сопочные (продукт грязевых вулканов). Наиболее известные грязелечебные курорты находятся в Евпатории, Саки (Крым), Пятигорске, Старой Руссе, Подмосковье и др.

Санаторно-курортный комплекс включает в себя различные медицинские организации: санаторий (для взрослых, детей, для детей с родителями), бальнеологическую лечебницу, грязелечебницу, курортную поликлинику, санаторий-профилакторий, центр восстановительной медицины и реабилитации и др. Всего на территории России в 2006 г. функционировало 4490 санаторно-курортных организаций (СКО) на более чем 760 тыс. коек, в которых ежегодно оздоравливаются более 10 млн человек. Координацию деятельности сети СКО и учреждений восстановительного лечения (реабилитации) осуществляет МЗиСР РФ.

Кроме того, в зависимости от природных лечебных факторов СКО специализируются по отдельным медицинским профилям: для больных туберкулезом, болезнями системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения и обмена веществ, нервной, мочеполовой, костно-мышечной системы, женской репродуктивной сферы, заболеваний кожи и др.

В лечебном процессе СКО, кроме природных факторов, широко используют диетическое питание, лечебную физкультуру, физиотерапию, психотерапию, гомеопатию, фитотерапию, акупунктуру, мануальную терапию и другие методы лечения.

Основным типом СКО является **санаторий**, который возглавляет главный врач, имеющий заместителей по лечебным вопросам и административно-хозяйственной части.

Структура санатория приближена к больничному учреждению и включает в себя приемное отделение, палатные корпуса, специализированные лечебные кабинеты (физиотерапевтический, лечебной физкультуры, массажа, водных процедур, грязелечения, кислородотерапии, психотерапии и др.), диагностические подразделения, административно-хозяйственную часть. В палатных корпусах организуют круглосуточные посты медицинских сестер, которые выполняют врачебные назначения и в случае необходимости оказывают первую медицинскую помощь.

Сроки лечения больных в санаториях зависят от характера заболевания и эффективности природных лечебных факторов данного курорта. В большинстве санаториев они составляют 24–30 сут.

Больным, не нуждающимся в постоянном медицинском наблюдении, проводят **амбулаторно-курортное лечение**, которое осуществляют в курортных поликлиниках, бальнео- и грязелечебницах, питьевых галереях минеральных вод, ингаляториях, расположенных как в самом санатории, так и на территории курорта.

## 19.2. Отбор и направление на санаторно-курортное лечение взрослых

Отбор пациентов на санаторно-курортное и амбулаторно-курортное лечение, как правило, осуществляют учреждения здравоохранения. Лечащий врач на основании анализа объективного состояния пациента, результатов предшествующего лечения, данных лабораторного и инструментального обследования определяет медицинские показания для СКЛ. В сложных и конфликтных ситуациях по представлению лечащего врача (заведующего отделением) заключение о целесообразности санаторно-курортного или амбулаторно-курортного лечения выдает врачебная комиссия (ВК) этого учреждения. Также ВК выдает заключение о показанности или противопоказанности СКЛ гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг.

При решении вопроса о выборе курорта, помимо заболевания, в соответствии с которым больному рекомендовано СКЛ, следует учитывать наличие сопутствующих заболеваний, контрастность климато-географических условий, особенности природных лечебных факторов и других условий лечения на рекомендуемых курортах.

Больных, которым показано СКЛ, но отягощенных сопутствующими заболеваниями, либо с нарушениями здоровья возрастного характера, следует направлять в близко расположенные СКО необходимого профиля.

При наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний пациенту выдают на руки «Справку для получения путевки» (ф. 070/у-04) с рекомендацией СКЛ, о чем лечащий врач делает соответствующую запись в «Медицинской карте амбулаторного больного» (срок действия справки – 6 мес).

Гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, справку для получения путевки выдают на основании заключения ВК лечебно-профилактического учреждения.

Справку вместе с заявлением больной представляет по месту выдачи путевки (региональные отделения Фонда социального страхования, органы управления здравоохранением, СКО, туристические фирмы).

Получив путевку, больной обязан не ранее чем за 2 мес до начала срока ее действия явиться к лечащему врачу с целью проведения дополнительного обследования. При соответствии в путевке профиля СКО данной ранее рекомендации лечащий врач заполняет и выдает больному «Санаторно-курортную карту» (ф.072/у-04), о выдаче которой лечащий врач также делает соответствующую запись в «Медицинской карте амбулаторного больного».

Если пациент приобретает путевку самостоятельно, лечащий врач организует необходимое обследование и при наличии медицинских показаний для данного курорта выдает «Санаторно-курортную карту».

**Направление работников на долечивание (реабилитация).** В 2006 г. соответствующим Приказом МЗиСР РФ утвержден порядок направления больных из числа работающих застрахованных граждан на долечивание в специализированные санатории (отделения) непосредственно после стационарного лечения.

Лечебно-профилактическое учреждение осуществляет отбор и направляет на долечивание в специализированные санатории больных после острого инфаркта миокарда, операций на сердце и магистральных сосудах, острого нарушения мозгового кровообращения, операций по поводу язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, других заболеваний, а также после пролеченных заболеваний беременных женщин из групп риска.

Санаторно-курортные путевки на долечивание в санатории выдают лечебно-профилактические учреждения, заключившие соответ-

ствующий договор с региональным отделением Фонда социального страхования РФ.

Выдачу листков нетрудоспособности на период СКЛ осуществляют в порядке, изложенном в гл. 21.

**Порядок приема и выписки больных.** По прибытии в СКО больной предъявляет путевку, санаторно-курортную карту и полис обязательного медицинского страхования.

После первичного осмотра лечащий врач СКО выдает больному «Санаторную книжку», в которую записывает назначенные лечебные процедуры.

В отдельных случаях пребывание больного в СКО может повлечь за собой ухудшение его состояния здоровья и считается для него противопоказанным.

В таких случаях лечащий врач или ВК СКО должны определить:

- возможность оставления больного в СКО для проведения бальнеологического, климатического, медикаментозного или другого лечения;
- необходимость перевода больного в больницу или транспортировки с выделением сопровождающего по месту жительства;
- необходимость оказания содействия в приобретении проездных билетов и др.

По завершении курса СКЛ больному выдают обратный талон санаторно-курортной карты и «Санаторную книжку» с данными о проведенном в СКО лечении, его эффективности, рекомендациями по режиму работы, питания и отдыха. Обратный талон санаторно-курортной карты больной обязан представить в лечебно-профилактическое учреждение, которое ее выдало.

### **19.3. Особенности направления на санаторно-курортное лечение детей**

Направление детей на СКЛ осуществляется в порядке, аналогичном для взрослых больных, в то же время имеет некоторые особенности.

Перед направлением ребенка на СКЛ лечащий врач организует его клинико-лабораторное обследование в зависимости от характера заболевания, а также санацию хронических очагов инфекции, противоглистное или противоязвенное лечение.

При направлении на СКЛ ребенка необходимо иметь следующие документы:

- путевку;

- «Санаторно-курортную карту для детей» (ф. 076/у-04);
- полис обязательного медицинского страхования;
- анализ на энтеробиоз;
- заключение врача-дерматолога об отсутствии заразных заболеваний кожи;
- справку врача-педиатра или врача-эпидемиолога об отсутствии контакта ребенка с инфекционными больными по месту жительства, в детском саду или школе.

Для детей, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, наиболее эффективно лечение на климатолечебных и бальнеогрязевых курортах Геленджика, Кисловодска, Калининградской, Ленинградской курортных зон, Сочи и др.

При болезнях органов дыхания рекомендуется проходить лечение на климатолечебных и бальнеогрязевых курортах Анапы, Кисловодска, Нальчика, Пятигорска, Владивостокской курортной зоны и др.

Заболевания органов пищеварения успешно лечат в санаториях с питьевыми минеральными водами (Ессентуки, Железноводск, Пятигорск, Ижевские минеральные воды, Хилово и др.).

Детям с заболеваниями опорно-двигательного аппарата показаны бальнеогрязевые курорты Анапы, Кашина, Липецка, Сочи, Старой Руссы, Ленинградской курортной зоны и др.

Дети, страдающие нервными и психоневрологическими заболеваниями, должны проходить санаторно-курортное лечение в специализированных психоневрологических санаториях Анапы, Белокурихи, Ейска, Пятигорска, Юматова, Хилова.

Большой популярностью пользуются бальнеогрязевые курорты Анапы, Горячинска, Красноусольска, Мацесты, Талги для СКЛ детей при распространенных заболеваниях кожи (атопический, себорейный дерматит, псориаз, крапивница, витилиго, плоский красный лишай и др.).

По окончании СКЛ на ребенка выдают обратный талон санаторно-курортной карты для представления в лечебно-профилактическое учреждение, выдавшее санаторно-курортную карту, а также санаторную книжку с данными о проведенном в СКО лечении, его эффективности, медицинскими рекомендациями. Данную документацию выдают на руки родителям или сопровождающему лицу.

**Контрольные вопросы**

1. В чем заключаются особенности СКЛ? Какова его задача?
2. Что такое курорт? Какие виды курортов вы знаете?
3. Перечислите основные структурные подразделения санатория.
4. Раскройте порядок отбора и направления на СКЛ взрослых.
5. После каких заболеваний осуществляют отбор и направление больных из числа работающих застрахованных граждан на долечивание (реабилитацию) в специализированные санатории?
6. Каков порядок приема и выписки больных в СКО?
7. В чем заключаются особенности отбора и направления на СКЛ детей?
8. Перечислите наиболее популярные курорты для детей.

## Глава 20

### Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей на потребительском рынке

В 2004 г. в соответствии с Указом Президента РФ была образована Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), которая явилась правопреемником Государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ. На Федеральную службу возложено решение двух важнейших задач:

- контроль и надзор в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- защита прав потребителей на потребительском рынке.

Для решения этих задач Федеральной службе были переданы части функций Министерства здравоохранения, Министерства экономического развития и торговли, Министерства по антимонопольной политике и поддержке предпринимательства.

#### 20.1. Общие принципы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Санитарно-эпидемиологическое благополучие граждан РФ обеспечивается путем неукоснительного соблюдения санитарного законодательства, в системе которого базовым является Федеральный закон от 30.03.1999 №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

В соответствии с этим законом *санитарно-эпидемиологическое благополучие населения* представляет собой состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности, и является одним из основных условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду.

Для достижения санитарно-эпидемиологического благополучия населения проводят следующий комплекс мероприятий:

- профилактику заболеваний в соответствии с санитарно-эпидемиологической обстановкой и прогнозом ее изменения;

- выполнение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и обязательное соблюдение гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарных правил как составной части осуществляемой ими деятельности;
- государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование;
- государственный санитарно-эпидемиологический надзор;
- сертификацию продукции, работ и услуг, представляющих потенциальную опасность для человека;
- лицензирование видов деятельности, представляющих потенциальную опасность для человека;
- государственную регистрацию потенциально опасных для человека химических и биологических веществ, отдельных видов продукции, радиоактивных веществ, отходов производства и потребления, а также впервые ввозимых на территорию РФ отдельных видов продукции;
- проведение социально-гигиенического мониторинга;
- осуществление мер по своевременному информированию населения о возникновении инфекционных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), состоянии среды обитания и проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятиях;
- принятие мер по гигиеническому воспитанию, обучению населения и пропаганде здорового образа жизни;
- привлечение к ответственности за нарушение законодательства РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и др.

Осуществление этого обширного комплекса мероприятий, а также координация деятельности по его выполнению с лечебно-профилактическими учреждениями возложены на Роспотребнадзор, его территориальные органы и учреждения.

## **20.2. Общие принципы защиты прав потребителей на потребительском рынке**

Отношения в области защиты прав потребителей на потребительском рынке регулируются Законом РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей» по следующим направлениям:

- защита прав потребителей при продаже товаров;
- защита прав потребителей при выполнении работ (оказании услуг);



- государственная и общественная защита прав потребителей.

Реализация этого закона осуществляется путем:

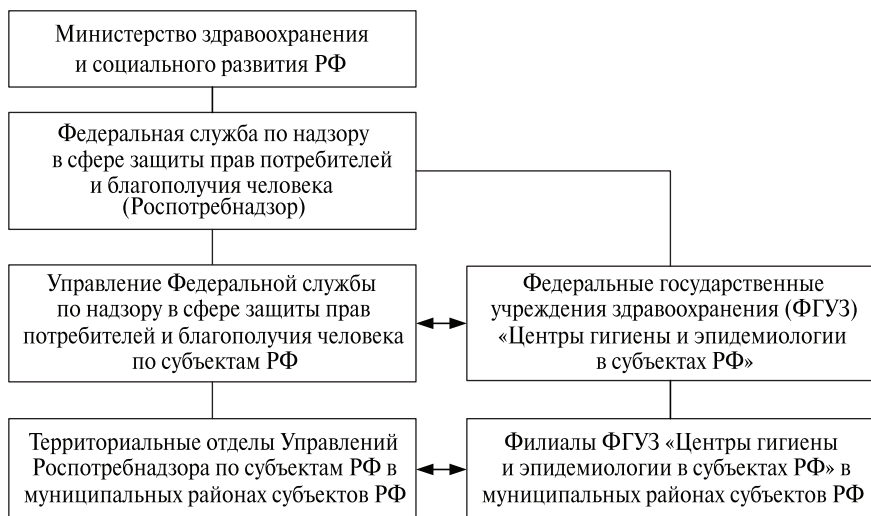
- принятия мер по приостановлению производства и реализации товаров (выполнение работ, оказание услуг), несоответствующих обязательным требованиям, и информированию об этом потребителей;
- направления в орган, осуществляющий лицензирование, материалов о нарушении прав потребителей для рассмотрения вопросов о приостановлении действия или аннулировании соответствующей лицензии;
- направления в органы прокуратуры, другие правоохранительные органы материалов для решения вопросов о возбуждении уголовных дел по признакам преступлений, связанных с нарушением прав потребителей;
- обращения в суд с заявлениями в защиту прав потребителей;
- привлечения к ответственности за нарушения законодательства РФ в сфере защиты прав потребителей на потребительском рынке.

Настоящий Закон регулирует отношения, возникающие между потребителями и изготовителями, исполнителями, продавцами при продаже товаров (выполнение работ, оказание услуг), устанавливает права потребителей на приобретение товаров (работ, услуг) надлежащего качества и безопасных для жизни, здоровья и окружающей среды.

### **20.3. Органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор и контроль в сфере защиты прав потребителей на потребительском рынке**

Федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным осуществлять функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей на потребительском рынке в РФ, является **Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор)**, которая находится в ведении Министерства здравоохранения и социального развития РФ и осуществляет свою деятельность непосредственно и через свои территориальные органы (*рис. 20.1*).

Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека является главным государственным санитарным врачом РФ.



**Рис. 20.1.** Организационно-функциональная структура Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека является **Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по субъекту РФ**. Оно осуществляет свою деятельность на территории субъекта РФ непосредственно и через свои территориальные отделы.

Руководитель Управления по субъекту РФ является главным государственным санитарным врачом по субъекту РФ.

Управление работает во взаимодействии с территориальными органами других федеральных органов исполнительной власти, органами исполнительной власти субъекта РФ, местного самоуправления, общественными объединениями и иными организациями.

Управление по субъекту РФ в соответствии с возложенными на него задачами и в пределах своей компетенции осуществляет:

- надзор и контроль за соблюдением законодательства РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей;
- деятельность по предупреждению, обнаружению, пресечению нарушений законодательства РФ в области защиты прав потребителей и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в целях охраны здоровья населения и среды обитания;
- применение мер административного, ограничительного, предупредительного и профилактического характера, направленных

на недопущение и (или) ликвидацию последствий нарушений гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарного законодательства и прав потребителей;

- организацию проведения необходимых исследований, испытаний, экспертиз, анализов и оценок по вопросам осуществления надзора в пределах своей компетенции;

- лицензирование деятельности, связанной с использованием возбудителей инфекционных заболеваний, а также с использованием источников ионизирующего излучения;

- деятельность по государственной регистрации отдельных видов продукции в соответствии с предоставленными полномочиями;

- санитарно-карантинный надзор (контроль) в пунктах пропуска через Государственную границу РФ в целях предупреждения завоза и распространения карантинных и других инфекционных заболеваний, потенциально опасных для населения товаров и грузов, а также ввоза и реализации на территории Российской Федерации товаров, химических, биологических и радиоактивных веществ, отходов и иных грузов, представляющих опасность для человека;

- организацию проведения мероприятий по установлению и устранению причин и условий возникновения и распространения инфекционных, паразитарных и профессиональных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) людей, связанных с воздействием неблагоприятных факторов среды обитания человека.

Кроме того, к важнейшим функциям Управления по субъекту РФ относятся организация и проведение социально-гигиенического мониторинга, подготовка ежегодных государственных докладов о санитарно-эпидемиологической обстановке в субъектах РФ и о защите прав потребителей.

Эффективность проведения комплекса мероприятий по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия во многом зависит от тесного взаимодействия Управлений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по субъектам РФ с органами управления здравоохранением субъектов РФ. Это взаимодействие достигается путем разработки и реализации региональных программ в части санитарно-эпидемиологического благополучия и охраны здоровья населения, комплексных межведомственных планов мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний, совместной подготовкой приказов и иных документов, обсуждения актуальных вопросов на совместных коллегиях, совещаниях, семинарах, конференциях.

Приоритетным направлением деятельности Роспотребнадзора и его территориальных органов является осуществление комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, который включает в себя организационные, административные, инженерно-технические, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, предотвращение возникновения и распространения инфекционных и массовых инфекционных заболеваний (отравлений), их ликвидацию.

Для оценки эффективности проводимых мероприятий в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения, а также подготовки дополнительных предложений по устранению вредных воздействий факторов среды обитания человека, на территории РФ проводят социально-гигиенический мониторинг на основании Положения, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 02.02.2006 № 60.

**Социально-гигиенический мониторинг** – государственная система наблюдения, анализа и прогноза состояния здоровья населения и среды обитания человека, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием на него факторов среды обитания человека.

Одна из главных задач проведения социально-гигиенического мониторинга (далее – мониторинг) – выявление причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания человека и разработка на основе этого предложений по улучшению санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Мониторинг проводится Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека совместно с другими федеральными органами исполнительной власти.

Для информационного обеспечения мониторинга используют ряд показателей:

***Показатели среды обитания человека:***

- биологические (бактериальные, паразитарные);
- химические, в том числе источники антропогенного воздействия на окружающую природную среду;
- физические (шум, вибрация, ультразвук, инфразвук, тепловое, ионизирующее, неионизирующее и иные излучения);
- социальные (структура и качество питания, безопасность пищевых продуктов, водоснабжение, условия быта, труда и отдыха);
- природно-климатические факторы.

***Показатели здоровья населения:***

- медико-демографические;
- заболеваемость;
- физическое здоровье.

Для обеспечения деятельности Управлений Роспотребнадзора по субъектам РФ созданы **Федеральные государственные учреждения здравоохранения (ФГУЗ) «Центры гигиены и эпидемиологии в субъектах РФ»**, которые также являются правопреемниками ранее существовавших Центров государственного санитарно-эпидемиологического надзора в субъектах РФ. «Центры гигиены и эпидемиологии в субъектах РФ» являются некоммерческой организацией и входят в единую федеральную централизованную систему органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический контроль и надзор.

Основными задачами «Центров гигиены и эпидемиологии в субъектах РФ» являются:

- необходимые для осуществления государственного санитарно-эпидемиологического контроля и надзора исследования, испытания, измерения, экспертизы и иные виды оценок;
- государственный учет инфекционных, паразитарных и профессиональных заболеваний, пищевых отравлений, других заболеваний и отравлений, связанных с воздействием неблагоприятных факторов среды обитания человека;
- социально-гигиенический мониторинг, оценка риска воздействия вредных и опасных факторов среды обитания на здоровье человека;
- статистическое наблюдение в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, сфере защиты прав потребителей, контроля за соблюдением правил продажи отдельных видов товаров; ведение учета и отчетности.

За нарушение законодательства в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей в соответствии с Федеральным законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», Законом РФ «О защите прав потребителей» устанавливается дисциплинарная, гражданско-правовая, административная и уголовная ответственность.

### **Контрольные вопросы**

1. Какие 2 важнейшие задачи возложены на Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека?
2. Раскройте понятие «санитарно-эпидемиологическое благополучие населения».
3. Какой комплекс мероприятий должен проводиться для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения?
4. По каким основным направлениям Законом предусмотрена защита прав потребителей на потребительском рынке?
5. Приведите организационно-функциональную структуру Роспотребнадзора.
6. Какие задачи выполняет Управление Роспотребнадзора по субъекту РФ?
7. Как организован социально-гигиенический мониторинг? Какие показатели для этого используются?
8. Перечислите основные задачи Центров гигиены и эпидемиологии субъектов РФ.

## Глава 21

### Экспертиза трудоспособности

#### 21.1. Общие положения

*Экспертиза трудоспособности* – вид экспертизы, который заключается в определении причин, длительности, степени временной или стойкой утраты трудоспособности человека в связи с заболеванием, травмой или другой причиной, а также определение потребности пациента в видах медицинской помощи и мерах социальной защиты.

*Трудоспособность* – такое состояние организма человека, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяет выполнять работу определенного объема и качества. Врач на основании данных всестороннего медицинского освидетельствования должен установить наличие или отсутствие заболевания у конкретного человека. Трудоспособность имеет медицинские и социальные критерии.

**Медицинские критерии трудоспособности** включают своевременно поставленный клинический диагноз с учетом выраженности морфологических изменений, тяжести и характера течения заболевания, наличия декомпенсации и ее стадии, осложнений, определение ближайшего и отдаленного прогноза развития заболевания.

Однако не всегда больной человек является нетрудоспособным. Например, два человека страдают одним и тем же заболеванием – панарицием. Один из них учитель, другой – повар. Учитель с панарицием может исполнять свои профессиональными обязанности – он трудоспособен, а повар – нет, то есть является нетрудоспособным. Кроме того, причиной нетрудоспособности не всегда является заболевание самого пациента. Например, тот же повар сам может быть здоровым, однако в его семье кто-то заболел вирусным гепатитом, вследствие чего повар не может выполнять свои профессиональные обязанности, то есть заниматься приготовлением пищи, так как у него есть контакт с больным вирусным гепатитом. Следовательно, болезнь и нетрудоспособность не являются иден-

тичными понятиями. При наличии болезни человек может быть трудоспособным, если заболевание не препятствует выполнению профессиональных обязанностей, и нетрудоспособным — если их выполнение затруднено или невозможно.

**Социальные критерии трудоспособности** определяют трудовой прогноз при конкретном заболевании и условиях его труда, отражают все, что связано с профессиональной деятельностью больного: характеристику преобладающего напряжения (физического или нервно-психического), периодичность и ритм работы, нагрузку на отдельные системы и органы, наличие неблагоприятных условий труда и профессиональных вредностей.

Используя медицинские и социальные критерии трудоспособности, медицинский работник проводит экспертизу, в процессе которой может быть установлен факт нетрудоспособности пациента. Под **нетрудоспособностью** понимают состояние, обусловленное болезнью, травмой, ее последствиями или другими причинами, когда выполнение профессионального труда невозможно полностью или частично в течение ограниченного времени или постоянно. Нетрудоспособность может быть временной и стойкой.

## 21.2. Экспертиза временной нетрудоспособности

Если изменения в состоянии здоровья пациента носят временный, обратимый характер, и в ближайшее время ожидается выздоровление или улучшение, а также восстановление трудоспособности, то такой вид нетрудоспособности считается временным. **Временная нетрудоспособность** (ВН) — состояние организма человека, обусловленное заболеванием, травмой и другими причинами, при которых нарушения функций сопровождаются невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение определенного промежутка времени, т.е. они носят обратимый характер.

Различают полную и частичную временную нетрудоспособность.

**Полная временная нетрудоспособность** — невозможность выполнения любого труда на определенный срок, сопровождающаяся необходимостью создания специального режима и проведения лечения.

**Частичная временная нетрудоспособность** наступает у человека в отношении своей обычной профессиональной деятельности при сохранении способности выполнять другую работу с иным облегченным режимом или уменьшенным объемом.



Установление факта временной нетрудоспособности проводится на основании экспертизы и имеет важное юридическое и экономическое значение, так как оно гарантирует гражданину освобождение от работы и получение пособия за счет средств государственного социального страхования. Своевременное освобождение заболевших от работы является одним из действенных профилактических мероприятий по предупреждению осложнений заболеваний, их хронизации.

Таким образом, *экспертиза временной нетрудоспособности* является одним из видов медицинской экспертизы, основная цель которой – оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого лечения, возможности осуществлять профессиональную деятельность, а также определение степени и сроков временной утраты трудоспособности.

Экспертиза временной нетрудоспособности производится в государственных, муниципальных и частных организациях здравоохранения. Различают следующие 5 уровней проведения экспертизы временной нетрудоспособности:

- *первый уровень* – лечащий врач;
- *второй уровень* – врачебная комиссия организации здравоохранения;
- *третий уровень* – врачебная комиссия органа управления здравоохранением муниципального района (городского округа);
- *четвертый уровень* – врачебная комиссия органа управления здравоохранением субъекта РФ;
- *пятый уровень* – главный специалист по экспертизе временной нетрудоспособности МЗиСР РФ.

Контроль за проведением экспертизы временной нетрудоспособности в государственных, муниципальных и частных организациях здравоохранения, а также частнопрактикующими врачами осуществляется органом управления здравоохранением соответствующего уровня, профессиональной медицинской ассоциацией, территориальным отделением Фонда социального страхования РФ. В осуществлении контроля могут участвовать исполнительные органы государственной власти по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности, территориальные Фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации.

При проведении экспертизы временной нетрудоспособности лечащий врач выполняет следующие функции:

- определяет признаки временной утраты трудоспособности

на основе оценки состояния здоровья, характера и условий труда, социальных факторов;

- рекомендует лечебно-оздоровительные мероприятия, вид лечебно-охранительного режима, назначает дополнительные обследования, консультации;
- определяет сроки нетрудоспособности с учетом индивидуальных особенностей течения основного и сопутствующих заболеваний, наличие осложнений и рекомендуемых сроков нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах;
- выдает листок нетрудоспособности в соответствии с порядком, изложенным в разделах 21.3.1–21.3.4;
- своевременно направляет пациента для консультации и продления листка нетрудоспособности на врачебную комиссию (ВК);
- выявляет признаки стойкой утраты трудоспособности и своевременно направляет пациента на ВК и медико-социальную экспертизу;
- анализирует причины заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) и первичного выхода на инвалидность, принимает участие в разработке и реализации мероприятий по их снижению.

Важная роль в организации и проведении экспертизы временной нетрудоспособности отводится врачебной комиссии медицинской организации. Врачебная комиссия создается в медицинской организации независимо от ее организационно-правовой формы и ведомственной принадлежности с целью контроля качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, а также определения трудоспособности граждан и их профессиональной пригодности.

Председателем ВК, как правило, является руководитель медицинской организации или один из его заместителей. Членами ВК являются врачи-специалисты, в том числе врач – клинический фармаколог.

***Врачебная комиссия осуществляет:***

- выдачу листков нетрудоспособности сроком более чем на 30 дней;
- экспертизу временной нетрудоспособности с целью определения необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу;
- принятие решения о направлении гражданина в установленном порядке на медико-социальную экспертизу, в том числе при наличии у этого гражданина признаков инвалидности;

- выдачу заключения пациентам о праве получения ими лечения в медицинских учреждениях за счет средств федерального бюджета;
- выдачу медицинского заключения о характере и степени тяжести повреждения здоровья лиц вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
- принятие решений о выписке лекарственных средств пациентам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, и осуществляет проверку обоснованности выписки лекарственных средств этой категории граждан;
- медицинский отбор совместно с лечащим врачом и направление на СКЛ пациентов, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, а также в сложных и конфликтных ситуациях;
- направление больных из числа работающих застрахованных граждан на долечивание в специализированные санатории (отделения) непосредственно после стационарного лечения;
- выдачу заключений о нуждаемости ребенка в обучении на дому по медицинским показаниям, а также о возможности предоставления студентам академического отпуска.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности отражает заболеваемость работающего населения, поэтому кроме медико-социального она имеет и большое экономическое значение.

### **21.3. Порядок выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность**

Документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность граждан и подтверждающим их временное освобождение от работы, является *листок нетрудоспособности*, который выдается при заболеваниях, травмах и отравлениях и иных состояниях, связанных с временной потерей трудоспособности, на период долечивания в санаторно-курортных учреждениях, при необходимости ухода за больным членом семьи, на период карантина, на время протезирования в условиях стационара, на период отпуска по беременности и родам, при усыновлении ребенка.

Существуют 2 способа выдачи листков нетрудоспособности — централизованный и децентрализованный. *Централизованный способ* чаще используется в крупных поликлиниках, где листки нетрудоспособности оформляют в регистратуре или в специализированных кабинетах централизованной выдачи больничных листков. При *децен-*

*трализованном способе* листок нетрудоспособности оформляет и выдает сам лечащий врач.

Листок нетрудоспособности выполняет следующие функции:

- юридическую (освобождение от работы в случае временной нетрудоспособности);
- финансовую (начисление пособия по временной нетрудоспособности);
- медицинскую (предписывает определенный вид лечебно-охранительного режима);
- статистическую (является первичным медицинским документом для анализа ЗВУТ).

Листок нетрудоспособности выдается застрахованным лицам, являющимся гражданами РФ, а также постоянно или временно проживающим на ее территории иностранным гражданам и лицам без гражданства:

- работающим по трудовым договорам;
- государственным гражданским служащим, муниципальным служащим;
- адвокатам, индивидуальным предпринимателям, в том числе членам крестьянских (фермерских) хозяйств, физическим лицам, не признаваемыми индивидуальными предпринимателями, членам родовых, семейных общин малочисленных народов Севера, добровольно вступившим в отношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и осуществляющим за себя уплату страховых взносов в Фонд социального страхования РФ;
- иным категориям лиц, которые подлежат обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в соответствии с иными федеральными законами, при условии уплаты ими или за них налогов и (или) страховых взносов в Фонд социального страхования РФ;
- лицам, у которых заболевание или травма наступили в течение 30 календарных дней со дня прекращения работы по трудовому договору, осуществления служебной или иной деятельности либо в период со дня заключения трудового договора до дня его аннулирования;
- женщинам, уволенным в связи с ликвидацией организаций и в связи с прекращением деятельности в качестве индивидуального предпринимателя, у которых беременность наступила в течение 12 мес до признания их в установленном порядке безработными;
- гражданам, признанным безработными и состоящим на учете в территориальных органах Федеральной службы по труду и занятости, в случае заболевания, травмы, беременности и родов.

Листок нетрудоспособности выдают следующие медицинские работники:

- лечащие врачи государственных, муниципальных и частных медицинских организаций, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности;
- фельдшеры и зубные врачи медицинских организаций – в отдельных случаях, по решению органа управления здравоохранением субъекта РФ, согласованному с региональным отделением Фонда социального страхования РФ;
- врачи, занимающиеся частной медицинской практикой, имеющие лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности;
- лечащие врачи специализированных (противотуберкулезных) санаториев при наличии лицензии на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности;
- лечащие врачи клиник научно-исследовательских учреждений (институтов), в том числе протезирования или протезостроения – по согласованию с Министерством здравоохранения и социального развития РФ.

*Не выдают* листки нетрудоспособности медицинские работники следующих учреждений здравоохранения:

- учреждений скорой медицинской помощи;
- учреждений переливания крови;
- приемных отделений больничных учреждений;
- врачебно-физкультурных диспансеров;
- бальнеологических лечебниц и грязелечебниц;
- учреждений здравоохранения особого типа (центры медицинской профилактики, медицины катастроф, бюро судебно-медицинской экспертизы);
- учреждений здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Выдача листков нетрудоспособности осуществляется при предъявлении паспорта или документа, его заменяющего. В случае, если гражданин работает у нескольких работодателей, выдают несколько листков нетрудоспособности по каждому месту работы. Выдача и продление листка нетрудоспособности осуществляет медицинский работник после осмотра гражданина и записи данных о состоянии его здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения от работы. Листок нетрудоспособности выдается и закрывается,

как правило, в одной медицинской организации. При направлении гражданина на лечение в другую организацию листок нетрудоспособности может быть продлен и закрыт медицинской организацией, в которой продолжалось наблюдение гражданина. Гражданам, находящимся вне места регистрации по месту жительства (по месту пребывания, временного проживания), листок нетрудоспособности выдается (продлевается) с разрешения главного врача медицинской организации либо его заместителя с соответствующей записью в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного и листке нетрудоспособности. При продолжении временной нетрудоспособности листок нетрудоспособности выдают с учетом дней, необходимых для проезда к месту регистрации по месту жительства (по месту пребывания, временного проживания).

Контроль за соблюдением порядка выдачи листков нетрудоспособности медицинскими работниками осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития совместно с Фондом социального страхования РФ.

### **21.3.1. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах, отравлениях (некоторых других последствиях воздействия внешних причин)**

При амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности, врач единолично выдает листок нетрудоспособности одновременно на срок до 10 календарных дней (до следующего осмотра гражданина медицинским работником) и единолично продлевает его на срок до 30 календарных дней. При сроках временной нетрудоспособности, превышающих 30 календарных дней, листок нетрудоспособности выдают по решению врачебной комиссии (ВК).

Врачи, занимающиеся частной медицинской практикой, при сроке временной нетрудоспособности, превышающем 30 календарных дней, направляют гражданина на ВК в медицинскую организацию по месту его жительства (пребывания) для продления листка нетрудоспособности.

В особых условиях (в отдаленных районах сельской местности, в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях) по решению органов управления здравоохранением субъекта РФ выдача листков нетрудоспособности может быть разрешена лечащему врачу медицинской организации до дня восстановления гражданином трудоспособности либо до направления его на медико-социальную экспертизу (МСЭ).

Фельдшер или зубной врач единолично выдает листок нетрудоспособности одновременно на срок до 5 календарных дней и продлевает его на срок до 10 календарных дней, а в исключительных случаях после консультации с ВК медицинской организации (по подчиненности) — до 30 календарных дней (с обязательной записью о проведенной консультации в первичной медицинской документации).

По решению ВК при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть выдан в установленном порядке до дня восстановления трудоспособности, но на срок не более 10 мес, а в отдельных случаях (травма, состояние после реконструктивных операций, туберкулез) — на срок не более 12 мес, с периодичностью продления по решению ВК не реже чем через 30 календарных дней.

При заболеваниях (травмах), когда лечение осуществляют в амбулаторно-поликлинических условиях, листок нетрудоспособности выдают в день установления ВН на весь период ВН, включая нерабочие праздничные и выходные дни.

Не допускается выдача листка нетрудоспособности за прошедшие дни, когда гражданин не был освидетельствован медицинским работником. Выдача листка нетрудоспособности за прошедшее время может осуществляться в исключительных случаях по решению ВК при обращении гражданина в медицинскую организацию или посещении его медицинским работником на дому. Гражданам, обратившимся за медицинской помощью после окончания рабочего времени (смены) по их желанию дата освобождения от работы в листке нетрудоспособности может быть указана со следующего календарного дня.

Гражданину, направленному в медицинскую организацию из здравпункта и признанному нетрудоспособным, листок нетрудоспособности выдают с момента обращения в здравпункт при наличии медицинских документов, подтверждающих его нетрудоспособность.

Гражданам, нуждающимся в лечении в специализированной медицинской организации, листок нетрудоспособности выдают непосредственно в специализированной медицинской организации. В исключительных случаях листок нетрудоспособности выдается медицинским работником при направлении гражданина в специализированную медицинскую организацию соответствующего профиля для продолжения лечения.

Гражданину, являющемуся временно нетрудоспособным, направленному на консультацию (обследование, лечение) в медицинскую организацию, находящуюся за пределами административного района, по решению ВК, направившей его, выдают листок нетрудо-



способности на число дней, необходимых для проезда к месту нахождения соответствующей медицинской организации.

При выписке гражданина после стационарного лечения листок нетрудоспособности выдают за весь период стационарного лечения, а для граждан, находящихся вне места регистрации по месту жительства (по месту пребывания, временного проживания), — с учетом дней для проезда к месту регистрации. При продолжении ВН листок нетрудоспособности может быть продлен до 10 календарных дней.

Гражданам, направленным по решению суда на судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу, признанным нетрудоспособными, листок нетрудоспособности выдают со дня поступления на экспертизу.

В отдельных случаях (сложные урологические, гинекологические, проктологические и другие исследования, манипуляции, процедуры) при амбулаторном лечении листок нетрудоспособности может быть выдан по решению ВК на дни проведения соответствующего исследования (манипуляции, процедуры).

В этих случаях в листке нетрудоспособности указывают дни проведения исследований (манипуляций, процедур) и освобождение от работы производится на дни их проведения.

При наступлении ВН в период отпуска без сохранения заработной платы, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет листок нетрудоспособности выдают со дня окончания указанных отпусков в случае продолжающейся ВН. При ВН лиц, находящихся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет, работающих на условиях неполного рабочего времени или на дому, листок нетрудоспособности выдают на общих основаниях.

При ВН в связи с заболеванием (травмой, отравлением) гражданина, наступившей в период ежегодного оплачиваемого отпуска, листок нетрудоспособности выдают на общих основаниях, в том числе в период долечивания в санаторно-курортном учреждении.

Гражданам, направленным медицинскими организациями и органами управления здравоохранением на лечение в клиники научно-исследовательских учреждений (институтов) курортологии, физиотерапии и реабилитации, листок нетрудоспособности выдает медицинский работник на основании решения ВК на время лечения и проезда к месту лечения и обратно.

При соответствующих медицинских показаниях листок нетрудоспособности продлевает лечащий врач указанных клиник.

Листок нетрудоспособности *не выдается*:

- обратившимся за медицинской помощью в медицинскую организацию, если у них не выявлено признаков ВН;



- проходящим медицинское освидетельствование, медицинское обследование или лечение по направлению военных комиссариатов;
- находящимся под стражей или административным арестом;
- проходящим периодические медицинские осмотры (обследования), в том числе в центрах профпатологии;
- гражданам, в том числе с хроническими заболеваниями вне обострения (ухудшения), проходящим обследование, принимающим различные процедуры и манипуляции в амбулаторно-поликлинических условиях;
- учащимся образовательных учреждений начального, среднего и высшего профессионального образования и учреждений послевузовского профессионального образования.

В случае заболевания (травмы, отравления) учащихся образовательных учреждений начального, среднего и высшего профессионального образования и учреждений послевузовского профессионального образования в период проведения оплачиваемых работ при прохождении производственной практики, а также в случае выполнения ими работы по трудовому договору, листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях.

### **21.3.2. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи**

Листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи выдается медицинским работником одному из членов семьи (опекуну), фактически осуществляющему уход.

Листок нетрудоспособности выдают по уходу за следующим больным членом семьи:

- ребенком в возрасте до 7 лет – при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении на весь период острого или обострения хронического заболевания;
- ребенком в возрасте от 7–15 лет – при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении на срок до 15 дней по каждому случаю заболевания;
- ребенком-инвалидом в возрасте до 15 лет – при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении на весь период острого или обострения хронического заболевания;

- детьми в возрасте до 15 лет, инфицированными ВИЧ, страдающими тяжелыми заболеваниями крови, злокачественными новообразованиями, ожогами, — на весь период совместного пребывания с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении;

- детьми в возрасте до 15 лет — при их болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, на весь период амбулаторного лечения или совместного пребывания одного из членов семьи (опекуна) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении;

- детьми в возрасте до 18 лет, проживающими в зоне отселения и зоне проживания с правом на отселение; эвакуированными и переселенными из зон отчуждения, отселения, проживания с правом на отселение, включая тех, которые на день эвакуации находились в состоянии внутриутробного развития, а также за детьми первого и последующих поколений граждан, родившимися после радиоактивного облучения одного из родителей, — на все время болезни;

- детьми в возрасте до 18 лет, страдающими заболеваниями вследствие радиационного воздействия на родителей, — на все время болезни;

- старше 15 лет — при амбулаторном лечении на срок до 3 дней, по решению ВК — до 7 дней по каждому случаю заболевания.

Листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи выдает медицинский работник одному из членов семьи (опекуну), фактически осуществляющему уход. При необходимости листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком может выдаваться попеременно разным членам семьи в пределах ранее указанных сроков.

При заболевании двух и более детей одновременно выдают один листок нетрудоспособности по уходу за ними.

При заболевании второго (третьего) ребенка в период болезни первого ребенка листок нетрудоспособности, выданный по уходу за первым ребенком, продлевают до выздоровления всех детей без зачета дней, совпавших с днями освобождения от работы по уходу за первым ребенком. При этом в листке нетрудоспособности указывают даты начала и окончания заболевания, имена, возраст всех детей.

Листок нетрудоспособности *не выдается по уходу*:

- за больным членом семьи старше 15 лет при стационарном лечении;

- за хроническими больными в период ремиссии;

- в период ежегодного оплачиваемого отпуска и отпуска без сохранения заработной платы;

- в период отпуска по беременности и родам;

- в период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет.

При заболевании ребенка в период, когда мать (иной член семьи, фактически осуществляющий уход за ребенком) не нуждается в освобождении от работы (ежегодные оплачиваемые отпуска, отпуск по беременности и родам, отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет, отпуск без сохранения заработной платы, выходные или нерабочие праздничные дни и другое), листок нетрудоспособности по уходу за ребенком (в случае, когда он продолжает нуждаться в уходе) выдают со дня, когда мать должна приступить к работе.

### **21.3.3. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам**

Листок нетрудоспособности по беременности и родам выдает врач акушер-гинеколог, а при его отсутствии – фельдшер. Выдача листка нетрудоспособности по беременности и родам производится в 30 нед беременности одновременно продолжительностью 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов).

При многоплодной беременности листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается в 28 нед беременности одновременно продолжительностью 194 календарных дня (84 календарных дня до родов и 110 календарных дней после родов).

Если женщина при обращении в медицинскую организацию в установленный срок отказывается от получения листка нетрудоспособности по беременности и родам на период отпуска по беременности и родам, ее отказ фиксируют в медицинской документации. При повторном обращении женщины до родов за листком нетрудоспособности по беременности и родам для оформления отпуска по беременности и родам листок нетрудоспособности выдают на 140 календарных дней (на 194 календарных дней – при многоплодной беременности) с даты первичного обращения.

В случае, когда диагноз многоплодной беременности установлен в родах, листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается дополнительно на 40 календарных дней медицинской организацией, где произошли роды. При осложненных родах листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается дополнительно на 16 календарных дней медицинской организацией, где произошли роды.

При родах, наступивших в период от 28 до 30 нед беременности, листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается медицинской организацией, где произошли роды, сроком на 156 календарных дней.

При прерывании беременности при сроке до 27 полных недель, рождении мертвого плода или живого плода, не прожившего первые 7 полных суток (168 часов), листок нетрудоспособности выдают на весь период нетрудоспособности, как при обычном заболевании, но на срок не менее трех дней. В случае если новорожденный прожил первые 7 полных суток (168 часов), листок нетрудоспособности по беременности и родам выдают сроком на 156 календарных дней.

При наступлении отпуска по беременности и родам в период нахождения женщины в ежегодном основном или дополнительном оплачиваемом отпуске, отпуске по уходу за ребенком до достижения возраста 3 лет листок нетрудоспособности по беременности и родам выдают на общих основаниях.

Женщинам, проживающим (работающим) в населенных пунктах, подвергшихся радиоактивному загрязнению вследствие аварии на Чернобыльской АЭС (в зоне проживания с правом на отселение), а также женщинам, проживающим в населенных пунктах, подвергшихся радиационному загрязнению вследствие аварии на производственном объединении «Маяк», листок нетрудоспособности по беременности и родам на дорожный отпуск выдается продолжительностью 90 календарных дней.

При наступлении отпуска по беременности и родам в период нахождения женщины в ежегодном основном или дополнительном оплачиваемом отпуске, отпуске по уходу за ребенком до достижения возраста 3 лет листок нетрудоспособности по беременности и родам выдают на общих основаниях.

Женщине, усыновившей ребенка в возрасте до 3 мес, в том числе от суррогатной матери, листок нетрудоспособности выдают со дня усыновления на период до 70 календарных дней (при одновременном усыновлении двух или более детей – на 110 календарных дней) со дня рождения ребенка.

При проведении процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) листок нетрудоспособности выдается женщине медицинской организацией, имеющей лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по акушерству и гинекологии и экспертизе временной нетрудоспособности, на весь период лечения (стимуляция, суперовуляция, пункция яичника и перенос эмбриона) до определения результата процедуры и проезда к месту медицинской организации и обратно.

В случаях, когда медицинская организация, проводившая процедуру ЭКО, не имеет лицензии на выполнение работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности, листок нетрудоспособности выдается женщине медицинской организацией по ее месту

регистрации по месту жительства (по месту пребывания, временного проживания) на основании выписки (справки) из амбулаторной карты, выданной медицинской организацией, проводившей процедуру экстракорпорального оплодотворения.

При операции прерывания беременности листок нетрудоспособности выдают на весь период нетрудоспособности, но на срок не менее 3 дней, в том числе и при прерывании беременности малого срока.

#### **21.3.4. Порядок выдачи листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения, протезирования и при карантине**

При направлении больных на долечивание в специализированные санаторно-курортные учреждения, расположенные на территории РФ, непосредственно после стационарного лечения листок нетрудоспособности продлевается медицинским работником по решению ВК специализированного санаторно-курортного учреждения на весь период долечивания, но не более чем на 24 календарных дня.

При направлении лиц, пострадавших в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, на СКЛ в период временной нетрудоспособности (до направления на МСЭ) листок нетрудоспособности выдают на весь период лечения и проезда.

При направлении медицинскими организациями больных с впервые выявленной активной формой туберкулеза по путевкам в специализированные (противотуберкулезные) санатории, когда санаторное лечение заменяет стационарное, а также на долечивание после стационарного лечения листок нетрудоспособности выдается по решению ВК противотуберкулезного диспансера и продлевается ВК специализированного (противотуберкулезного) санатория на весь период лечения, долечивания и проезда.

Гражданам, направленным медицинской организацией на протезирование в стационарное специализированное учреждение, листок нетрудоспособности выдается этой медицинской организацией на время проезда к месту протезирования. Выданный листок нетрудоспособности продлевается медицинским работником стационарного специализированного учреждения на весь период протезирования и время проезда к месту регистрации по месту жительства (по месту пребывания, временного проживания).

Гражданам, протезирующимся в амбулаторно-поликлинических условиях, листок нетрудоспособности не выдается.

При временном отстранении от работы граждан, контактировавших с инфекционными больными, или граждан, выявленных как бактерионосители, листок нетрудоспособности выдается врачом-инфекционистом, а в случае его отсутствия – лечащим врачом. Продолжительность отстранения от работы в этих случаях определяется утвержденными сроками изоляции лиц, перенесших инфекционные заболевания и соприкасавшихся с ними.

При карантине листок нетрудоспособности по уходу за ребенком в возрасте до 7 лет, посещающим дошкольное образовательное учреждение, или за членом семьи, признанным в установленном порядке недееспособным, выдает лечащий врач, который осуществляет наблюдение за ребенком (за членом семьи, признанным в установленном порядке недееспособным), одному из работающих членов семьи (опекуну) на весь период карантина на основании справки эпидемиолога.

Гражданам, работающим в организациях общественного питания, водоснабжения, детских учреждениях, при наличии у них гельминтоза листок нетрудоспособности выдают на весь период дегельминтизации.

За нарушение порядка выдачи листков нетрудоспособности медицинские организации и медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством РФ.

Порядок заполнения (оформление) листка нетрудоспособности рассматривается на практических занятиях по общественному здоровью и здравоохранению.

#### **21.4. Экспертиза стойкой нетрудоспособности**

**Стойкая нетрудоспособность** – длительная либо постоянная потеря трудоспособности или значительное ограничение трудоспособности, вызванное хроническим заболеванием (травма, анатомический дефект), приведшим к выраженному нарушению функций организма. В зависимости от степени стойкой нетрудоспособности устанавливается инвалидность путем проведения медико-социальной экспертизы.

**Медико-социальная экспертиза (МСЭ)** – определение потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функции организма. В России создана трехэтапная система федеральных государственных учреждений МСЭ, которая включает Федеральное бюро медико-социальной экспертизы, Главные бюро медико-социальной экспертизы, а также Бюро медико-

социальной экспертизы в муниципальных образованиях, являющиеся филиалами главных бюро. Сегодня в РФ действуют Федеральное бюро медико-социальной экспертизы (Москва), 88 главных бюро МСЭ, 1692 бюро МСЭ в муниципальных образованиях.

На МСЭ направляются граждане, имеющие стойкие ограничения жизнедеятельности и трудоспособности и нуждающиеся в социальной защите, по заключению врачебной комиссии при:

- очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее 4 месяцев от даты ее начала;
- благоприятном клиническом и трудовом прогнозе при временной нетрудоспособности, продолжающейся свыше 10 месяцев (в отдельных случаях: состояния после травм и реконструктивных операций, при лечении туберкулеза – свыше 12 месяцев);
- необходимости изменения программы профессиональной реабилитации работающим инвалидам в случае ухудшения клинического и трудового прогноза независимо от группы инвалидности и сроков временной нетрудоспособности.

Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей ему лечебно-профилактическую помощь (органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, органом социальной защиты населения), после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами. При этом в «Направлении на медико-социальную экспертизу» (ф. 088/у-06), указывают данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведенных реабилитационных мероприятий.

В случае, если организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь, отказала гражданину в направлении на МСЭ, ему выдают справку, на основании которой он имеет право обратиться в бюро самостоятельно. Специалисты бюро проводят осмотр гражданина и по его результатам составляют программу дополнительного обследования и проведения реабилитационных мероприятий, после выполнения которой рассматривают вопрос о наличии у него ограничений жизнедеятельности.

МСЭ проводится в бюро по месту жительства. В Главном бюро МСЭ проводится в случае обжалования гражданином решения бюро, а также по направлению бюро в случаях, требующих специальных видов обследования. В Федеральном бюро МСЭ проводится



в случае обжалования гражданином решения главного бюро, а также по направлению главного бюро в случаях, требующих особо сложных специальных видов обследования. МСЭ может проводиться на дому в случае, если гражданин не может явиться в бюро по состоянию здоровья, что подтверждается заключением организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, или в стационаре, где гражданин находится на лечении, или заочно по решению соответствующего бюро. Экспертиза проводится по заявлению гражданина, которое он подает в бюро в письменной форме с приложением «Направления на медико-социальную экспертизу», выданного организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, орган социальной защиты населения) и медицинских документов, подтверждающих нарушение здоровья. МСЭ проводится специалистами бюро путем обследования гражданина, изучения представленных им документов, анализа социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических и других данных гражданина. Решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом принимается простым большинством голосов специалистов, проводивших МСЭ, на основе обсуждения ее результатов. Решение объявляют гражданину, проходившему МСЭ, в присутствии всех специалистов, проводивших ее, которые при необходимости дают соответствующие разъяснения. По результатам МСЭ гражданина составляют акт. В случаях, требующих специальных видов обследования гражданина в целях установления степени ограничения жизнедеятельности (в том числе степени ограничения способности к трудовой деятельности), реабилитационного потенциала, а также получения иных дополнительных сведений, составляют программу дополнительного обследования, которую утверждает руководитель соответствующего бюро. Указанную программу доводят до сведения гражданина, проходящего медико-социальную экспертизу, в доступной для него форме.

После получения данных, предусмотренных программой дополнительного обследования, специалисты соответствующего бюро принимают решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом. В случае отказа гражданина от дополнительного обследования такое решение принимают специалисты на основании имеющихся данных, о чем делают соответствующую запись в акте МСЭ гражданина.

Выписку из акта МСЭ гражданина, признанного инвалидом, направляют в орган, осуществляющий его пенсионное обеспечение, в трехдневный срок со дня принятия решения о признании его инвалидом.



Гражданину, признанному инвалидом, выдают справку, подтверждающую факт установления инвалидности, с указанием группы инвалидности и степени ограничения (или без ограничения) способности к трудовой деятельности, а также индивидуальная программа реабилитации.

Гражданину, не признанному инвалидом, по его желанию выдают справку о результатах МСЭ.

Гражданин может обжаловать решение бюро, подав письменное заявление в вышестоящие инстанции: в Главное бюро или Федеральное бюро МСЭ. Решения, принятые в бюро МСЭ (трех инстанций), гражданин может обжаловать в суде в установленном законодательством РФ порядке.

### Контрольные вопросы

1. Что принято понимать под трудоспособностью?
2. Перечислите медицинские критерии трудоспособности.
3. Какие социальные критерии трудоспособности вы знаете?
4. Что такое временная нетрудоспособность (ВН)? Какие виды ВН вы знаете?
5. Перечислите функции лечащего врача при проведении экспертизы ВН?
6. Какие задачи решает врачебная комиссия?
7. Какие способы выдачи листков нетрудоспособности существуют в организациях здравоохранения?
8. Перечислите категории граждан, имеющих право на получение листков нетрудоспособности.
9. Каким категориям медицинских работников предоставлено право выдавать листок нетрудоспособности?
10. Раскройте порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях, травмах, отравлениях, а также некоторых других последствий воздействия внешних причин.
11. Каков порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи?
12. Как выдается листок нетрудоспособности в случаях беременности и родов?
13. Как осуществляется выдача листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения, протезирования и при карантине?
14. Что следует понимать под стойкой нетрудоспособностью?
15. Дайте определение МСЭ.
16. В каких случаях пациенты по заключению врачебной комиссии направляются на МСЭ?
17. Каков порядок направления граждан на МСЭ?

## Глава 22

### Медицинское страхование

#### 22.1. Общие положения

Первым нормативным актом, положившим начало медицинского страхования в современной России, явился Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР», который был принят в 1991 году. Позднее законодатель внес в него ряд существенных изменений, и с этого момента правовой основой в развитии медицинского страхования в нашем государстве стал Закон РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации». Согласно Закону, *медицинское страхование* является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья, цель которого – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. В широком смысле медицинское страхование – это новая форма экономических отношений в сфере здравоохранения, обеспечивающая восстановление здоровья населения в условиях рыночной экономики.

Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном.

#### 22.2. Обязательное медицинское страхование

В системе обязательного медицинского страхования объектом страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. При этом *страховой риск* – это предполагаемое, возможное событие, а *страховой случай* – уже совершившееся событие, предусмотренное договором страхования (заболевание, травма, беременность, роды).

Участниками (субъектами) обязательного медицинского страхования являются: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация (СМО), организация здравоохранения, фонды обязательного медицинского страхования (ФОМС) (*рис. 22.1*).



Рис. 22.1. Субъекты обязательного медицинского страхования.

Обязательное медицинское страхование осуществляется на основе договоров, заключаемых между субъектами медицинского страхования.

**Гражданин** – застрахованное физическое лицо. Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор обязательного медицинского страхования или который самостоятельно заключил такой договор, получает страховой медицинский полис, имеющий одинаковую силу на всей территории РФ.

Граждане РФ в системе обязательного медицинского страхования имеют право на:

- выбор страховой медицинской организации, медицинского учреждения и врача;
- получение гарантированной (бесплатной) медицинской помощи на всей территории РФ, 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.

Наряду с гражданами РФ такие же права в системе обязательного медицинского страхования имеют находящиеся на территории России лица, не имеющие гражданства, и постоянно проживающие в России иностранные граждане.

**Страхователями** при обязательном медицинском страховании являются: для неработающего населения — органы исполнительной власти субъектов РФ; для работающего населения — работодатели (предприятия, учреждения, организации и др.). Лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, а также лица свободных профессий (лица творческих профессий, не объединенных в творческие союзы) сами являются страхователями.

Функции страховщиков в обязательном медицинском страховании выполняют **страховые медицинские организации (СМО)** и территориальные фонды ОМС (ТФОМС).

В обязательном медицинском страховании граждан могут участвовать страховые медицинские организации с любой формой собственности, имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием. Основной задачей страховой медицинской организации является осуществление обязательного медицинского страхования путем оплаты медицинской помощи, предоставляемой гражданам в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования. Эта программа является составной частью территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Страховые медицинские организации осуществляют контроль объема и качества медицинских услуг, а также обеспечивают защиту прав застрахованных, вплоть до предъявления в судебном порядке исков медицинскому учреждению или медицинскому работнику на материальное возмещение физического или морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине.

Важную роль по защите интересов граждан при получении медицинской помощи выполняют эксперты страховых медицинских организаций, которые осуществляют контроль объема, сроков и качества оказания медицинской помощи (медицинских услуг) при возникновении страхового случая.

Медицинскую помощь в системе ОМС оказывают **организации здравоохранения** с любой формой собственности, лицензированные в установленном порядке. *Лицензирование* — выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление им определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования. Лицензирование медицинской деятельности муниципальных и частных организаций здравоохранения осуществляют органы исполнительной власти субъектов РФ. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития лицензирует деятельность государственных организаций здравоохранения, а также муниципальных и частных, которые оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь.

Медицинские организации финансируются СМО на основании предъявляемых счетов. Оплата счетов осуществляется по тарифам в соответствии с объемом медицинской помощи, оказанной организацией. Для амбулаторно-поликлинических учреждений такой единицей помощи является *врачебное посещение*, для стационарных – *законченный случай госпитализации*.

**Федеральный и территориальные фонды ОМС** являются самостоятельными государственными некоммерческими финансово-кредитными учреждениями, реализующими государственную политику в области обязательного медицинского страхования. **Федеральный фонд ОМС** создается высшими органами законодательной и исполнительной власти РФ. **Территориальные фонды ОМС** создаются соответствующими органами законодательной и исполнительной власти субъектов РФ. **Фонды ОМС** являются юридическими лицами и их средства отделены от средств государственного бюджета. **Фонды ОМС** предназначены для накопления финансовых средств, выравнивания финансирования территориальных программ ОМС и тем самым обеспечения финансовой стабильности государственной системы ОМС.

Финансовые средства системы ОМС формируются за счет отчислений страхователей на всех работающих и неработающих граждан. Размер страхового взноса на работающее население устанавливается **Федеральным законом** как процентная ставка к начисленной оплате труда каждого работника в составе единого социального налога. Размер страхового взноса на неработающих граждан ежегодно устанавливают органы государственной власти субъекта РФ при утверждении территориальной программы госгарантий за счет средств, предусмотренных на эти цели в бюджете субъекта РФ. Эти взносы аккумулируются в федеральном и территориальных фондах ОМС.

Финансирование страховых медицинских организаций осуществляют территориальные фонды ОМС на основе дифференцированных подушевых нормативов и числа застрахованных граждан. Финансовые отношения между страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС регулируются договором о финансировании обязательного медицинского страхования и территориальными правилами ОМС, которые утверждают соответствующие органы государственной власти субъекта РФ.

Таким образом, являясь составной частью государственного социального страхования, ОМС носит выраженный социальный характер. Его основными принципами являются:

- *всеобщий и обязательный характер*: все граждане РФ независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня

личного дохода имеют право на бесплатное получение медицинских услуг, включенных в базовую и территориальные программы ОМС;

- *государственный характер*: реализацию государственной финансовой политики в области охраны здоровья граждан обеспечивают Федеральный и территориальные фонды ОМС как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные организации. Все средства ОМС находятся в государственной собственности;

- *общественная солидарность и социальная справедливость*: страховые взносы на работающее и неработающее население перечисляют за всех граждан, но расходование этих средств осуществляется лишь при обращении за медицинской помощью (принцип «здоровый платит за больного»); граждане с различным уровнем дохода имеют одинаковые права на получение бесплатной медицинской помощи (принцип «богатый платит за бедного»); несмотря на то, что расходы на оказание медицинской помощи гражданам в старших возрастах больше, чем в молодом возрасте, страховые взносы перечисляются в одинаковом размере за всех граждан, независимо от возраста (принцип «молодой платит за старого»).

В целом несмотря на ошибки и трудности начального периода, введение обязательного медицинского страхования обеспечило не только выживание, но и развитие системы здравоохранения в условиях крайне нестабильной политической и экономической ситуации 90-х годов XX в. Система ОМС обеспечила предоставление минимума гарантированной (бесплатной) медицинской помощи, позволила внедрить вневедомственный контроль за качеством медицинской помощи, начать структурную перестройку здравоохранения в соответствии с реальной потребностью населения в основных видах медицинской помощи и перейти к более рациональному использованию имеющихся в здравоохранении ресурсов.

Созданные механизмы финансирования обеспечили большую «прозрачность» прохождения финансовых потоков в здравоохранении. Особенно важно отметить, что введение обязательного медицинского страхования способствовало созданию организационно-правовых механизмов защиты прав пациента как потребителя медицинских услуг.

### 22.3. Добровольное медицинское страхование

В отличие от обязательного медицинского страхования, как части системы социального страхования, добровольное медицинское страхование (ДМС) является частью личного страхования и видом финансово-коммерческой деятельности, которая регулируется Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Добровольное медицинское страхование призвано обеспечить более высокий уровень оказания отдельных медицинских услуг дополнительно к программе обязательного медицинского страхования. Оно реализуется за счет средств, полученных непосредственно от граждан или средств работодателя, дополнительно страхующего своих работников.

Размеры страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию устанавливаются страховые медицинские организации самостоятельно в зависимости от вида рисков, правил страхования, принятых конкретным страховщиком, стоимости медицинских и других услуг, числа застрахованных лиц и др.

Добровольное страхование осуществляется на основе договора между страхователем (работодатель), страховщиком и организацией здравоохранения. Правила добровольного страхования, определяющие общие условия и порядок его проведения, устанавливаются страховщиком самостоятельно, но в соответствии с Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Развитие медицинского страхования предполагает сотрудничество государственной системы здравоохранения и системы добровольного медицинского страхования. Определяющими условиями такого взаимодействия являются, в первую очередь, расширение рынка платных медицинских услуг и активизация в связи с этим деятельности компаний, работающих по программам ДМС, а также желание страховых компаний участвовать в финансировании региональных целевых медико-социальных программ. В этом случае реализуются интересы всех участников медицинского страхования. Для организаций здравоохранения – это получение дополнительного финансирования, развитие сервисных услуг и тем самым возможность повышения качества медицинской помощи. Для территориальных фондов ОМС – возможность совместной реализации программ ОМС и ДМС и устранение тем самым практики «двойной оплаты» одной и той же медицинской услуги в учреждениях здравоохранения. Для страховых компаний – возможность увеличения числа страхователей и застрахованных. Для предприятий – получение дополнительных, высокого качества медицинских услуг, предоставляемых работникам в рамках трудовых коллективных договоров.

Основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования представлены в *табл. 22.1.*

**Таблица 22.1. Основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования\***

Обязательное медицинское страхование	Добровольное медицинское страхование
Некоммерческое	Коммерческое
Один из видов социального страхования	Один из видов личного страхования
Всеобщее массовое	Индивидуальное или групповое
Регламентируется Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»	Регламентируется Законами РФ «Об организации страхового дела в РФ» и «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»
Осуществляется государственными или контролируемыми государством организациями	Осуществляется страховыми организациями различных форм собственности
Правила страхования определяются государством	Правила страхования определяются страховыми организациями
Страхователи – работодатели, органы государственной власти	Страхователи – юридические и физические лица
Осуществляется за счет взносов работодателей, государственного бюджета	Осуществляется за счет индивидуальных доходов застрахованных граждан, прибыли работодателей
Программа (гарантированный минимум услуг) утверждается органами государственной власти	Программа (гарантированный минимум услуг) определяется договором страховщика и страхователя
Тарифы устанавливаются по единой утвержденной методике	Тарифы устанавливаются договором между страховщиком и страхователем
Система контроля качества устанавливается органами государственной власти	Система контроля качества устанавливается договором страхования
Доходы могут быть использованы только для развития основной деятельности – обязательного медицинского страхования	Доходы могут быть использованы в любой коммерческой или некоммерческой деятельности
При наступлении страхового случая – субсидарная ответственность	При наступлении страхового случая – возмещение суммы страхового взноса

\* По материалам Лисицына Ю.П., Вялкова А.И., Стародубова В.И., Михайловой Ю.В.



**Контрольные вопросы**

1. Дайте определение понятия «медицинское страхование».
2. Что является объектом страхования при ОМС, что такое страховой риск?
3. Кто является субъектами медицинского страхования?
4. Перечислите права граждан в системе ОМС.
5. Кто является страхователями при ОМС?
6. Кто является страховщиками при ОМС, каковы их задачи?
7. Каковы функции территориальных и Федерального фондов ОМС?
8. Какие формы оплаты медицинских услуг действуют при ОМС?
9. Раскройте основные принципы ОМС.
10. Каковы особенности добровольного медицинского страхования?
11. Какова роль добровольного медицинского страхования в финансировании здравоохранения?
12. Каковы основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования?

## Глава 23

# Основы экономики здравоохранения

### 23.1. Общие положения

Стало признанным, что здоровье — категория не только социальная, но и экономическая, несмотря на то, что не относится к товарно-денежным категориям и не представляет собой товар, продаваемый и приобретаемый на рынке. Здоровье соответственно не имеет рыночной цены, хотя и обладает высшей ценностью для общества и индивидуума. Вместе с тем на сохранение, укрепление, восстановление здоровья государству приходится затрачивать огромные ресурсы. Здоровье, таким образом, обладает стоимостью, что позволяет рассматривать его в опосредованной форме как категорию экономическую.

Нельзя согласиться и с тем, что здравоохранение традиционно относят к непроизводственным отраслям, к сфере услуг нематериального характера. В нем сочетаются товарно-материальная и духовно-информационная деятельность. В этом смысле здравоохранение можно называть «отраслью сохранения и производства здоровья», в которой используется большой арсенал медицинских, экономических методов и средств.

С учетом сказанного закономерно встают следующие вопросы:

- стоимостная оценка здоровья как важнейшей составляющей национального богатства и фактора экономического роста государства;
- цена отдельной медицинской услуги и стоимость медицинской помощи в целом;
- оценка ресурсного потенциала здравоохранения и поиск новых источников его формирования;
- оценка эффективности функционирования здравоохранения в условиях рыночных отношений;
- оценка экономического ущерба от заболеваемости, инвалидизации и преждевременной смертности.

Ответы на эти и другие вопросы дает наука экономика здравоохранения.

*Экономика здравоохранения* — отраслевая экономическая наука, которая исследует действие объективных экономических законов, влияющих на удовлетворение потребностей населения в сохранении и укреплении здоровья.

Организации здравоохранения в рамках законодательства осуществляют экономическую деятельность — производство и реализацию медицинских товаров и услуг, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения, используя при этом различные финансовые, материальные, трудовые, информационные и другие ресурсы.

### **23.2. Анализ экономической деятельности организаций здравоохранения**

Финансовые и материальные ресурсы являются основными видами ресурсов, используемыми организациями здравоохранения в процессе экономической деятельности.

*Финансовые ресурсы здравоохранения* — совокупность всех видов денежных средств (российская и иностранная валюта, ценные бумаги, платежные карты и денежные документы), находящихся в распоряжении органов управления здравоохранением, фондов обязательного медицинского страхования, организаций здравоохранения, страховых медицинских организаций, предназначенные для обеспечения функционирования и развития системы здравоохранения.

*Материальные ресурсы здравоохранения* — совокупность зданий, сооружений, оборудования, транспорта, горюче-смазочных материалов, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, расходных материалов, запасных частей, инструментария, мягкого инвентаря, хозяйственных товаров, сырья и других материальных ценностей, которые находятся в распоряжении организаций здравоохранения и используются для производства медицинских товаров и услуг.

Универсальным документом, отражающим состояние финансовых и материальных ресурсов организации здравоохранения, результаты ее финансово-хозяйственной деятельности является **бухгалтерский баланс**. Этот документ представляет собой двустороннюю таблицу, в которой левая сторона называется **активом баланса**, правая сторона — **пассивом баланса**.

Данные баланса отражают финансовое положение организации здравоохранения, ее платежеспособность и доходность. Поскольку бухгалтерский баланс содержит информацию о финансовых и материальных ресурсах организации (активы), ее денежных обяза-

тельствах, капитале и резервах (пассивы), — в его основу положено основное уравнение бухгалтерского учета:

$$\text{Активы} = \text{Капитал} + \text{Обязательства}$$

Таким образом, бухгалтерский баланс отражает равновесие или равенство активов и пассивов, т.е. ресурсов, находящихся в распоряжении организации и источников денежных средств, за счет которых сформированы эти ресурсы.

Из этого следует вывод, что активов в организациях здравоохранения не может быть больше, чем источников, за счет которых они образуются.

**Активы бухгалтерского баланса организации здравоохранения** — часть бухгалтерского баланса, отражающая в денежном выражении совокупность финансовых, материальных и нематериальных ресурсов организации. Таким образом, активы представляют собой экономический ресурсный потенциал, который прямо или косвенно может быть трансформирован в денежный поток для осуществления финансово-хозяйственной деятельности организации здравоохранения.

**Пассивы бухгалтерского баланса** — часть бухгалтерского баланса, отражающая совокупность источников денежных средств и обязательств организации, за счет которых сформированы ее активы.

Одним из важнейших свойств активов организаций здравоохранения является их ликвидность.

**Ликвидность активов** — способность финансовых, материальных, нематериальных ресурсов быстро и легко реализовываться для погашения денежных обязательств организации.

Оценка ликвидности имеет принципиальное значение для анализа деятельности коммерческой организации здравоохранения, особенно в случаях невыполнения денежных обязательств, что может быть проявлением ее неплатежеспособности и привести к банкротству. Большую часть материальных ресурсов в здравоохранении составляют основные средства.

**Основные средства в здравоохранении (основной капитал, основные фонды, основные ресурсы)** — одна из составных частей активов организаций здравоохранения, которые длительное время используются для производства медицинских товаров и услуг, постепенно перенося на них свою стоимость.

В здравоохранении к основным средствам относятся: здания, сооружения, оборудование, транспорт, измерительные приборы и устройства, вычислительная техника и другие объекты бухгалтер-

ского учета и отчетности в соответствии с «Общероссийским классификатором основных фондов», со сроком полезного использования более 12 мес.

Статистика основных средств включает в себя показатели стоимости и состояния основных средств; показатели движения основных средств; показатели использования основных средств.

**Показатели стоимости и состояния основных средств.** Общий объем основных средств может быть определен только в денежном выражении. Для этого рассчитывают их балансовую стоимость.

**Балансовая стоимость** — это стоимость основных средств, по которой они учтены в бухгалтерском балансе организации здравоохранения.

Для статистического анализа рассчитывают **показатель среднегодовой балансовой стоимости основных средств** по формуле:

<b>Среднегодовая балансовая стоимость основных средств (БС<sub>ос</sub>)</b>	$\frac{1/2 \text{ БС}_{ос} \text{ на } 01.01. \text{ отчетного года} + \text{БС}_{ос} \text{ на } 01.02. + \dots + \text{БС}_{ос} \text{ на } 01.12. + 1/2 \text{ БС}_{ос} \text{ на } 01.01. \text{ следующего за отчетным годом}}{12}$
--	--

В процессе работы основные средства подвергаются физическому и моральному износу.

**Физический износ** — утрата основными средствами своей потребительной стоимости, в результате чего они становятся непригодными для дальнейшего использования. Физический износ основных средств может быть следствием их эксплуатации, влияния внешних (природных) факторов, чрезвычайных обстоятельств (пожар, наводнение и др.). Физический износ представляет собой материальную основу амортизации.

Для оценки физического износа рассчитывают **коэффициент физического износа объекта основных средств** по формуле:

<b>Коэффициент физического износа объекта основных средств</b>	$= \frac{\text{Фактическое число лет эксплуатации}}{\text{Нормативный срок эксплуатации}}$
--	--

Достижение этим показателем значения, равного 1, является основанием для принятия решения о прекращении эксплуатации объекта основных средств или проведении его модернизации.

**Моральный износ** — уменьшение стоимости основных средств на фоне научно-технического прогресса и роста производительности труда. Первое обстоятельство приводит, например, к появлению на рынке более современного диагностического оборудования, и это становится фактором снижения полезности действующих диагно-

стических комплексов. Второе – к удешевлению вновь создаваемого оборудования по сравнению с действующими. Степень морального износа основных средств определяется экспертно и должна учитываться при определении сроков их службы, норм амортизации, при переоценке.

Своевременная и объективная оценка физического и морального износа основных средств, прежде всего, диагностического и лечебного медицинского оборудования, в здравоохранении имеет принципиальное значение. От технических и эксплуатационных характеристик, к примеру, рентгенодиагностических комплексов, оборудования для проведения лучевой терапии зависят здоровье и безопасность не только пациентов, но и обслуживающего персонала, поэтому основные средства в здравоохранении (здания, сооружения, медицинское и бытовое оборудование, транспорт) должны подвергаться постоянной реновации.

**Реновация** – замещение выбывающих в результате физического и морального износа основных средств новыми. Реновация является необходимым условием обеспечения качества и безопасности производимых медицинских товаров и услуг и должна осуществляться в пределах амортизационного фонда за счет амортизационных отчислений.

**Показатели движения основных средств.** Принимая участие в процессе производства медицинских товаров и услуг, перенося на них часть своей стоимости, основные средства находятся в постоянном движении: поступают, обновляются, ликвидируются, выбывают, заменяются. Для оценки в динамике этого процесса рассчитывают коэффициенты обновления основных средств и выбытия основных средств.

**Коэффициент обновления основных средств** характеризует процесс постоянного обновления зданий, сооружений, оборудования, транспорта и других объектов бухгалтерского учета организаций здравоохранения как обязательного условия повышения качества медицинской помощи. Рассчитывают по формуле:

<b>Коэффициент обновления основных средств</b>	=	Стоимость основных средств, вновь введенных в отчетном году
		Среднегодовая балансовая стоимость основных средств на конец отчетного года

Рекомендуемое значение показателя не менее 0,5.

**Коэффициент выбытия основных средств** дополняет предыдущий показатель и характеризует своевременность вывода (списание) объ-

ектов основных средств из эксплуатации по достижении ими нормативного срока работы. Рассчитывают по формуле:

<b>Коэффициент выбытия основных средств</b>	=	Стоимость основных средств, выбывших в отчетном году
		— Среднегодовая балансовая стоимость основных средств на начало следующего за отчетным года

Рекомендуемое значение показателя не менее 0,25.

**Показатели использования основных средств.** Одним из важнейших разделов статистики основных средств является расчет и анализ показателей их использования. Для характеристики полноты и эффективности использования основных средств в здравоохранении рассчитывают следующие показатели:

- фондоотдача;
- фондоемкость;
- фондовооруженность.

**Показатель фондоотдачи** применяют для анализа эффективности использования основных средств; соответствует тому, сколько медицинских товаров и услуг (в стоимостном выражении) производится на единицу стоимости основных средств. Рассчитывают по формуле:

<b>Фондоотдача</b>	=	Стоимость произведенных медицинских товаров и (или) услуг
		— Среднегодовая балансовая стоимость основных средств

Положительная динамика показателя свидетельствует об эффективном использовании основных средств организацией здравоохранения.

**Показатель фондоемкости** является обратным показателю фондоотдачи и характеризует величину основных средств, необходимую для производства продукции (медицинских товаров и услуг) стоимостью в 1 рубль. Рассчитывают по формуле:

<b>Фондоемкость</b>	=	Среднегодовая балансовая стоимость основных средств
		— Стоимость произведенных медицинских товаров и (или) услуг

Уменьшение показателя в динамике также является свидетельством эффективного использования основных фондов организации здравоохранения.

**Показатель фондовооруженности** характеризует уровень материально-технического обеспечения медицинского персонала организаций здравоохранения, участвующих в процессе производства

медицинских товаров и услуг. Рассчитывают по формуле:

	Среднегодовая балансовая стоимость основных средств
<b>Фондовооруженность</b> =	—————
	Среднесписочная численность персонала

Положительная динамика показателя является одним из условий улучшения качества медицинской помощи.

Другую часть материальных и финансовых ресурсов составляют оборотные средства.

**Оборотные средства в здравоохранении (оборотный капитал, оборотные фонды, оборотные ресурсы)** — одна из частей активов организации здравоохранения, необходимых (в дополнение к основным средствам) для производства медицинских товаров и услуг.

В здравоохранении к оборотным средствам относятся: готовая продукция, дебиторская задолженность (менее 1 года), ценные бумаги и прочие краткосрочные финансовые вложения, денежные средства на банковских и прочих счетах, товарные запасы лекарственных средств и изделий медицинского назначения, белье и постельные принадлежности, расходы будущих периодов. Использование их осуществляется в рамках одного производственного цикла (лечебной, диагностической, реабилитационной процедуры) или в течение относительно короткого периода времени, не превышающего 12 мес.

Для статистического анализа оборотных средств используют коэффициенты:

- оборачиваемость оборотных средств;
- закрепление оборотных средств.

**Коэффициент оборачиваемости оборотных средств** характеризует скорость оборота ресурсов (раз) за определенный период времени и показывает величину реализованной продукции, приходящуюся на 1 руб. оборотных средств. Рассчитывают по формуле:

	Стоимость произведенных медицинских товаров и (или) услуг за отчетный период*
<b>Коэффициент оборачиваемости оборотных средств</b> =	—————
	Средняя величина оборотных средств, участвовавших в обороте в отчетном периоде*

\*Примечание: отчетный период — месяц, квартал, год.

Увеличение показателя в динамике — свидетельство повышения эффективности работы организации здравоохранения; уменьшение — ухудшения ее финансового состояния.

**Коэффициент закрепления оборотных средств** является обратным



предыдущему показателю и показывает среднюю стоимость ресурсов, необходимых для производства продукции стоимостью 1 руб. Рассчитывают по формуле:

<b>Коэффициент закрепления оборотных средств</b>	=	$\frac{\text{Средняя величина средств, участвовавших в обороте в отчетном периоде}^*}{\text{Стоимость произведенных медицинских товаров и (или) услуг за отчетный период}^*}$
--	---	---

\*Примечание: отчетный период – месяц, квартал, год.

Уменьшение значения показателя в динамике свидетельствует об улучшении финансового состояния организации здравоохранения.

Завершающим этапом анализа экономической деятельности организаций здравоохранения является оценка их финансовых результатов.

**Финансовые результаты организации здравоохранения** – итог экономической деятельности организации за определенный период времени (месяц, квартал, год), который выражается в показателях прибыли или убытков и определяется как разница между выручкой от реализации и полной себестоимостью продукции.

**Прибыль** – экономическая категория, комплексно отражающая финансовые результаты деятельности организации здравоохранения и выражающаяся в превышении доходов от реализации медицинских товаров и (или) услуг над затратами по производству и реализации этой продукции. В общем виде прибыль исчисляется как разность между валовым (совокупным) доходом и валовыми затратами. В процессе формирования прибыли отражаются все основные составляющие управленческой и экономической деятельности организации: менеджмент, маркетинг, прогнозирование и планирование, ценообразование. Она является собственным источником для расширенного воспроизводства основных и пополнения оборотных средств (капитализация прибыли). Каждая организация стремится к получению максимальной прибыли от реализации продукции. При этом принципиально важно знать, при каком объеме производства (реализации) и цене на продукцию можно получить максимальную величину прибыли.

Поскольку одной из главных составляющих в оценке финансовых результатов организации являются затраты на производство и реализацию продукции, необходимо уточнить структуру и систему их учета.

**Затраты (издержки)** – расход материальных, финансовых, информационных и других ресурсов в стоимостном выражении, используемых в процессе производства медицинских товаров и (или) услуг.

Выделяют переменные затраты и постоянные затраты.

**Переменные затраты** — издержки на производство и реализацию продукции, величина которых изменяется пропорционально объему этой продукции. К ним относятся: заработная плата персонала, непосредственно занятого в производстве, стоимость потребленных материальных ресурсов (материалы, сырье, энергоносители, тара и др.), расходы на рекламу, налоги (НДС), платежи, зависящие от объема производства и др.

**Постоянные затраты** — издержки на производство и реализацию продукции, размер которых не зависит от объема производства. К ним относятся: амортизация основных средств, заработная плата управленческого персонала, налоговые отчисления, платежи во внебюджетные фонды, арендная плата, ставка банковского процента по кредитам и др.

Сумма переменных и постоянных затрат составляет **валовые затраты**.

При увеличении объема производства валовые затраты снижаются за счет неизменности постоянных затрат, что приводит к увеличению прибыльности организации. И наоборот, сокращение объема производства, опять же при неизменности постоянных затрат, ведет к снижению его прибыльности.

Все затраты на производство и реализацию продукции составляют **полную себестоимость продукции**.

В анализе экономической деятельности для оценки финансовых результатов организаций здравоохранения рассчитывают показатели валовой прибыли и чистой прибыли.

**Показатель валовой прибыли** комплексно отражает финансовые результаты деятельности организации здравоохранения и характеризует превышение доходов от реализации медицинских товаров и (или) услуг над затратами по производству и реализации этой продукции. Рассчитывают по формуле:

<b>Валовая прибыль</b>	=	Выручка от реализации медицинских товаров и (или) услуг – полная себестоимость медицинских товаров и (или) услуг
------------------------	---	---

**Показатель чистой прибыли** показывает объем прибыли, оставшейся в распоряжении организации здравоохранения, после уплаты налогов и других платежей в бюджет и внебюджетные фонды. Рассчитывают по формуле:

<b>Чистая прибыль</b>	=	Сумма валовой прибыли – сумма уплаченных налогов и других платежей в бюджет и внебюджетные фонды
-----------------------	---	--

Для эффективно работающих организаций здравоохранения

значения этих показателей должны быть положительны и иметь тенденцию к росту.

Организации самостоятельно определяют направления, объемы и характер использования чистой прибыли. Она идет на формирование различных фондов: накопления, развития производства, социального развития, материального поощрения, резервного (рискового) фонда.

Наряду с абсолютными показателями валовой и чистой прибыли в статистике экономической деятельности организаций здравоохранения применяется относительный **показатель общей рентабельности**. Рассчитывают по формуле:

<b>Общая рентабельность</b>	=	$\frac{\text{Сумма валовой прибыли}}{\text{Среднегодовая стоимость основных и оборотных средств}} \times 100$
-----------------------------	---	---

Рекомендуемое значение показателя не менее 20%.

Кроме того, рассчитывают **специальный показатель рентабельности (рентабельность продаж)**:

<b>Специальный показатель рентабельности (рентабельность продаж)</b>	=	$\frac{\text{Чистая прибыль}}{\text{Общий объем выручки от реализации медицинских товаров и (или) услуг}} \times 100$
--	---	---

Рекомендуемое значение показателя 15–20%.

### 23.3. Медицинская, социальная и экономическая эффективность здравоохранения

Под понятием «эффективность» в здравоохранении понимают отношение результатов медицинской и экономической деятельности, выраженных в определенных показателях к произведенным затратам. Кроме того, выделяют социальную эффективность здравоохранения.

Развитие здравоохранения, рост материальных, финансовых, трудовых и информационных затрат на медицинскую помощь ставят перед экономикой здравоохранения задачу не только оценки эффективности этой отрасли, но и требуют поиска новых путей достижения максимального эффекта при минимальных затратах всех видов ресурсов. При этом понятие эффективности медицинской помощи не следует отождествлять с общепринятой в сфере материального производства категорией эффективности. В здравоохранении даже

при применении самого квалифицированного труда и использовании современной медицинской техники можно получить нулевой и даже отрицательный результат (отсутствие положительной динамики в состоянии больного, смерть пациента).

Показатели эффективности деятельности медицинских учреждений служат критерием социальной и экономической значимости здравоохранения в обществе. В целом эффективность здравоохранения выражается силой воздействия его на сохранение и улучшение здоровья населения, повышением производительности труда, сокращением расходов по социальному страхованию и социальной защите и, в итоге, увеличением валового внутреннего продукта.

Эффективность системы здравоохранения, отдельных медицинских учреждений измеряется совокупностью статистических показателей, каждый из которых характеризует какую-либо сторону медицинской деятельности. Результаты деятельности здравоохранения, реализации национального проекта «Здоровье», медико-социальных программ анализируются с позиций медицинской, социальной и экономической эффективности, между которыми существует тесная взаимосвязь и взаимообусловленность.

**Медицинская эффективность** характеризуется степенью достижения ожидаемых результатов в профилактике, диагностике, лечении, диспансеризации, реабилитации больных. В отношении конкретного больного — это выздоровление или улучшение состояния здоровья, восстановление утраченных функций отдельных систем и органов. На уровне учреждений или системы здравоохранения в целом медицинская эффективность может оцениваться степенью изменения во времени, например, следующих показателей здоровья: показателей первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения, злокачественными новообразованиями, заболеваемости с временной утратой трудоспособности и др. В данном случае медицинская эффективность характеризуется статистическими *показателями наглядности*.

Медицинскую эффективность проводимых профилактических мероприятий, в частности, **вакцинации детского населения против гриппа**, рассчитывают по формуле:

<b>Эффективность вакцинации детского населения против гриппа</b>	$=$	Число не заболевших гриппом детей, получивших вакцину <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Число вакцинированных детей
--	-----	--

Одним из показателей оценки медицинской эффективности

работы диагностических служб (рентгенологической, эндоскопической, ультразвуковой, цитологической и др.) может быть *показатель доли больных с I-II стадиями злокачественных новообразований*. Показатель рассчитывают как процентное отношение числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО в I–II стадиях к общему числу онкологических больных с впервые в жизни установленным диагнозом.

Медицинская эффективность лечения больных, страдающих социально значимыми заболеваниями, например, алкоголизмом и наркоманией, может характеризоваться *показателями удельного веса больных алкоголизмом (наркоманией) с ремиссией более 1 года*. Эти показатели рассчитывают как процентное отношение пациентов с продолжительностью ремиссии более 1 года к среднегодовому числу диспансерных больных, страдающих алкоголизмом (наркоманией).

Также в анализе медицинской эффективности важнейшей составляющей является оценка результатов динамического наблюдения диспансерных больных, которая выражается *показателем эффективности диспансеризации*. Этот показатель рассчитывают как процентное отношение числа больных, состоящих на диспансерном учете и у которых на конец отчетного периода отмечался один из возможных исходов (улучшение, без изменений, ухудшение), к общему числу больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания.

Медицинскую эффективность проводимых реабилитационных мероприятий среди лиц со стойкой нетрудоспособностью (инвалидов) можно оценивать *показателем полной медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов*. Показатель рассчитывают как процентное отношение числа инвалидов, признанных трудоспособными, к общему числу повторно освидетельствованных в бюро МСЭ инвалидов.

**Социальная эффективность.** Анализ социальной эффективности системы здравоохранения<sup>1</sup> основывается на выборе эмпирических индикаторов, позволяющих оценивать функционирование здравоохранения в социальной сфере общественной жизни.

Государства с развитой экономикой ориентируют здравоохранение на предоставление различным социальным группам и слоям населения равного доступа к качественной медицинской помощи в объеме социальных гарантий, предусмотренных законодательством. В таком случае одним из основных критериев социальной эффективности выступает *показатель доступности медицинской помощи*, который может измеряться с точки зрения реальных временных

<sup>1</sup> По материалам доктора социологических наук, профессора А.М. Осипова, (2006).

и материальных затрат различных социальных групп населения при получении гарантированной (бесплатной) медицинской помощи.

Объективными индикаторами доступности здравоохранения в случае, например, с сельским населением (как особой социальной группой), могут служить *показатели средней удаленности местных учреждений здравоохранения от получателей медицинской помощи или среднего времени, затрачиваемого сельскими жителями на получение медицинской помощи*. Причем это время должно включать в себя не только проезд, но и вынужденное ожидание пациентов в очередях медицинских учреждений.

Субъективным, но оттого не менее значимым, индикатором доступности медицинской помощи является *состояние общественного мнения*, которое может репрезентативно оцениваться в масштабе локального сообщества (населения муниципального района, городского округа, субъекта РФ) или конкретной социальной группы. Для расчета этого показателя также применимы методы стандартизованного (в том числе анкетного) опроса. В качестве примера приведем фрагмент такой анкеты:

*Насколько доступной является для Вас лично качественная и своевременная медицинская помощь?*

1. Такая помощь мне вообще недоступна
2. Такая помощь бывает редко доступной.
3. Такая помощь бывает часто доступной.
4. Такая помощь бывает доступной всегда.
5. Затрудняюсь ответить.

Показатель доступности медицинской помощи целесообразно применять дифференцированно к ее отдельным видам: первичной медико-санитарной, специализированной, скорой и др. По результатам многолетнего мониторинга медико-социальной ситуации, проводимого в Новгородской области, значение показателя доступности медицинской помощи остается в целом стабильным, но при этом отмечаются различия по ее видам: если доступность первичной медико-санитарной помощи критично оценивает лишь каждый 9-й взрослый, то о затруднениях в отношении доступности специализированной помощи говорит каждый 3-й взрослый.

Другим существенным индикатором социальной эффективности здравоохранения является *индекс информированности населения о заболеваниях*. Для расчета этого показателя наряду с обычно доступными для исследователя данными о заболеваемости по обращаемости используют данные, полученные при проведении стандартизованного (анкетного) опроса.

В стандартизированных опросах пациентов для измерения информированности рекомендуется использование открытого вопроса с неограниченным для респондента количеством вариантов ответа.

*Сообщите, пожалуйста, об имеющихся у Вас заболеваниях, установленных Вам диагнозах, или каких органов, частей тела касаются эти заболевания.*

1. ....
2. ....
3. ....

Как правило, информированность населения об имеющихся заболеваниях (установленных диагнозах) является неполной, что связано отчасти с психологическими особенностями индивидов — памятью, избирательностью восприятия и ценностным отношением к здоровью, но в немалой степени — с социальным качеством информационных процессов и социальных коммуникаций в системе здравоохранения. На практике типичным недостатком таких коммуникаций оказывается то, что медицинские работники не в полном объеме информируют пациентов о состоянии их здоровья, сопутствующих рисках или недостаточно мотивируют пациентов относительно правильного поведения при болезни.

Уровень информированности отдельных социальных групп населения об имеющихся заболеваниях рассчитывают по формуле:

<b>Индекс информированности населения о заболеваниях</b>	$= \frac{\text{Число заболеваний, известных пациентам}}{\text{Число заболеваний, установленных при обращении в организации здравоохранения}}$
--	---

Значение показателя варьирует от 0 до 1,0 и оказывается существенно разным в социальных (возрастных, поселенческих и профессиональных) группах населения, а также в группах пациентов с теми или иными заболеваниями. Недостаточная информированность о заболеваниях, как правило, дезориентирует пациента в отношении собственного здоровья и выбора оптимальных моделей поведения. Низкий уровень информированности населения об имеющихся заболеваниях служит основанием для усиления информационной деятельности организаций здравоохранения среди населения.

Общим эмпирическим индикатором социальной эффективности здравоохранения является **индекс удовлетворенности населения** деятельностью местной системы здравоохранения. Измерение удовлетворенности населения (равно как и отдельных социальных групп) широко применяется в медико-социологических исследованиях, и его результаты бывают весьма важными для управления системой здравоохранения.

Измерение общей удовлетворенности деятельностью местной системы здравоохранения также может опираться на методы стандартизированного (в том числе анкетного) опроса. Ниже приводится фрагмент анкеты для расчета этого показателя.

*Удовлетворены ли Вы в целом тем, как действует местная система здравоохранения?*

- а.* да, вполне
- б.* скорее, да.
- в.* затрудняюсь ответить.
- г.* скорее, нет.
- д.* совсем нет.

Обработка этих данных позволяет вскрыть реальный баланс в оценке населением деятельности местной системы здравоохранения. В частности, может быть установлено соотношение позитивных и негативных оценок в разных социальных группах населения и сопутствующие этим оценкам социальные обстоятельства (благополучие, уровень образования, ценностное отношение индивидов к своему здоровью и др.).

**Индекс удовлетворенности населения деятельностью местной системы здравоохранения** рассчитывают по формуле:

$$\text{Индекс удовлетворенности населения деятельностью местной системы здравоохранения} = a + 3/4b + 1/2в,$$

где  $a$  – процентная доля ответов «да, вполне»;  
 $b$  – процентная доля ответов «скорее, да»;  
 $в$  – процентная доля ответов «затрудняюсь ответить».

Значения индекса варьируют от 0 до 100. По результатам медико-социального мониторинга в Новгородской области этот показатель составил 49,0.

**Экономическая эффективность** – важнейший показатель оценки экономической деятельности системы здравоохранения в целом, отдельных организаций, специализированных служб, а также результатов медико-социальных программ. Рассчитывают по формуле:

$$\text{Экономическая эффективность} = \frac{\text{Экономический эффект}}{\text{Затраты}}$$

**Экономический эффект в здравоохранении** – один из результатов деятельности организации здравоохранения, который выражается в показателях прибыли или убытков и определяется как разница между доходами и затратами.



Расчет экономической эффективности связан с поиском путей наиболее рационального использования имеющихся в здравоохранении ресурсов.

Экономическая эффективность в здравоохранении рассматривается в двух аспектах: внутреннем — эффективность использования различных видов ресурсов в системе здравоохранения и внешнем — влияние здравоохранения на развитие экономики страны.

Исходя из понимания, что высшей ценностью в обществе являются здоровье и жизнь человека, экономическая эффективность не может быть определяющей в принятии решений о выделении необходимых ресурсов для проведения тех или иных лечебно-профилактических мероприятий. Главными критериями здесь должны быть показатели медицинской и социальной эффективности. Однако анализ экономической эффективности деятельности системы здравоохранения необходим в обосновании потребности в тех или иных ресурсах и разработке механизмов их рационального использования.

Особенность оценки экономической эффективности в здравоохранении заключается в том, что нередко медицинские мероприятия профилактической, лечебной, реабилитационной направленности могут быть экономически невыгодны, однако медицинская и социальная эффективность от их реализации достаточно высока. Так, например, при оказании медицинской помощи пожилым людям с хроническими и дегенеративными заболеваниями, больным с умственной отсталостью достигается определенная медицинская и социальная эффективность — человеку сохраняется и продлевается жизнь; в то же время экономическая эффективность будет отрицательной — он может стать инвалидом, лишиться возможности заниматься производственной деятельностью, что повлечет за собой экономический ущерб.

Или другой пример: выздоровление пациента трудоспособного возраста означает уменьшение экономических потерь, связанных с объемом непроезданной и нереализованной продукции в период нахождения его на больничном листе, то есть принесет значительный экономический эффект. В то же время выздоровление нетрудоспособного пенсионера и инвалида не принесет ожидаемого экономического эффекта, более того, будет означать дополнительные экономические потери в связи с выплатами пенсии по старости или пособия по инвалидности.

### 23.4. Роль здравоохранения в предотвращении экономического ущерба

Как было сказано ранее, здравоохранение является «отраслью сохранения и производства здоровья» и в определенной степени влияет на экономическую ситуацию в стране в целом и на макроэкономические показатели в частности. Говоря о роли здравоохранения в экономике страны, необходимо прежде всего иметь в виду *предотвращенный экономический ущерб* (экономический эффект) вследствие реализации мер по снижению заболеваемости, инвалидизации и смертности населения.

Различают прямой и косвенный экономический ущерб.

**Прямой экономический ущерб** – затраты материальных, финансовых, информационных и других ресурсов (в стоимостном выражении), которые используются в процессе оказания населению медицинской помощи.

**Косвенный экономический ущерб** – экономические потери, связанные с выплатами пособий по временной утрате трудоспособности, пенсий по инвалидности, числом непрожитых трудоспособных лет жизни (в стоимостном выражении), уменьшением производства ВВП и др.

Наиболее ощутим экономический ущерб среди трудоспособного населения вследствие временной или стойкой нетрудоспособности. Работники, утратившие трудоспособность, не принимают участие в производстве ВВП, а государство затрачивает средства на оказание им медицинской помощи, оплату больничных листов, пенсий по инвалидности, обучение инвалидов в связи с переквалификацией и различного рода других льгот социального характера.

♦ Экономический ущерб вследствие заболеваемости (в расчете на одного человека) рассчитывают по следующим формулам.

Для работающего населения (ЗВУТ):

$$У_{зр} = (Д + Б_{л}) \times Т_{р} + З_{ап\text{у}} \times Ч + З_{ст} \times Т_{к},$$

Для неработающего населения (общая заболеваемость):

$$У_{зн} = З_{ап\text{у}} \times Ч + З_{ст} \times Т_{к},$$

- где Д – стоимость продукции, производимой в расчете на одного работающего за один рабочий день;  
 Б<sub>л</sub> – среднедневной размер пособия по временной нетрудоспособности одного работника;  
 Т<sub>р</sub> – длительность лечения в рабочих днях;  
 З<sub>ап\text{у}</sub> – стоимость затрат на 1 посещение в АПУ;  
 Ч – число посещений в АПУ;

$Z_{\text{ст}}$  — стоимость затрат на 1 койко-день;  
 $T_{\text{к}}$  — длительность лечения в календарных днях.

♦ Экономический ущерб от инвалидности (в расчете на одного инвалида) рассчитывают по формуле:

$$Y_{\text{и}} = D \times T_{\text{р}} + (\Pi + С + Л) \times T_{\text{к}},$$

где  $D$  — стоимость продукции, недопроизведенной в результате инвалидности (за один рабочий день);

$T_{\text{р}}$  — число рабочих дней, потерянных по инвалидности;

$\Pi$  — размер пенсии по инвалидности в день;

$С$  — размер социальных льгот в день;

$Л$  — затраты на медицинское обслуживание инвалида в день;

$T_{\text{к}}$  — число календарных дней, проведенных на инвалидности.

Расчет экономического ущерба на одного работающего и неработающего инвалидов имеет отличия, связанные, прежде всего, с необходимостью учета дополнительных затрат на профессиональную переподготовку и подбор соответствующей профессии для работающего инвалида, разности стоимости продукции, производимой на прежней и новой работе и др.

♦ Экономический ущерб от смертности в трудоспособном возрасте (в расчете на одного человека) рассчитывают по формулам:  
 для мужчин:

$$Y_{\text{см}} = (60 - V) \times D,$$

для женщин:

$$Y_{\text{сж}} = (55 - V) \times D,$$

где  $V$  — возраст умершего;

$D$  — среднегодовая стоимость продукции, недопроизведенной в результате преждевременной смертности.

Для определения суммарного экономического ущерба ( $Y$ ) от заболеваемости, инвалидности и смертности в трудоспособных возрастах в разрезе отдельных групп населения, учреждений, предприятий, административных территорий применяются более сложные расчеты, примеры которых рассматриваются на практических занятиях.

Рассчитав суммарный экономический ущерб вследствие заболеваемости, инвалидности, смертности в трудоспособных возрастах, можно найти **экономический эффект** (предотвращенный экономический ущерб) деятельности системы здравоохранения, который рассчитывают как разность суммарного экономического ущерба до и после реализации комплекса медицинских и санитарно-эпидемиологических мероприятий:

$$\Xi = Y_1 - Y_2,$$

- где  $Y_1$  – суммарный экономический ущерб до реализации комплекса медицинских и санитарно-эпидемиологических мероприятий;  
 $Y_2$  – суммарный экономический ущерб после реализации комплекса медицинских и санитарно-эпидемиологических мероприятий.

### 23.5. Формирование рыночных отношений в здравоохранении

Действуя в условиях рыночной экономики, здравоохранение, как и любая другая отрасль, подчиняется законам рынка.

В обыденной жизни рынок чаще всего ассоциируется с местом, где можно купить продукты, одежду, хозяйственные товары и др. Это самая древняя форма рынка – традиционное место, где покупатели и продавцы совершают сделки. С точки зрения экономики рынок отражает взаимоотношения, которые складываются между производителями, продавцами, посредниками и потребителями товаров и услуг. Существует множество определений рынка, но все они сводятся к тому, что **рынок** является совокупностью экономических отношений, проявляющихся в сфере обмена товаров и услуг, в результате которых формируются спрос, предложение и цена в условиях конкуренции.

**Рынок медицинских товаров и услуг** – это сегмент рынка, представляющий медицинские товары и услуги для сохранения и улучшения здоровья населения. Он дает возможность получать и оказывать медицинские услуги, гарантирует их необходимый объем и соответствующий уровень качества.

Рынок в здравоохранении включает в себя целую систему взаимосвязанных рынков: медицинских услуг, лекарственных препаратов, труда медицинского персонала, научных разработок, медицинских технологий, медицинского оборудования и др.

Различают следующие основные понятия рынка: спрос; предложение; услуга; цена; конкуренция; маркетинг.

**Спрос** – одно из фундаментальных понятий рыночной экономики. Применительно к здравоохранению **спрос (потребность)** – это количество медицинских товаров и услуг, которое желает и может приобрести общество (отдельные пациенты) в данный период времени по определенной цене.

Различают следующие виды спроса на рынке медицинских товаров и услуг:

**отрицательный спрос:** на прививки, прием к врачам отдельных специальностей, болезненные, дорогостоящие процедуры и др.;

**скрытый спрос:** отдельные пациенты могут испытывать потребность, которую невозможно удовлетворить с помощью имеющихся на рынке медицинских товаров и услуг, например, услуги семейного врача, одноразовые изделия медицинского назначения, сервисные услуги, индивидуальное питание в стационаре и др.;

**падающий спрос:** например, в последнее время упал спрос на шприцы, системы переливания крови многократного использования, гипотензивные препараты отечественного производства, поэтому рынок отреагировал повышенным предложением на шприцы и системы переливания крови одноразового использования, импортные лекарственные препараты;

**нерегулярный спрос** обусловлен сезонными временными колебаниями. Например, спрос на СКЛ выше в весенне-летний период, чем в осенне-зимний. Обращения к отдельным врачам-специалистам зависят от сезонности некоторых заболеваний (грипп, язвенная болезнь, вирусный гепатит и др.);

**чрезмерный спрос:** на urgentную медицинскую помощь в праздничные и послепраздничные дни, когда больные, страдающие хроническими заболеваниями, нарушают диету, режим, злоупотребляют алкоголем; возрастает уровень травматизма.

Спрос на медицинские услуги можно рассчитать по формуле:

$$C = N \times П,$$

где С – спрос на медицинские услуги;

Н – число пациентов;

П – показатель обращаемости населения за медицинскими услугами.

Следующее основополагающее понятие рынка – **предложение**. Величина предложения определяется количеством товаров и услуг, которое производитель (продавец) желает и может продать по данной цене в определенный период времени.

Применительно к здравоохранению **предложение** – это количество медицинских товаров и услуг, которое производители могут оказать за определенный период времени населению. Предложение при прочих равных условиях также меняется в зависимости от изменения цены: по мере роста цен производители (продавцы) предлагают пациентам большее количество товаров и услуг. При падении цены их заинтересованность уменьшается и соответственно уменьшается объем производимых ими медицинских товаров и услуг.

**Медицинская услуга** – структурный элемент профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, санаторно-курортной, санитарно-эпидемиологической, лекарственной, протезно-ортопедической и других видов помощи, имеющий определенную стоимость.

По условиям и месту оказания медицинские услуги можно разделить на оказываемые на дому, в амбулаторно-поликлинических, больничных, санаторно-курортных и других учреждениях здравоохранения. Медицинская услуга может быть простой и комплексной. Под *простой медицинской услугой* понимают неделимую услугу, например, диагностическую манипуляцию, осмотр врача и др.

*Комплексная услуга* может быть представлена как совокупность простых услуг, отражающих сложившийся в каждом конкретном учреждении технологический процесс оказания медицинской помощи при данной болезни.

Кроме того, различают стандартные и индивидуальные медицинские услуги.

*Стандартные медицинские услуги* в основном оказывают по унифицированной технологии для подавляющего большинства пациентов; они имеют относительно устойчивое ценообразование.

*Индивидуальные медицинские услуги* обладают широким спектром манипуляций диагностических, лечебных процедур, большим набором лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Они имеют дифференцированные прејскуранты цен, максимально учитывающие индивидуальность затрат при их выполнении.

Специфическими особенностями медицинских услуг являются неосязаемость, несохраняемость, вариабельность качества, неоднозначность в оценке результата, медицинская услуга — это продукт не только производителя (медицинского работника), но и потребителя (пациента).

**Неосязаемость.** Медицинскую услугу невозможно увидеть, услышать, потрогать, осязать до момента ее потребления. Ни одному пациенту никогда не удастся заранее узнать абсолютно все о потребительских свойствах оказываемых ему услуг. Любая информация об этом, даже исходящая от лечащего врача, всегда будет вероятностный характер. Оценка потребительских свойств медицинских услуг проводится, как правило, на уровне субъективного восприятия их результативности (полезного эффекта и побочных действий), ощущений и эмоциональных переживаний пациентов.

**Несохраняемость.** В отличие от товаров как медицинского, так и немедицинского предназначения, которые сначала производятся, затем какое-то время могут храниться на складе или стоять в магазине с целью продажи, медицинская услуга характеризуется тем, что процесс ее производства совпадает с процессом реализации. Медицинские услуги не подлежат хранению и накоплению с целью последующей реализации. Нельзя, например, воспользовавшись возросшим спросом на тот или иной вид медицинских услуг, вначале накопить, а затем мгновенно «выбросить» их со склада на рынок.

**Вариабельность качества.** Медицина — это творческий процесс, который отличается высокой индивидуальностью и нестандартностью профессионального подхода к пациенту, а в итоге порой непредсказуемостью результатов. Несмотря на строгую регламентацию медицинской деятельности, в здравоохранении не может быть единого, обезличенного подхода к лечению больных даже с одной и той же патологией, поэтому в диагностическом и прогностическом аспектах качество медицинских услуг может колебаться в широких пределах. Оно зависит прежде всего от квалификации медицинского работника, оснащенности лечебно-профилактического учреждения, доступности медицинской помощи, времени и места оказания услуги, от того, кто является ее потребителем, и многих других факторов.

**Неоднозначность в оценке результата.** Медицинскую услугу не всегда можно оценить только положительно. Например, при ампутации ноги пациенту мы получим положительный медицинский эффект: больной остался жив и сможет выполнять какую-либо работу в специально созданных условиях, но он стал инвалидом — это отрицательный социальный эффект.

**Медицинская услуга — это продукт не только производителя (медицинского работника), но и потребителя (пациента).** Качество медицинской услуги формируется в результате согласованных действий медицинского работника и желания пациента получить пользу. Результат лечения во многом зависит от того, насколько точно больной выполняет рекомендации и назначения. Несвоевременное обращение за медицинской помощью также может стать причиной неблагоприятного исхода, что не зависит ни от уровня квалификации медицинского персонала, ни от характера его действий.

Медицинские товары и услуги, как и любой товар, обладают стоимостью, денежным выражением которой является цена. На рынке медицинских товаров и услуг цена занимает центральное место в конкурентном обмене и является одним из инструментов регулирования этого рынка.

**Цена** — это та сумма денег, за которую «покупатель» может купить, а «продавец» готов продать этот товар или медицинскую услугу. Цена — это своего рода компромисс экономических интересов участников рынка.

Цены представляют собой мощный и в то же время гибкий рычаг управления экономикой.

С учетом того, что цена органично связана с предложением и со спросом, выделяют следующие понятия: цена спроса, цена предложения, цена равновесия.

**Цена спроса** – такая рыночная цена при таком состоянии спроса и предложения, когда складывается рынок покупателя. По этой цене «покупатель» способен купить медицинскую услугу или товар. Выше этого предела цена подняться не может, так как у пациентов не будет возможности ее приобрести.

**Цена предложения** – рыночная цена при таком состоянии спроса и предложения, когда складывается так называемый рынок продавца. Это цена, по которой «продавец» предлагает свою услугу или товар. При этом цена предложения должна окупить затраты на производство медицинского товара и услуги.

При равенстве спроса и предложения на рынке устанавливается так называемая **цена равновесия**. При снижении цены спрос увеличивается, так как люди хотят приобрести больше товаров или услуг, и, наоборот, при увеличении цены спрос может пойти на спад.

Таким образом, рыночный механизм обеспечивает динамическое равновесие между спросом и предложением. Рынок в данном случае действует как саморегулирующаяся система, эффективный механизм взаимодействия спроса, предложения и конкуренции по формированию цен, объемов производства и продаж, а также уровня потребления товаров и услуг. Кроме того, он обеспечивает повышение эффективности производства, качества продукции. Однако рыночное саморегулирование не имеет всеобщего характера и должно дополняться механизмами государственного регулирования, что является основополагающей идеей совершенствования рыночных механизмов в социально значимых областях экономики. Особенно это актуально для рынка товаров и услуг в здравоохранении.

Главным звеном рыночного механизма является конкуренция.

**Конкуренция** – состязание между экономическими субъектами, борьба за рынки сбыта товаров и услуг с целью получения более высоких доходов, других выгод.

Конкурентная борьба за экономическое выживание и процветание – закон рыночной экономики. На рынке товаров и услуг здравоохранения конкурентными участниками могут быть:

- государственные, муниципальные учреждения здравоохранения – по реализации государственного (муниципального) задания на конкурсной основе;
- организации, производящие аналогичные товары и услуги для нужд здравоохранения;
- частнопрактикующие врачи и фармацевтические работники, предоставляющие аналогичные медицинские товары или услуги медицинского назначения.



Изучение конкурентов, выделение их сильных и слабых сторон крайне важно для завоевания определенной доли рынка медицинских услуг. Сравнив свои услуги с услугами конкурентов, можно определить свои конкурентные преимущества, позиции на рынке.

*Конкурентные преимущества* – уникальные, особенные черты медицинских организаций, которые отличают их от других. Именно они помогают получить прибыль выше, чем другие, производящие и оказывающие одинаковые медицинские товары и услуги. Определяя конкурентные преимущества, важно ориентироваться на пациентов, их потребности, и быть уверенным, что эти преимущества воспринимаются ими как таковые. Можно выделить следующие конкурентные преимущества:

- высокая репутация организации здравоохранения;
- высокое качество оказываемых медицинских товаров и услуг;
- ориентация на пациента, его запросы и пожелания;
- достаточная материально-техническая база, высококвалифицированный персонал, современное оборудование, устойчивое финансовое обеспечение;
- уникальность предлагаемых медицинских товаров и услуг;
- приемлемые для пациентов цены, не превышающие или ниже цен на аналогичные медицинские товары и услуги других участников рынка.

Конкурентные преимущества следует рассматривать как основу стратегии поведения участников на рынке медицинских товаров и услуг, что особенно важно в условиях развития обязательного и добровольного медицинского страхования.

Для эффективной организации производства и реализации медицинских товаров и услуг необходимы знания основ медицинского маркетинга.

**Контрольные вопросы**

1. Дайте определение понятия «экономика здравоохранения». Какие основные вопросы она решает?
2. Что включают в себя финансовые ресурсы здравоохранения?
3. Перечислите основные виды материальных ресурсов здравоохранения.
4. Что представляет собой бухгалтерский баланс?
5. Что такое активы и пассивы бухгалтерского баланса?
6. Дайте определение основным средствам в здравоохранении.
7. Какие статистические показатели используются для оценки основных средств в здравоохранении?
8. Что такое физический и моральный износ основных средств в здравоохранении?
9. Что включают в себя оборотные средства в здравоохранении?
10. Какие статистические показатели характеризуют использование оборотных средств в здравоохранении?
11. Перечислите основные показатели, характеризующие финансовые результаты деятельности организации здравоохранения.
12. Что относится к переменным и постоянным затратам?
13. Что понимают под эффективностью в здравоохранении?
14. Как рассчитывают медицинскую эффективность?
15. Какие показатели характеризуют социальную эффективность в здравоохранении?
16. Как рассчитывают экономическую эффективность в здравоохранении?
17. Какова роль здравоохранения в предотвращении экономического ущерба?
18. Приведите формулы расчета экономического ущерба вследствие заболеваемости, инвалидизации, смертности в трудоспособном возрасте.
19. Как рассчитывают экономический эффект от реализации комплекса медицинских и санитарно-эпидемиологических мероприятий?
20. Дайте определение понятия рынка медицинских товаров и услуг.
21. Раскройте содержание понятия «спрос». Какие факторы влияют на спрос?
22. Раскройте содержание понятия «предложение».
23. Что такое медицинская услуга? Каковы специфические особенности медицинских услуг?
24. Раскройте содержание понятия «цена». Что такое цена спроса, цена предложения?
25. Дайте определение понятия «конкуренция».
26. Кто является участниками конкурентной борьбы на рынке медицинских товаров и услуг?
27. Перечислите основные конкурентные преимущества медицинских организаций на рынке медицинских товаров и услуг.

## Глава 24

# Финансирование здравоохранения

### 24.1. Общие положения

Обеспечение системы здравоохранения необходимыми финансовыми ресурсами для оказания населению качественной и доступной медицинской помощи остается ключевой проблемой политики государства в области охраны здоровья граждан.

По оценкам специалистов ВОЗ, затраты общества на здравоохранение должны быть не менее 6% ВВП. В ряде стран с социально ориентированной рыночной экономикой (Швейцария, США, Бельгия, Франция, Германия) этот показатель находится в пределах 7–12% ВВП. Государственные расходы на здравоохранение в России составляют 2,7–3% ВВП.

В расчете на душу населения в год эти расходы на здравоохранение составили в России 250, во Франции – 3298, США – 3953, Германии – 2937 долларов США.

В структуре консолидированного бюджета здравоохранения средства бюджетов всех уровней составляют 60%, системы ОМС – 34%, 6% – другие предусмотренные законодательством источники.

Прежде чем перейти к вопросам финансирования здравоохранения, рассмотрим следующие базовые понятия.

**Финансовая система** – совокупность законов, правил, норм, регулирующих финансовую деятельность и финансовые отношения государства. Финансовая система включает в себя: финансы предприятий, организаций, отраслей; бюджетную, кредитно-банковскую, страховую системы, а также фондовый рынок.

**Финансирование** – обеспечение физического или юридического лица финансовыми средствами для безвозвратного расходования на определенные цели: медицинские, хозяйственные, бытовые, управленческие и др.

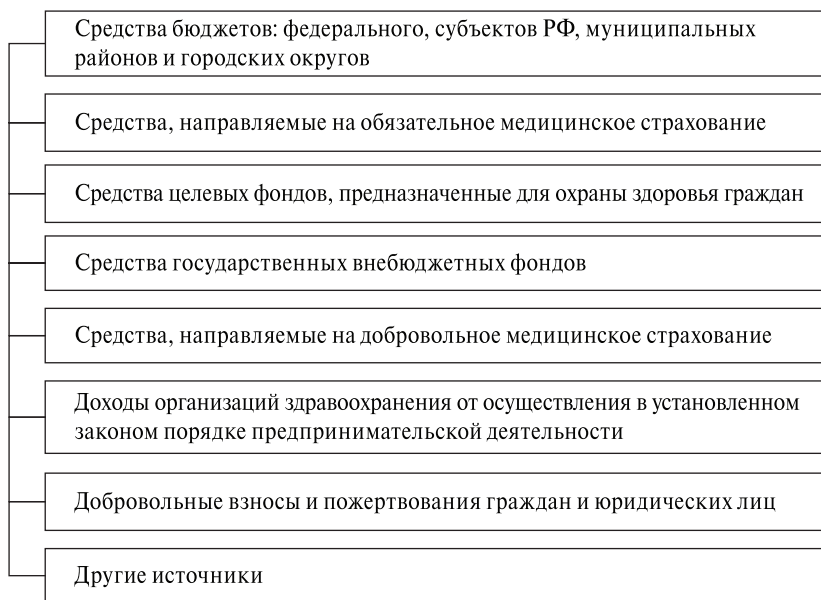
Все это в равной степени имеет отношение к системе здравоохранения, которая в современных условиях бюджетно-страховой модели имеет многоканальное финансирование.

## 24.2. Источники финансирования здравоохранения

В настоящее время в системе здравоохранения РФ действуют 2 экономические формы оказания гражданам медицинской помощи. Первая – **бесплатная**, за счет средств бюджетов всех уровней, обязательного медицинского страхования и других поступлений. Вторая – **платная**, за счет средств граждан, предприятий и других источников.

Соотношение объемов платной и бесплатной медицинской помощи характеризует уровень социально-экономического развития общества. Для социально ориентированной экономики объем бесплатной медицинской помощи населению составляет 90–95%. Соответственно платные услуги не должны составлять более 5–10% от общего объема медицинской помощи.

Основные источники, которые обеспечивают финансирование организаций здравоохранения при оказании медицинской помощи населению на бесплатной и платной основе, представлены на *рис. 24.1*.



**Рис. 24.1.** Источники финансирования здравоохранения

Эти источники имеют различное происхождение, а также направления и способы расходования финансовых средств.

Большинство организаций здравоохранения являются **бюджетными учреждениями**, то есть государственными (муниципальными)

учреждениями, финансовое обеспечение которых, в том числе по оказанию государственных (муниципальных) заданий, осуществляется за счет средств соответствующих бюджетов. Особенностью большинства бюджетных организаций здравоохранения является то, что они финансируются как непосредственно из бюджета собственника (РФ, субъект РФ, муниципальное образование), так и за счет бюджетов государственных внебюджетных фондов (Федеральный и территориальный фонды ОМС, Фонд социального страхования РФ, Пенсионный фонд РФ). Однако, к сожалению, приходится констатировать, что средства, выделяемые из бюджетов всех уровней на нужды здравоохранения, остаются крайне незначительными. С переходом на принципы медицинского страхования и рыночные отношения бюджетные ресурсы перестали быть ведущим источником финансирования организаций здравоохранения, составляя тем не менее значительную часть общего объема ассигнований.

Важным источником финансирования здравоохранения являются средства обязательного медицинского страхования (ОМС) и добровольного медицинского страхования (ДМС) (см. главу 22) .

Определенную роль в финансировании здравоохранения играет Фонд социального страхования РФ – специализированное финансово-кредитное учреждение при Правительстве РФ. Основными задачами Фонда социального страхования являются обеспечение гарантированных государством пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам, по уходу за ребенком, санаторно-курортному лечению, реализации государственных программ охраны здоровья работающих, национального проекта «Здоровье» и др.

Роль Фонда социального страхования в финансировании мероприятий по охране здоровья населения за годы реформ неоднократно менялась с учетом экономической ситуации в стране. В настоящее время за счет средств социального страхования оплачивается санаторно-курортное лечение участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, медицинская реабилитация пострадавших в результате несчастных случаев на производстве, санаторно-курортное лечение детей, долечивание больных, перенесших острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, операции по поводу аортокоронарного шунтирования и других заболеваний, в специализированных санаториях (отделениях). С 2006 г. из средств Фонда социального страхования финансируются родовые сертификаты, являющиеся источником дополнительного финансирования акушерской службы, а также углубленные медицинские осмотры работников промышленных предприятий, связанных с вредными условиями труда.

Наряду с ассигнованиями, выделяемыми из бюджетов всех уровней и государственных внебюджетных фондов, бюджетные учреждения здравоохранения имеют дополнительные источники доходов (внебюджетные средства), которые они получают от разных предприятий, организаций, учреждений, граждан за выполнение различных видов медицинских услуг. Привлечение этих источников, как правило, является инициативным делом руководителя организации здравоохранения.

Согласно действующему законодательству выделяют 4 вида внебюджетных средств:

- **Специальные средства** являются самым большим источником внебюджетных средств для бюджетных организаций и включают специальные доходы, получаемые от производства и реализации медицинских товаров и платных медицинских услуг. По специальным средствам бюджетного учреждения составляют смету доходов и расходов, которую подписывают руководитель и главный бухгалтер организации здравоохранения. В условиях перехода к рыночным отношениям эти средства приобретают большое значение как дополнительный источник финансирования деятельности здравоохранения.

- **Депозитные средства** поступают во временное распоряжение бюджетных учреждений. Данные суммы должны быть переданы по назначению либо возвращены тем, кто их вносил. Например, заработная плата: бюджетное учреждение получает сумму из бюджета на выплату зарплаты и для этого снимает денежные средства с депозита. В том случае, если невозможно выплатить зарплату работнику (например, он в командировке), сумму возвращают на депозит.

- **Суммы по поручению** – денежные средства, получаемые бюджетными учреждениями от предприятий, учреждений и организаций для выполнения определенных поручений. Например, поступление денежных средств в виде залога для участия в открытом конкурсе на поставку лекарственных средств.

- **Другие внебюджетные средства** – это средства, не входящие в предыдущие группы (например, плата за больничное общежитие, оплата за сервисные услуги, не относящиеся к платным медицинским услугам).

В отношении этих видов внебюджетных средств права руководителей бюджетных учреждений ограничены. Так, распорядители бюджетных кредитов не имеют права даже временно использовать денежные средства из сумм по поручениям и депозитов на текущие потребности своего учреждения. Депозитные средства возвращают по первому требованию владельца. Суммы по поручениям выдают лицам, указанным в поручении.

Государственные и муниципальные медицинские учреждения могут оказывать платные услуги населению при наличии лицензии. При этом медицинские учреждения обязаны обеспечивать соответствие предоставляемых населению платных медицинских услуг (сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи) требованиям федеральных или региональных медико-экономических стандартов.

Медицинские учреждения обязаны обеспечить граждан бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении учреждения (место его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

Предоставление платных медицинских услуг (сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи) оформляется договором, который регламентирует условия и сроки их получения, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон. Оплата за медицинские услуги производится в учреждениях банков или в медицинском учреждении. Расчеты с населением за предоставление платных услуг осуществляют медицинские учреждения с применением контрольно-кассовых машин. Медицинские учреждения обязаны выдать потребителю кассовый чек или копию соответствующего документа, подтверждающие прием наличных денег.

Пациенты, пользующиеся платными медицинскими услугами (сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи), вправе требовать предоставления информации о наличии лицензии, сертификатов специалистов, методики расчета стоимости оказанной услуги и др.

### **24.3. Планирование и расходование финансовых средств организациями здравоохранения**

Планирование потребности в финансовых средствах организаций здравоохранения осуществляется на основании составляемых смет согласно общепринятому порядку.. Первоначально сметы составляют на уровне конкретной организации здравоохранения, затем разрабатывают сводные проектные сметы расходов на здравоохранение как составную часть проекта соответствующего бюджета.

В основу построения индивидуальных смет расходов организации здравоохранения закладывают статистические нормативные

показатели, характеризующие объем деятельности подразделений данной организации, в виде оперативно-сетевых показателей: среднегодового количества больничных коек, койко-дней, числа должностей медицинского и административно-хозяйственного персонала, количества поликлинических посещений, выездов скорой медицинской помощи и др.

Расходование финансовых средств организации здравоохранения производят на основании бюджетных смет.

**Бюджетная смета** — документ, устанавливающий в соответствии с классификацией расходов бюджета соответствующего уровня лимиты бюджетных обязательств в бюджетных учреждениях. Существуют общие требования к порядку составления, утверждения и ведения бюджетной сметы бюджетного учреждения, которая утверждается главным распорядителем средств бюджета (Министр здравоохранения и социального развития РФ, руководитель органа управления здравоохранением субъекта РФ, главный врач учреждения здравоохранения).

Смета бюджетополучателя (подведомственного учреждения) составляется на основании разработанных и установленных главным распорядителем средств бюджета на соответствующий финансовый год расчетных показателей, характеризующих деятельность учреждения и доведенных лимитов бюджетных обязательств. К представленной на утверждение смете прилагают обоснования (расчеты) плановых сметных показателей, использованных при формировании сметы.

На основе представленных смет учреждений здравоохранения главный распорядитель бюджетных средств составляет сводную бюджетную роспись в разрезе распорядителей и получателей. На основании бюджетной росписи и лимитов бюджетных обязательств формируется кассовый план по расходам бюджета, под которым понимают прогноз кассовых поступлений в бюджет и кассовых выплат из бюджета в текущем финансовом году. Он представляется как документ с поквартальной детализацией.

В бюджетных учреждениях здравоохранения предусматривают следующие виды расходов:

- заработную плату;
- командировочные расходы;
- расходы на материальное обеспечение учреждений;
- расходы на медикаменты и расходные материалы;
- расходы на питание пациентов;
- расходы на приобретение оборудования;
- затраты на капитальный и текущий ремонт зданий и сооружений;



- расходы на содержание имущества;
- оплату коммунальных услуг, электроэнергии и др.

Ранее в бюджетной классификации финансирование и расходы учреждений осуществлялись по одному разделу «Здравоохранение». С 1 января 2008 г. расходы осуществляют по подразделам: «Стационарная медицинская помощь», «Амбулаторная помощь», «Скорая медицинская помощь» и т.д.

Показатели сметы, лимитов бюджетных обязательств, кассового плана формируют в разрезе кодов бюджетной классификации РФ с последующей детализацией до кодов: разделов, статей, видов расходов, операций сектора государственного управления, дополнительной классификации.

Например, расходы на приобретение продуктов питания в больнице осуществляют по следующей классификации:

- Код главного распорядителя средств областного бюджета – 055 – «Комитет по охране здоровья населения области»;
- Код раздела, подраздела – 0901 – «Стационарная медицинская помощь»;
- Код целевой статьи – 4709900 – «Обеспечение деятельности подведомственных учреждений»;
- Код вида расходов – 001 – «Выполнение функций бюджетными учреждениями»;
- Код операции сектора государственного управления – 340 – «Увеличение стоимости материальных запасов»;
- Код дополнительной классификации – 810 – «Питание».

В результате такой кодификации в смете расходов, лимитах бюджетных обязательств, кассовом плане данная строка будет выглядеть следующим образом: 055 0901 4709900 001 340 810 – с указанием конкретной суммы.

## 24.4. Оплата труда в здравоохранении

Особое место в экономике здравоохранения занимает проблема оплаты труда. Эта проблема — одна из самых трудноразрешимых в экономике любой отрасли, поскольку она не только экономическая, но и прежде всего социальная, политическая.

**Оплата труда** — главный источник формирования денежных доходов работника. Работодатель обязан компенсировать затраты умственного и физического труда работающего путем денежной выплаты в виде заработной платы. Одна из «вечных» проблем — в какой сумме компенсировать затраты труда работающего, чтобы заработная плата не только возмещала трудовые затраты работника, но и стимулировала его интерес к качественному и производительному труду.

Различают две главные составляющие, определяющие размер заработной платы работников здравоохранения, — форму оплаты труда и общую сумму денежных средств, которыми располагает организация здравоохранения для оплаты труда своих работников. Каждая организация здравоохранения ежегодно, ежеквартально, ежемесячно формирует фонд оплаты труда, исходя из имеющихся в наличии и планируемых денежных поступлений с учетом налоговых отчислений.

Финансовые средства организаций здравоохранения распределяются на две составляющие: фонд оплаты труда с начислениями во внебюджетные государственные фонды и средства, направляемые на содержание и развитие организаций здравоохранения. В последующем эти средства подлежат распределению между подразделениями организации здравоохранения, а в рамках подразделений — между сотрудниками с учетом тарифных разрядов и достигнутых показателей объема и качества выполненной работы.

**Фонд оплаты труда** — суммарные денежные средства организации здравоохранения, израсходованные в течение определенного периода времени на заработную плату, премиальные выплаты, доплаты работникам, а также компенсирующие выплаты.

На 1-м этапе планирования фонда оплаты труда определяют число должностей медицинского персонала в соответствии со штатными нормативами, которые в настоящее время носят рекомендательный характер, или исходя из объема работы организации здравоохранения и ее подразделений. На практике, как правило, сочетаются оба подхода.

Штаты административно-хозяйственного и прочего персонала устанавливают в соответствии с типовыми штатами, утвержденными для данного типа организаций с учетом особенностей и объема работы. На основании штатного расписания составляют тарификационные списки должностей работников, которые являются основными документами для определения должностных окладов работников здравоохранения.

Наименование должностей из числа врачебного, фармацевтического и среднего медицинского персонала должно соответствовать Номенклатуре специалистов с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием, которая утверждается МЗиСР РФ.

Должностные оклады и другие виды оплаты медицинских работников определяют исходя из занимаемой должности, стажа непрерывной работы, образования, квалификации и других условий, предусмотренных в соответствии с приказом, определяющем порядок оплаты соответствующих должностей.

Основными формами оплаты труда медицинских работников являются повременная, сдельная, контрактная.

При **повременных формах** оплату производят за определенное количество отработанного времени независимо от объема выполненной работы.

**Сдельная форма** основывается на установлении заработной платы в зависимости от объема выполненной работы за определенный период времени (чаще – за 1 мес). Достоинство сдельной формы оплаты труда состоит в том, что величина заработной платы непосредственно связана с количеством затраченного труда, который измеряется объемом выполненной работы.

Однако в здравоохранении трудно измерить объем выполненных работ, услуг в натуральном исчислении. К тому же если выполненная работа носит коллективный характер, то приходится либо выделять долю объема работ, выполненных каждым работником, либо исчислять сдельную заработную плату в расчете на весь коллектив, а затем делить ее между членами коллектива в соответствии с мерой их участия в труде, определяемой так называемым коэффициентом трудового участия (КТУ).

**Контрактная форма** позволяет достаточно объективно учесть объем и качество выполненной работы. В настоящее время данная форма оплаты является наиболее прогрессивной.

С 1 декабря 2008 г. осуществлен переход на новую систему оплаты труда работников бюджетной сферы, в том числе здравоохранения. Введение данной системы позволит отказаться от ранее существовавшего директивного подхода к формированию заработной платы работников здравоохранения (на основе Единой тарифной сетки) и учитывать специфику медицинского труда.

Новая система оплаты труда предусматривает следующие составляющие, которые будут учитывать при исчислении заработной платы конкретного медицинского работника:

- базовый оклад;
- компенсационные выплаты;
- стимулирующие выплаты.

**Базовый должностной оклад (базовая ставка заработной платы)** – минимальный должностной оклад работника государственного или муниципального учреждения, входящего в соответствующую профессиональную квалификационную группу, без учета компенсационных, стимулирующих и социальных выплат.

Профессиональную квалификационную группу устанавливают в соответствии с методическими рекомендациями органа управления здравоохранением.

**Компенсационные выплаты** — доплаты и надбавки компенсационного характера, в том числе за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных (например, за работу в особых климатических условиях и на территориях, подвергшихся радиоактивному загрязнению).

**Стимулирующие выплаты** — доплаты и надбавки стимулирующего характера, премии и иные поощрительные выплаты (например, выплаты за интенсивность и высокие результаты работы, качество выполняемых работ, стаж непрерывной работы, выслугу лет, премиальные выплаты по итогам работы).

Механизмом реализации этой системы оплаты труда является заключение трудовых договоров с каждым работником организации здравоохранения.

## 24.5. Финансовый контроль в здравоохранении

**Финансовый контроль** в системе здравоохранения — контроль за целевым использованием финансовых средств системы здравоохранения, а также за соблюдением действующего финансового законодательства. Объектом финансового контроля в здравоохранении является финансово-хозяйственная деятельность организаций здравоохранения.

Важнейшей задачей финансового контроля является реализация единой финансовой политики, а также контроль за целевым и эффективным использованием финансовых средств в системе здравоохранения. Финансовый контроль осуществляют в виде предварительного, текущего и последующего контроля.

**Предварительный контроль**, например, на стадии составления, рассмотрения проекта территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на очередной финансовый год, осуществляется органом управления здравоохранением, финансовыми органами субъекта РФ, территориальным фондом ОМС.

**Текущий и последующий контроль** в процессе реализации Программы осуществляется:

- органом управления здравоохранением;
- финансовыми органами;
- контрольно-ревизионным управлением Министерства финансов РФ;
- Государственной налоговой инспекцией;
- Счетной палатой;
- Федеральным казначейством.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования также принимает участие в осуществлении финансового контроля в системе здравоохранения субъекта РФ.

Организации, осуществляющие финансовый контроль в системе здравоохранения, действуют в пределах своей компетенции в соответствии с законодательством. Они взаимодействуют между собой и с органами местного самоуправления. Координацию их деятельности может осуществлять орган управления здравоохранением субъекта РФ в соответствии с заключенными соглашениями о взаимодействии. На основе соглашений для проведения комплексных ревизий и тематических проверок разрабатывают и утверждают совместные планы-графики.

Организации, осуществляющие финансовый контроль в системе здравоохранения субъекта РФ, в пределах своих полномочий имеют следующие права и обязанности:

- проводить проверки и ревизии;
- давать указания по устранению выявленных нарушений и в случае их невыполнения направлять материалы проверок в исполнительные органы государственной власти по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности для приостановления или отзыва лицензии организации здравоохранения;
- проверять соблюдение финансового законодательства;
- осуществлять контроль за прохождением финансовых средств в сфере денежного обращения;
- осуществлять контроль за целевым и эффективным расходованием финансовых средств в организациях здравоохранения;
- направлять материалы о выявленных нарушениях в адрес правоохранительных органов.

Финансовый контроль в системе здравоохранения осуществляется в следующих организационных формах:

- ревизии и тематические проверки;
- экспертные оценки и аналитические расчеты;
- проверка документов и сведений;
- проверка системы учета и внутреннего контроля;
- инвентаризация денежных средств и материальных ценностей;
- анализ бухгалтерской и финансовой отчетности.

Таким образом, обеспечение постоянного финансового контроля в системе здравоохранения позволяет более эффективно использовать финансовые ресурсы, выделяемые государством для оплаты оказываемой населению медицинской помощи.

**Контрольные вопросы**

1. Раскройте понятия «финансовая система» и «финансирование»?
2. Перечислите основные источники финансирования здравоохранения.
3. В чем заключается особенность финансирования бюджетных организаций здравоохранения?
4. Какова роль Фонда социального страхования в финансировании системы здравоохранения?
5. Какие, согласно законодательству, выделяют 4 вида внебюджетных средств?
6. Каков порядок оказания гражданам платных медицинских услуг?
7. Что такое бюджетная смета? Какие виды расходов она включает?
8. Что такое фонд оплаты труда?
9. Какие формы оплаты труда медицинских работников вы знаете? Раскройте содержание каждого из них.
10. В чем особенности новой системы оплаты труда работников здравоохранения?
11. Какие органы и в каких формах осуществляют финансовый контроль в здравоохранении?

## Глава 25

### Управление качеством медицинской помощи

#### 25.1. Общие характеристики и компоненты качества медицинской помощи

В обеспечении населения отдельными видами медицинской помощи определяющее значение имеет ее качество.

**Качество медицинской помощи** — это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи потребностям пациента, его ожиданиям, а также установленным стандартам медицинских технологий при ее оказании.

Выделяют следующие *характеристики качества* медицинской помощи:

- профессиональную компетенцию;
- доступность;
- межличностные взаимоотношения;
- эффективность;
- непрерывность;
- безопасность;
- соответствие ожиданиям пациентов.

**Профессиональная компетенция** подразумевает наличие знаний и навыков медицинских работников и вспомогательного персонала, а также то, как они используют их в своей работе, следуя клиническим руководствам, стандартам (протоколам) ведения больных. Если говорить о компетенции руководителя, то это, прежде всего, профессиональные навыки в решении существующих проблем. Для врачей — это знания, навыки и искусство постановки диагноза, лечения больного. Набор навыков вспомогательного персонала зависит от конкретно занимаемой должности. Например, профессионально подготовленный регистратор в поликлинике должен дать необходимую информацию в ответ на любое обращение пациента. Недостаток профессиональной компетенции может выражаться как в небольших отклонениях от существующих стандартов, так и в грубых ошибках, снижающих результативность лечения или даже ставящих под угрозу здоровье и жизнь пациента.

*Доступность медицинской помощи* означает, что она не должна зависеть от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров. Географическая доступность измеряется наличием транспорта, расстоянием, временем в пути и другими обстоятельствами, которые могут препятствовать пациенту в получении необходимой помощи. Экономическая доступность определяется возможностью получения необходимой помощи гарантированного объема и качества независимо от материального положения больного. Социальная доступность относится к восприятию медицинской помощи в свете ценностного отношения пациента к своему здоровью, его вероисповедания и т.д. Например, служба планирования семьи может быть не востребована пациентами, как противоречащая их нравственным ценностям и религии. Организационная доступность подразумевает оптимизацию в работе отдельных медицинских служб. Например, часы работы поликлиники должны предоставлять возможность обращения в удобное для пациентов время, недостаточное количество вечерних приемов снижает доступность для тех людей, которые работают в течение дня, и т.д. Языковая доступность означает использование в работе медицинских служб языка пациентов, обращающихся за медицинской помощью.

*Межличностные взаимоотношения.* Эта характеристика качества медицинской помощи относится к взаимоотношениям между работниками здравоохранения и пациентами, медицинским персоналом и их руководством, системой здравоохранения и населением в целом. Корректные взаимоотношения создают атмосферу психологического комфорта, конфиденциальности, взаимного уважения и доверия. Важными элементами этих взаимоотношений являются искусство слушать и адекватно реагировать. Все это способствует формированию позитивной установки пациента на проводимое лечение (подробнее см. главу 26).

*Эффективность* в данном случае следует рассматривать как отношение затраченных ресурсов к полученным результатам. Эффективность всегда относительна, поэтому анализ эффективности производится, как правило, для сравнения альтернативных решений. Важность этой характеристики определяется тем, что ресурсы здравоохранения обычно ограничены. При этом эффективно функционирующая система здравоохранения обеспечивает оптимальное качество (при имеющихся ресурсах) медицинской помощи (подробнее см. главу 23).

*Непрерывность.* Эта характеристика означает, что пациент получает всю необходимую медицинскую помощь без задержки и неоправданных перерывов или необоснованных повторов в процессе



диагностики и лечения. Обычно соблюдение этого принципа обеспечивается тем, что пациента наблюдает один и тот же специалист, соблюдая преемственность в работе с коллегами. Несоблюдение этого принципа негативно влияет на конечные результаты лечения.

*Безопасность.* Как одна из характеристик качества, безопасность означает сведение к минимуму риска побочных эффектов диагностики, лечения и других нежелательных последствий оказания медицинской помощи. Это относится как к медицинским работникам, так и к пациентам. Соблюдение мер безопасности очень важно при оказании не только специализированной, но и первичной медицинской помощи. Например, во время ожидания приема врача пациенты могут быть инфицированы другими больными при несоблюдении необходимых противоэпидемических мер. При решении вопроса о выборе той или иной медицинской технологии ожидаемые результаты обязательно должны оцениваться в сравнении с потенциальным риском.

*Соответствие ожиданиям пациентов.* Система здравоохранения должна отвечать как требованиям медицинских работников, так и ожиданиям и потребностям пациентов. Для пациентов в конкретном медицинском учреждении качество медицинской помощи определяется тем, насколько она отвечает их потребностям, ожиданиям и является своевременной. Немаловажную роль играет соблюдение принципов деонтологии со стороны медицинского персонала. Пациенты чаще всего обращают внимание на результативность и доступность медицинской помощи, на взаимоотношения между ними и медперсоналом, а также на непрерывность медицинской помощи как наиболее важные характеристики качества. Однако необходимо учитывать, что пациенты не всегда в состоянии адекватно оценить оказанную им медицинскую помощь и профессиональную компетентность персонала. Удовлетворенность медицинских работников, как правило, определяется необходимыми условиями в организации медицинской помощи, размером и формой оплаты труда. Немалое значение имеет возможность профессионального роста, решение вопросов социальной защищенности. Этот аспект качества можно изучить, проводя социологические исследования по специально разработанным анкетам.

Качество медицинской помощи включает в себя 3 основных компонента, которые соответствуют по сути трем подходам к его обеспечению и оценке:

- качество структур;
- качество технологии;
- качество результата.

*Качество структур* определяется по отношению к системе здравоохранения в целом, медицинскому учреждению, отдельному его структурному подразделению, конкретному медицинскому работнику. Этот компонент качества характеризует такие параметры, как состояние зданий и сооружений, в которых функционирует медицинское учреждение, квалификацию кадров, техническое состояние медицинского оборудования и санитарного транспорта, соответствие лекарственных препаратов и лечебного питания установленным стандартам и др. При оценке качества по отношению к каждому сотруднику оцениваются профессиональные качества медицинского работника как сумма теоретических знаний и практических навыков выполнения конкретных лечебно-диагностических манипуляций.

*Качество технологии* характеризует все этапы процесса оказания медицинской помощи. Качество технологии дает представление о соблюдении стандартов медицинской помощи, правильности выбора тактики и качестве выполненной работы. Оно характеризует, насколько комплекс лечебно-диагностических мероприятий, оказанных конкретному больному, соответствовал установленным стандартам медицинских технологий. Если на оказание медицинской помощи больному было затрачено средств больше, чем предусмотрено действующими медико-экономическими стандартами, — такая помощь не будет признана качественной, даже в случае достижения ожидаемых результатов лечения. Качество технологии оценивается только на одном уровне — по отношению к конкретному пациенту, с учетом клинического диагноза, сопутствующей патологии, возраста больного и других факторов. Одним из параметров, характеризующих качество технологии, может являться наличие или отсутствие врачебных ошибок.

*Качество результата* характеризует итог оказания медицинской помощи, т.е. позволяет судить, насколько фактически достигнутые результаты соответствуют реально достижимым. Обычно качество результата оценивают на трех уровнях: по отношению к конкретному пациенту, ко всем больным медицинского учреждения, к населению в целом. Анализ качества результата по отношению к конкретному пациенту дает возможность оценить, насколько достигнутые результаты лечения конкретного больного близки к ожидаемым, с учетом клинического диагноза, возраста и других влияющих на исход заболевания факторов. Например, для одного больного планируемым результатом лечения может являться его полное выздоровление с нормализацией всех данных клинико-биохимических, функциональных и других видов исследований. Для другого больного с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, осложнен-

ным влажной гангреной, планируемым результатом лечения может явиться ампутация нижней конечности. При стационарном лечении ранее было принято выделять три исхода госпитализации: «выздоровление», «перевод», «смерть». В настоящее время стационары перешли к новой, более дифференцированной системе оценки исходов лечения, в которой выделяют: «выздоровление», «улучшение», «без перемен», «ухудшение», «перевод», «смерть». По завершении амбулаторно-поликлинического лечения больного возможными исходами являются: «выздоровление», «ремиссия», «госпитализация», «перевод в другое медицинское учреждение», «инвалидизация», «смерть». Качество результата по отношению ко всем больным медицинского учреждения следует оценивать за какой-либо конкретный период времени (чаще за год). В практике лечебно-профилактических учреждений для оценки качества результата по отношению ко всем больным обычно используют различные качественные показатели: летальность, частота послеоперационных осложнений, расхождение клинических и патолого-анатомических диагнозов, запущенность по онкологии, соотношение вылеченных и удаленных зубов и др. Качество результата по отношению к населению в целом характеризуют показатели общественного здоровья.

Все компоненты качества связаны между собой и оказывают друг на друга влияние. При низком уровне качества структуры довольно сложно обеспечить приемлемый уровень качества технологии. Нарушение технологии диагностики и лечения в большинстве случаев приводит к неблагоприятным результатам лечения. Вместе с тем высокий уровень структурного качества – только потенциальная, но не всегда реализуемая возможность иметь высокий уровень качества технологии и результата. Такую взаимозависимость часто определяют как «принцип негатива» – при плохом качестве негатива невозможно сделать хорошую фотографию, но плохой снимок может получиться и при качественном негативе.

Для анализа качества медицинской помощи используются показатели, рассмотренные в соответствующих главах учебника. Основные из них представлены в *табл. 25.1*.

*Таблица 25.1. Основные показатели качества медицинской помощи.*

Название показателя	Способ вычисления
<b>Коэффициент смертности населения в трудоспособном возрасте</b>	$= \frac{\text{Число умерших в трудоспособном возрасте за год}}{\text{Среднегодовая численность населения трудоспособного возраста}} \times 1000$

Продолжение табл. 25.1

Название показателя	Способ вычисления
<b>Материнская смертность</b>	$= \frac{\text{Число умерших беременных (с начала беременности), рожениц, а также родильниц (в течение 42 сут после прекращения беременности)}}{\text{Число родившихся живыми}} \times 100\,000$
<b>Коэффициент младенческой смертности</b>	$= \frac{\text{Число детей, умерших на 1-м году жизни в течение года}}{\text{Число родившихся живыми в данном календарном году}} \times 1000$
<b>Коэффициент перинатальной смертности</b>	$= \frac{\text{Число родившихся мертвыми + число умерших в первые 168 часов жизни в течение календарного года}}{\text{Число родившихся живыми и мертвыми в течение календарного года}} \times 1000$
<b>Суммарный показатель частичной медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов</b>	$= \frac{\text{Общее число лиц, признанных инвалидами III группы (из числа инвалидов I и II групп) + общее число лиц, признанных инвалидами II группы (из числа инвалидов I группы)}}{\text{Общее число инвалидов I и II групп, повторно освидетельствованных в бюро МСЭ}} \times 100$
<b>Эффективность диспансеризации</b>	$= \frac{\text{Число больных, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу данного заболевания с улучшением состояния (без изменения, ухудшением) на конец отчетного периода}}{\text{Общее число больных, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу данного заболевания на конец отчетного периода}} \times 100$
<b>Частота расхождения клинических и патолого-анатомических диагнозов</b>	$= \frac{\text{Число клинических диагнозов, не подтвержденных при патолого-анатомических вскрытиях}}{\text{Общее число патолого-анатомических вскрытий}} \times 100$
<b>Больничная летальность</b>	$= \frac{\text{Число умерших в стационаре}}{\text{Число выбывших (выписанных + умерших) из стационара больных}} \times 100$

Окончание табл. 25.1

Название показателя	Способ вычисления
<b>Досуточная летальность</b>	$= \frac{\text{Число умерших в первые 24 часа пребывания в стационаре}}{\text{Общее число поступивших больных в стационар}} \times 100$
<b>Послеоперационная летальность</b>	$= \frac{\text{Число умерших после оперативных вмешательств}}{\text{Общее число прооперированных больных}} \times 100$
<b>Частота осложнений в родах</b>	$= \frac{\text{Число родильниц, имевших осложнения в родах (разрывы промежности, кровотечение, нарушения родовой деятельности, сепсис и др.)}}{\text{Число женщин, родивших в стационаре + число женщин, родивших вне стационара}} \times 1000$
<b>Частота осложнений в послеродовом периоде</b>	$= \frac{\text{Число родильниц, имевших осложнения в послеродовом периоде (кровотечение, эндометриты, расхождения швов промежности и др.)}}{\text{Общее число родов в стационаре}} \times 1000$
<b>Расхождение диагнозов СМП и стационаров</b>	$= \frac{\text{Число случаев расхождения диагнозов СМП и стационаров}}{\text{Общее число госпитализированных больных, из числа доставленных СМП в стационары}} \times 100$
<b>Удельный вес осложнений после удаления зубов</b>	$= \frac{\text{Число осложнений после удаления зубов}}{\text{Общее число удаленных зубов}} \times 100$
<b>Среднее число выявленных дефектов оказания медицинской помощи (на 1 больного)</b>	$= \frac{\text{Число выявленных дефектов}}{\text{Общее число проведенных экспертиз (ведомственных + вневедомственных)}}$
<b>Среднее число выявленных дефектов, повлекших ухудшение здоровья (на 1 больного)</b>	$= \frac{\text{Число выявленных дефектов, повлекших ухудшение здоровья}}{\text{Общее число проведенных экспертиз (ведомственных + вневедомственных)}}$
<b>Среднее число выявленных дефектов, повлекших увеличение стоимости лечения (на 1 больного)</b>	$= \frac{\text{Число выявленных дефектов, повлекших увеличение стоимости лечения}}{\text{Общее число проведенных экспертиз (ведомственных + вневедомственных)}}$

## 25.2. Система обеспечения качества медицинской помощи

*Управление качеством* медицинской помощи — это организация и контроль деятельности системы здравоохранения для обеспечения имеющихся и предполагаемых потребностей населения в медицинской помощи. В современных условиях система управления качеством медицинской помощи представляет собой совокупность организационно-управленческих структур и действий, анализирующих, оценивающих и корректирующих условия, процесс оказания и результат медицинской помощи для обеспечения пациенту качественной медицинской помощи в объемах, предусмотренных Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Эта система основывается на следующих принципах:

- использование достижений доказательной медицины;
- проведение экспертизы качества медицинской помощи на основе медицинских стандартов (протоколов);
- единство подходов в проведении ведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи;
- использование административных, экономических и правовых методов управления качеством медицинской помощи;
- анализ экономической эффективности затрат по достижению оптимального уровня качества медицинской помощи;
- изучение общественного мнения по вопросам качества медицинской помощи.

Управление качеством медицинской помощи состоит из четырех основных аспектов: дизайн качества, обеспечение качества, контроль качества, непрерывное повышение качества.

*Дизайн качества* (конструирование качества) — работа по созданию системы предоставления качественной медицинской помощи. Дизайн качества включает: определение того, кто является потребителем медицинских услуг; установление нужд потребителей; определение результата, отвечающего нуждам потребителей; разработку структуры системы, необходимой для достижения нужного результата; превращение плана в действие.

*Обеспечение качества* — мероприятия, планируемые и систематически осуществляемые в рамках системы управления качеством при условии их подтверждения и при наличии уверенности в том, что объект будет выполнять планируемые требования к качеству. Для совершенствования качества медицинской помощи необходимо: создать соответствующую законодательную и нормативную правовую базу по регулированию механизмов обеспечения качества

медицинской помощи; привести в соответствие с нормативной правовой базой структуры и ресурсы (кадровые, финансовые, материальные и информационные); создать соответствующие технологические стандарты и стандарты на результаты и эффективно контролировать выполнение медицинских технологий.

**Контроль качества** включает механизмы для планового и оперативного анализа отдельных характеристик качества медицинской помощи.

Контроль (определение уровня) качества медицинской помощи строится на сопоставлении реальной ситуации с существующими стандартами (протоколами) и принятыми нормами ведения больных. Одним из механизмов контроля качества медицинской помощи, ее соответствия принятым стандартам является экспертиза.

Система контроля качества медицинской помощи состоит из трех элементов:

- участники контроля;
- средства контроля;
- механизмы контроля.

Действующие нормативные правовые документы в зависимости от участников контроля предусматривают два вида контроля: ведомственный и вневедомственный контроль качества медицинской помощи. Ведомственный контроль осуществляют медицинские учреждения и организации управления здравоохранением, вневедомственный – страховые медицинские организации, Фонды ОМС, общественные объединения потребителей, Госстандарт России и его территориальные органы, Государственный комитет по антимонопольной политике и его территориальные органы, органы государственного пожарного надзора, Государственная инспекция по охране труда, комитеты по управлению государственным имуществом и др.

Всех участников контроля можно объединить в три звена:

- контроль со стороны производителя медицинских услуг;
- контроль со стороны потребителя медицинских услуг;
- контроль со стороны организаций, независимых от потребителей и производителей медицинских услуг.

В настоящее время используются различные средства контроля качества медицинской помощи. К ним относятся медицинские стандарты, показатели деятельности организации здравоохранения, экспертная оценка качества и т.д.

Механизм контроля качества медицинской помощи достаточно сложен и включает в себя следующие основные элементы:

- процедуры лицензирования медицинской, фармацевтической и иных видов деятельности, осуществляемых в сфере охраны

здоровья (лицензирование — выдача государственного разрешения (лицензии) медицинским учреждениям, врачам и другим лицам на осуществление ими определенных видов медицинской деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования);

- аккредитация учреждений различных систем здравоохранения (аккредитация медицинских учреждений — определение соответствия медицинских учреждений установленным профессиональным стандартам);
- контроль профессиональных качеств медицинских работников;
- сертификация лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники;
- лицензирование, аттестация и аккредитация образовательных учреждений, реализующих программы додипломной и последипломной подготовки медицинских работников.

Организация и порядок проведения ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи регламентируются приказами МЗиСР РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

***Непрерывное повышение качества*** — это комплекс мероприятий, постоянно проводимых медицинскими организациями с целью повышения эффективности и результативности их деятельности, совершенствования всех показателей работы организаций здравоохранения в целом, всех подразделений и отдельных сотрудников. Процесс повышения качества предусматривает получение выгоды как для медицинской организации, так и для потребителей медицинских услуг.



**Контрольные вопросы**

1. Дайте определение качества медицинской помощи.
2. Перечислите основные характеристики качества медицинской помощи. Раскройте содержание каждой из них.
3. Каковы основные компоненты качества медицинской помощи?
4. Перечислите основные статистические показатели, характеризующие качество медицинской помощи. Приведите формулы их расчета.
5. Что представляет собой система управления качеством медицинской помощи? На каких принципах она основывается?
6. Назовите основные четыре аспекта управления качеством медицинской помощи?
7. Перечислите элементы системы контроля качества медицинской помощи.
8. Какие виды контроля вы знаете? Кто их осуществляет?
9. Раскройте сущность механизма контроля качества медицинской помощи.

## Глава 26

### Этика

### в профессиональной деятельности врача

#### 26.1. Медицинская этика, деонтология: содержание и основные проблемы

История медицины и практический опыт здравоохранения со всей очевидностью показывают, что медицинская помощь не может быть полноценной, если даже самый высококвалифицированный врач не обладает необходимыми этическими качествами.

**Этика** (от греч. *ethos* — обычай, нрав) — одна из философских дисциплин, объектом изучения которой является мораль, нравственность. **Медицинская этика** определяется как совокупность норм поведения и морали медицинских работников. Известно, что помимо общих моральных норм, регулирующих жизнь общества, существуют нормы классической медицинской этики, имеющие свою специфику, связанную с природой самой профессии.

Наряду с термином медицинская этика часто применяют термин **деонтология** (от греч. *deon* — должное, долг и *logos* — учение, слово), т.е. учение о должном поведении медицинских работников. Впервые это понятие было введено в обиход в начале XIX в. английским юристом и философом И. Бентамом.

Медицинская этика охватывает более широкий круг вопросов, чем деонтология. Это учение о морали медицинского работника, его взаимоотношениях с больными и здоровыми, с людьми, окружающими больного, с коллегами. Это учение о врачебной тайне, этике научных исследований, внешнем виде медицинского работника и др. Медицинская этика не несет в себе специфики определенной медицинской специальности. Так, например, нет отдельно этики терапевта, хирурга, операционной медицинской сестры или другого специалиста, но есть этика медицинского работника.

Понятия «медицинская этика» и «деонтология» органически связаны, так как имеют дело с моральными и нравственными нормами и основанными на них принципами и правилами поведения медицинских работников, выполняющих свой профессиональный и гражданский долг. В реальной жизни соблюдение деонтологиче-

ских правил обязательно дополняется определенным нравственно-этическим содержанием. С другой стороны, многие нормы морали, особенно профессиональной, так тесно сливаются с деонтологическими требованиями, что их трудно отделить друг от друга.

Медицинская этика возникла тысячелетия назад, одновременно с началом врачевания. Во многих древнейших письменных источниках по медицине наряду с советами по сохранению здоровья и лечению болезней содержатся правила поведения врача. Наиболее известным документом является клятва Гиппократова (V век до н. э.), оказавшая огромное влияние на все последующее развитие медицинской этики. Нормы медицинской этики изменялись в зависимости от социальных условий, развития культуры, достижений медицины, однако традиционные вопросы оставались неизменными на протяжении веков.

Основными проблемами медицинской этики являются:

- медицинский работник и общество;
- медицинский работник и пациент;
- медицинский работник и родственники пациента;
- взаимоотношения представителей медицинских профессий;
- нравственные качества и внешний вид медицинского работника;
- врачебная тайна;
- совершенствование знаний и отношение к различным теориям;
- этика эксперимента.

Существует ряд правовых документов общего характера, где отражаются многие принципы медицинской и биомедицинской этики, например, «Женевская декларация», принятая в 1949 г. Всемирной медицинской ассоциацией (ВМА) и содержащая текст присяги, которую приносят врачи стран-членов ВМА.

В 1949 г. был также принят «Международный кодекс медицинской этики», который более подробно излагает нормы профессиональной медицинской морали. В соответствии с этим кодексом, врач обязан:

- соответствовать наивысшим профессиональным стандартам;
- ставить во главу угла сострадание и уважение к человеческому достоинству пациента и полностью отвечать за все аспекты медицинской помощи, вне зависимости от собственной профессиональной специализации;
- не позволять соображениям собственной выгоды оказывать влияние на свободу и независимость профессионального решения, которое должно приниматься исключительно в интересах пациента;

- быть честным в отношениях с пациентами и коллегами и бороться с теми, кто проявляет некомпетентность или замечен в обмане;
- уважать права пациентов, коллег по работе;
- обращаться к более компетентным коллегам, если необходимое пациенту обследование или лечение выходят за уровень его собственных профессиональных возможностей;
- хранить врачебную тайну даже после смерти своего пациента;
- всегда оказывать неотложную помощь любому в ней нуждающемуся.

Большое значение имеет принятие Советом Европы в 1997 г. общеевропейской «Конвенция о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением достижений биологии и медицины». В статьях 1 и 2 Конвенции подчеркивается обязанность «защитить достоинство и индивидуальную целостность каждого человека, гарантировать всем без исключения неприкосновенность личности и соблюдение других прав и основных свобод»... «Интересы и благо отдельного человека должны превалировать над интересами общества и науки». Кроме того, разработаны документы, регламентирующие проведение экспериментов на человеке, генетические исследования, аборт, права доноров и реципиентов при трансплантации органов и др.

В 90-е годы XX в. и в нашей стране принят целый ряд законов, направленных на защиту основных прав граждан в области охраны здоровья. Важнейшими являются «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (далее «Основы»), которые содержат немало прогрессивных и гуманных норм, касающихся прав граждан, включая право пациента на информацию о состоянии своего здоровья, право на выбор врача, лечебно-профилактического учреждения, право на согласие и отказ от медицинского вмешательства, право на допуск священнослужителя для отправления культовых обрядов в стационаре и многое другое. По сравнению с предшествующими актами в «Основах» введены статьи, затрагивающие особенно значимые для охраны жизни, здоровья и достоинства граждан аспекты медицинской деятельности. Это статьи об определении момента смерти человека, запрещении эвтаназии, проведении патологоанатомических вскрытий, врачебной тайне. Важным нововведением «Основ» следует считать предоставление гражданам права на проведение независимой экспертизы в случае их несогласия с заключением проведенной ранее медицинской экспертизы.

Права пациентов регулируются и другими законами: «О защите прав потребителей», «О медицинском страховании граждан Российской Федерации», «О трансплантации органов и (или) тканей чело-

века», «О донорстве крови и ее компонентов», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», «О лекарственных средствах», «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» и др.

## **26.2. Этические нормы взаимоотношений врача и пациента**

Взаимоотношения врача и пациента являются центральной проблемой классической медицинской этики. И в прошлом, и сегодня, эти взаимоотношения остаются непростыми и не всегда бесконфликтными. Сложности во взаимоотношениях рождаются с двух сторон. Врач не всегда пытается понять больного как личность со всеми ее переживаниями и страхами. Он недостаточно учитывает психическую составляющую соматического заболевания, рассматривая пациента как очередной случай в своей медицинской практике. В свою очередь, пациент часто переоценивает возможности медицины, доверяя ей свою жизнь и здоровье, требует к себе повышенного внимания.

Кроме того, врач и пациент могут исповедовать различные ценности, относиться к различным социальным слоям общества, этническим группам, религиозным конфессиям. Свои особенности накладывает и форма собственности учреждения, в котором пациент получает помощь. Например, в случае оказания медицинской помощи в коммерческой медицинской организации возникает конфликт интересов, когда врач заинтересован в уменьшении расходов и увеличении доходов, а пациент стремится получить большее число медицинских услуг с минимальными затратами. Другая проблема во взаимоотношениях врача и пациента связана с постарением населения, увеличением доли хронических больных, когда люди к старости становятся излишне раздражительны, обидчивы, сверхтребовательны, забывчивы. Особенно с учетом этих обстоятельств врач должен стремиться к установлению доверительных отношений с больным, способствующих психологическому спокойствию и его физическому излечению.

К настоящему времени выработаны определенные этические принципы сбора анамнеза, осмотра пациента, сообщения диагноза и прогноза заболевания, назначения лечения. Основой этих принципов должно быть триединство: профессионализм, доброжелательность и индивидуальный подход.

При беседе с пациентом врач должен уделить достаточное внимание проблемам, с которыми к нему обращается пациент, и выделить необходимое для консультации время. Рекомендуется обращение к пациенту по имени и отчеству, к ребенку — по имени. Необходимо терпеливо и внимательно слушать рассказ пациента, его родственников и деликатно задавать вопросы.

Особо следует соблюдать этические правила при проведении инвазивных методов диагностики и лечения, которые все шире внедряются в медицинскую практику, так как их эффективность и безопасность зависят от профессионализма и соблюдения врачом деонтологических норм. Необходимость особо внимательного отношения к инвазивным методам диагностики и лечения диктуется тем, что каждый из них несет в себе долю риска: можно повредить слизистую оболочку исследуемого органа, совершить его перфорацию, а также причинить пациенту боль или нанести психическую травму. Длительные и многократно повторяющиеся инвазивные манипуляции невротизируют пациента и формируют негативное отношение к ним. Врач должен сочувственно относиться к психологическим слабостям больного, быть с ним в доверительном контакте, уметь успокоить его, снять чувство страха, вселить уверенность в необходимости и безопасности назначенной процедуры.

Интимные манипуляции на «закрытых зонах» человеческого организма желательно выполнять не в палате, — на глазах у соседей, а в специально приспособленном помещении (клизменная, процедурная и др.). Ведь и для окружающих больных вид обнаженного соседа, дополнительные запахи, сама манипуляция служат источником отрицательных эмоций. Выполняя манипуляцию, не следует без особой необходимости обнажать тело больного, особенно его «закрытые зоны». Для их прикрытия пользуются специальными простынями с разрезом, пеленками и др. Если манипуляция все же выполняется в палате (подача судна, мочеиспускника, клизма), больного отгораживают ширмой. Следует учитывать особенности работы с женщинами и мужчинами, подростками и больными пожилого возраста, проявляя индивидуальный подход.

Тактика общения с пациентом зависит и от того, каких этических принципов придерживается врач. Если прежде информирование пациента было не обязательным, то сегодня получение информации становится правом пациента. Право граждан на информацию о состоянии здоровья закреплено в ст. 31 «Основ», где сказано, что каждый обращающийся за медицинской помощью имеет право получить информацию о состоянии своего здоровья, диагнозе, возможных осложнениях, различных имеющихся методах лечения

и связанном с ними риске, если таковой имеется. В то же время, эта информация не предоставляется пациенту помимо его воли. Право на полную и правдивую информацию иногда входит в противоречие с принципом классической медицинской этики Гиппократа: «Окружи больного любовью и разумным утешением, но главное, оставь его в неведении о том, что ему предстоит, и особенно, что угрожает». Необходимо учитывать психическое состояние пациента, давать информацию в тактичной и доступной форме, чтобы избежать так называемой информационной или психогенной ятрогении.

Статьей 32 «Основ» предусмотрен принцип информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство (обследование и лечение), которое врач должен получить от него перед началом лечения. При анализе этой важной проблемы следует исходить из ее особенностей: наличия двух составляющих – информированности и согласительности. *Информированность* предполагает объективное раскрытие информации и адекватное понимание пациентами ситуации. *Согласительный* компонент делает упор на добровольность принятия решения. Информированное согласие предполагает, что каждый человек считается хозяином своего тела и может, если он в здравом уме, разрешить или запретить любое медицинское вмешательство и даже спасающую жизнь хирургическую операцию. В традиционной медицинской этике считалось, что врач обязан сохранить жизнь и тем самым обеспечить благо пациента. Сегодня же с созданием эффективных жизнеподдерживающих методов и аппаратов положение изменилось: сохранение жизни и обеспечение блага пациента могут вступать в противоречие друг с другом. Возникла проблема, одна из самых острых в медицинской этике, имеющая не только медицинское, этическое, юридическое, но и мировоззренческое, общефилософское содержание. В статье 33 «Основ» предусматривается право гражданина или его законного представителя отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения.

При обсуждении вопроса об информированном согласии большое внимание обращают на компетентность больного, дающего согласие, и на способы ее оценки. Компетентным признается больной, способный сознательно выбрать способ лечения. К ним нельзя относить детей, лиц, находящихся в коматозном состоянии, под воздействием лекарств и др.

При сообщении прогноза, особенно неблагоприятного, врач должен быть предельно осторожным и тактичным. Решение в каждом случае должно приниматься индивидуально, исходя из психологического и физического состояния больного, характера заболевания, его тяжести, наличия у него близких и их отношения к нему.

Здесь на первый план выступает такой принцип медицинской этики, как правдивость. Существует правило, что взрослому компетентному пациенту при его желании в деликатной форме можно сообщить диагноз и прогноз. Детям диагноз тяжелого заболевания и неблагоприятного прогноза не сообщают, но родители при этом должны получить полную информацию. При неизлечимых болезнях опытные врачи советуют давать «дозированные» сообщения о прогнозе, делать их в предельно корректной форме, не обещая чуда, но и не отнимая надежду.

Среди этических требований важным считается умение врача успокоить и ободрить больного и его родственников, мобилизовать их на активную помощь. Важно вселить в больного уверенность в возвращении к активной жизни, способность преодолеть свои недуги.

В процессе взаимоотношений врача и пациента может возникнуть конфликт интересов. Согласно данным социологических опросов, среди причин конфликтов преобладают нарушения больными врачебных предписаний, их неудовлетворенность профессиональными и человеческими качествами врача, а также неэффективность и длительность лечения.

С позиций медицинской этики единственным приемлемым способом разрешения конфликтов является честное открытое обсуждение заинтересованными сторонами (врачом и пациентом) ситуации, поиск разумных аргументов в защиту собственной позиции, стремление понять оппонента и найти устраивающее все стороны решение. Безусловно, медицинские работники должны стремиться избегать конфликтов, чему в первую очередь способствует неукоснительное следование принципам медицинской этики.

Особой проблемой в клинической деятельности врача является *ятрогения* – ухудшение болезни или психогенные реакции, вызванные неправильным поведением медицинского персонала. В практике врача причинами ятрогений могут быть излишне откровенная беседа с пациентом или его родственниками, содержащая ненужное описание возможных осложнений, неблагоприятного прогноза или неумело проведенная санитарно-просветительная беседа. Кроме того, причиной ятрогении может быть выдача на руки пациентам истории болезни и других медицинских документов.

Введение в медицинскую практику средств интенсивной лекарственной терапии, появление инвазивных методов диагностики, сложнейших методик хирургического вмешательства привело не только к успехам медицины, но и к новым проблемам. Понятие ятрогении расширилось и включило в себя все заболевания и патологические процессы, возникновение которых связано с действием



медицинских работников (последствия диагностических, оперативных вмешательств, лекарственная болезнь и др.). Безусловно, в возникновении психогенной ятрогении виноваты прежде всего сами медицинские работники. Психогенных ятрогений тем меньше, чем более неукоснительно врач соблюдает принципы медицинской этики.

Соблюдение принципов медицинской этики во многом связано с врачебной тайной, ответственность за разглашение которой предусмотрена ст. 61 «Основ».

Принцип конфиденциальности, или сохранения врачебной тайны, возник в глубокой древности и до сих пор является одним из актуальных в системе этического и правового регулирования медицинской деятельности. Соблюдение тайны сегодня – не только исполнение профессионального долга и нравственная обязанность медицинского работника, но и его правовой долг. Предоставление сведений, представляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается только в следующих случаях, оговоренных в законодательстве:

- в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- по запросу органов дознания, следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;
- при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий;
- в целях проведения военно-врачебной экспертизы.

Исходя из традиционного понимания врачебной тайны, сохранять ее надо от посторонних лиц, знакомых, соседей по палате, а иногда и родственников больного. Правом больного является определить круг лиц, которым врач может сообщить данные о состоянии его здоровья.

Одним из важных условий, влияющих на успешную деятельность медицинского учреждения, является **психологический климат** в коллективе, который зависит от многих факторов: социальных, организационных, личностных и др. Медицинский коллектив в психологическом отношении является одной из сложнейших социальных групп. Это связано с большой физической и психологической напряженностью работы медицинских работников, высокой ответственностью за жизнь человека.

Одним из показателей взаимоотношений в медицинском коллективе является наличие конфликтов между коллегами. В зависимости от причин возникновения их условно можно разделить на профессиональные, этические, личностные и другие. В медицинской среде профессиональные споры неизбежны, но они не должны переходить в конфликты.

### 26.3. Основные проблемы биомедицинской этики

В связи с большими достижениями в биологической и медицинской науке и внедрением новых медицинских технологий в начале XXI в. врач в исключительных случаях вынужден принимать решения, которые входят в противоречия с нормами классической медицинской этики. Большое внимание к правам личности, в том числе и к правам пациента, привело к новому пониманию сути взаимоотношений между врачом и пациентом. Все это послужило предпосылками к возникновению и развитию биомедицинской этики (биоэтики). Термин «биоэтика» был введен американским биологом В. Поттером в 1969 г., по его определению *биоэтика* — это соединение биологических знаний и человеческих ценностей.

В нашей стране изучение биоэтики началось намного позже по сравнению с другими странами. В 1992 г. создан Российский Национальный комитет по биоэтике (РНКБ), учрежденный Российской академией наук. Основная цель РНКБ — способствовать защите прав, свобод и достоинства человека в условиях бурного прогресса биологических и медицинских наук и во взаимодействии человека как пациента со сферой здравоохранения.

Биоэтика является одним из приоритетных направлений деятельности ЮНЕСКО<sup>1</sup>, которой в 2005 г. была принята Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека.

Изучая моральные, философские, теологические, правовые и социальные проблемы, рождающиеся по мере развития биологии и медицины, биоэтика тем самым является междисциплинарной областью знаний; она охватывает медицинскую этику и простирается за ее пределы. Круг проблем биомедицинской этики гораздо шире проблем классической медицинской этики, но отчасти перекликается с ними. Центральным в биоэтике является отношение к жизни и смерти, причем жизнь понимается как высшая ценность. Поэтому

---

<sup>1</sup> ЮНЕСКО (UNESCO — United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) — специализированная Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры.

иногда биоэтику определяют как систему знаний о границах допустимого манипулирования жизнью и смертью человека.

Основными аспектами приложения биомедицинской этики являются:

- право на жизнь;
- проблема эвтаназии;
- право на аборт, контрацепцию, стерилизацию;
- новые репродуктивные технологии;
- медико-биологические эксперименты на человеке;
- современные технологии генной инженерии;
- трансплантация органов и тканей;
- психиатрия и права человека;
- моральные проблемы ВИЧ-инфицированных;
- межпрофессиональные отношения в медицине;
- проблемы социальной справедливости в медицине.

Врач, работающий в специализированном учреждении, оказывающем медицинскую помощь женщинам, не может не задумываться об этических аспектах **искусственного прерывания беременности, контрацепции и стерилизации**, являющихся современными формами медицинского вмешательства в репродуктивную функцию человека. Скажем, является ли аборт нарушением основного принципа медицинской этики — «не навреди»? Допустимо ли его проведение с этической точки зрения (а она совсем не обязательно совпадает с юридической)? Если да, то в каких случаях? Ответы на эти вопросы зависят от профессиональной подготовленности и нравственных принципов врача.

Одна из важнейших проблем, связанных с разработкой новых репродуктивных технологий, — **искусственное оплодотворение**, которое предоставляет возможность преодолеть бесплодие. Использование этой технологии затрагивает такие человеческие ценности, как природа самого брака, взаимоотношения супругов, судьба личности будущего ребенка. С точки зрения морали здесь важно не перейти ту грань, когда вмешательство в репродуктивную сферу помогает женщине обрести долгожданную беременность, а не превращается в вид манипуляции, эксперимента. Искусственное оплодотворение не вызывает морального осуждения в обществе и даже имеет законодательное разрешение. Действительно, каждая женщина имеет право быть матерью, и долг врача — помочь ей в этом.

Спорным и уязвимым с точки зрения биоэтики является метод **суррогатного материнства**, когда оплодотворенную яйцеклетку (от биологических отца и матери) вносят в матку другой женщины (суррогатная мать), которая вынашивает и рождает ребенка, а потом пере-

дает его биологическим родителям. Таким образом, с одной стороны, становится очевидной манипуляция телесной природой ребенка, получающего генетическое наследие от двух определенных лиц и вместе с тем кровь, питание от суррогатной матери. С другой — это единственный способ для отдельных семейных пар обрести желанного ребенка.

Ожесточенные споры велись и ведутся вокруг проблемы **клонирования человека** на основе современных технологий генной инженерии. В обсуждении морального аспекта клонирования участвуют биологи, врачи, политики, философы, священнослужители. Высказываются две противоположные точки зрения. Первая — клонирование морально этично и появление человеческих генетических копий безопасно для самого человека и общества. Эта технология открывает путь к освобождению от болезней и бессмертию. Вторая — клонирование аморально и не безопасно, так как наука еще не в состоянии определить последствия, к которым оно приведет, нет экспериментальных доказательств, что каждый клонированный эмбрион будет развиваться нормально и у клонированного ребенка не возникнут уродства, задержка умственного развития. Кроме того, могут появиться самые непредсказуемые злоупотребления.

Для врача, работающего в специализированном учреждении хирургического профиля, может оказаться немаловажной выработка этической позиции по отношению к такому важнейшему достижению медицинской науки XX в., как **трансплантация органов и тканей человека**. Сегодня пересаживаются практически все жизненно важные органы и ткани: почки, сердце, печень, легкое, костный мозг и др. Вместе с тем трансплантология породила много сложных этических и правовых проблем, связанных с определением прав и обязанностей донора и его родственников, реципиента и медицинских работников, а также сопряженных с ними условий получения информированного согласия (реципиента, живого донора), констатации необратимой гибели головного мозга предполагаемого донора. В настоящее время основным правовым документом в этой области является Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека». В нем определены условия и порядок трансплантации человеческих органов и тканей с учетом современных достижений медицинской науки и практики, однако не даны ответы на многие этические вопросы.

Одной из наиболее горячо обсуждаемых сегодня этических проблем является проблема **эвтанази**, то есть намеренного ускорения наступления смерти неизлечимого больного с целью прекращения его страданий. Иными словами, эвтаназия — это преднамеренное

убийство человека (по его просьбе). Различают две основные формы эвтаназии: активную и пассивную. *Активная эвтаназия* – преднамеренное применение медицинскими работниками каких-либо средств с целью прерывания жизни пациента. К активной эвтаназии также относят самоубийство при помощи врача, который предоставляет больному средства для прекращения жизни. *Пассивная эвтаназия* – отказ от поддерживающего лечения, которое или совсем не начинают или прекращают на определенном этапе. В «Основах» существует специальная статья 45 «Запрещение эвтаназии». В ней говорится: «Медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии – удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни». Эвтаназия противоречит религиозным взглядам всех основных конфессий и классической медицинской этике, в частности, клятве Гиппократу, однако этот вопрос не может считаться окончательно решенным.

Еще один принцип биоэтики – **социальная справедливость**, который предусматривает равное предоставление необходимых видов медицинской помощи любому пациенту независимо от его физического, психического и материального состояния. Врач при оказании медицинской помощи пациентам должен руководствоваться исключительно профессиональными и этическими нормами, а не отдавать предпочтение больным с особым социальным статусом и высоким материальным положением.

Социально-психологической основой профессионального воспитания врачей является формирование и развитие у них соответствующей этико-деонтологической культуры. Это означает, что сопереживание и милосердие должны стать внутренним содержанием, нравственным стержнем медицинского работника. Этические нормы врача должны находить свое проявление в профессиональной деятельности, прежде всего в общении с пациентами, их близкими, взаимоотношениях с коллегами.

**Контрольные вопросы**

1. Дайте определение понятий «медицинская этика» и «деонтология».
2. Какие основные проблемы изучает медицинская этика?
3. Какие нормы профессиональной морали содержит «Международный кодекс медицинской этики»?
4. В каких международных и отечественных правовых документах зафиксированы принципы медицинской этики?
5. Каковы этические правила беседы с пациентом?
6. Каковы этические правила проведения инвазивных лечебных и диагностических процедур?
7. В чем суть принципа информированного согласия? Каков порядок его соблюдения?
8. Что такое ятрогения? В чем причины ее возникновения? Какие виды ятрогений вам известны?
9. Раскройте суть и разъясните важность соблюдения принципа сохранения врачебной тайны.
10. Дайте определение понятия «биомедицинская этика».
11. Какие основные проблемы изучает биомедицинская этика?
12. Каковы этические проблемы внедрения новых репродуктивных технологий?
13. Каковы правовые, этические проблемы клонирования человека? Ваше отношение к этой проблеме.
14. Каким нормативным актом регулируется трансплантация органов и тканей человека в РФ?
15. Эвтаназия и ее этическая оценка.
16. В чем суть принципа социальной справедливости при оказании медицинской помощи?

## Глава 27

# Здравоохранение в зарубежных странах

### 27.1. Социально-экономические модели здравоохранения

Несмотря на большое разнообразие национальных и исторических особенностей, имеющих место в различных странах мира, выделяют 5 устойчиво функционирующих моделей здравоохранения:

- модель здравоохранения без государственного регулирования;
- модель здравоохранения с государственным регулированием программ обязательного медицинского страхования для отдельных категорий граждан;
- модель здравоохранения с государственным регулированием программ обязательного медицинского страхования для большинства граждан;
- монополярная государственная модель здравоохранения;
- модель здравоохранения на основе всеобщего государственного медицинского страхования.

Эти модели принципиально отличаются друг от друга: во-первых, степенью участия государства в финансировании здравоохранения; во-вторых, формами собственности производителей медицинских услуг; в-третьих, степенью охвата населения программами государственной поддержки; в-четвертых, источниками финансирования здравоохранения. Условно первые 2 модели можно отнести к негосударственным (частным), а последние 3 – к государственным моделям здравоохранения. В странах с неустойчивыми политическими системами и переходной экономикой могут встречаться промежуточные формы (переходные модели), включающие элементы разных моделей.

**Модель здравоохранения без государственного регулирования** основана на простых законах потребительского рынка. Виды и объем медицинской помощи формируются путем саморегулирования спроса и предложения на медицинские услуги. Неимущие слои населения не имеют доступа к квалифицированной медицинской

помощи. Для такой модели характерно отсутствие существенной государственной поддержки малоимущих категорий граждан. Производители медицинских услуг представлены врачами частной практики. Участие государства сводится к обеспечению необходимых противозидемических мероприятий и минимальных санитарных условий в общественных местах. Государство также берет на себя обязанность по изоляции и лечению больных (инфекционных, психиатрических и др.), представляющих опасность для общества.

В этой системе здравоохранения оплата медицинской помощи осуществляется непосредственно потребителями медицинских услуг – пациентами. Для нее характерны следующие признаки:

- основной источник финансирования медицинской помощи – личные средства граждан;
- свободные (нерегулируемые) цены на медицинские услуги;
- свободный выбор врача;
- высокие доходы врачей;
- ограниченная доступность медицинской помощи большинству граждан.

Такая модель здравоохранения существует в ряде развивающихся стран Азии и Африки.

**Модель здравоохранения с государственным регулированием программ обязательного медицинского страхования для отдельных категорий граждан** возникла в эпоху раннего капитализма в связи с развитием сложных медицинских технологий (полостная хирургия, наркоз, рентген и др.), которые потребовали больших дополнительных материальных и финансовых затрат. Это, в свою очередь, поставило перед населением проблему оплаты дорогостоящего лечения.

Одним из решений проблемы стало создание больничных касс, развитие частного медицинского страхования. Страховые компании использовали принцип общественной солидарности, при котором богатый платит за бедного, молодой – за старого, больной – за здорового. Это стало удобно для большинства пациентов. Механизм страхового дела оттачивался в течение десятилетий. Формировалась юридическая база для правового регулирования отношений между страховщиками (работодатель, частное лицо), страховыми компаниями, частными производителями медицинских услуг, адвокатскими конторами, которые регулировали спорные вопросы.

В этот период стала постепенно усиливаться роль государства в формировании правовой базы, начали вводиться отдельные элементы обязательного медицинского страхования для отдельных категорий граждан (программы для неимущих и инвалидов в США).



Таким образом появилась государственная поддержка отдельных категорий граждан в получении медицинской помощи, однако она не носила всеобщего характера.

При этой модели взаимоотношения между производящими, финансирующими, контролирующими и потребляющими субъектами основываются на свободном выборе, независимости и двусторонних договорных обязательствах. Для нее характерны следующие признаки:

- основным источником финансирования медицинской помощи являются личные средства граждан и прибыль (доход) юридических лиц;
- большой выбор медицинских учреждений, врачей, создающих конкурентную среду на рынке медицинских услуг;
- свободное (нерегулируемое) ценообразование на медицинские услуги;
- высокие доходы врачей, других медицинских работников;
- высокая стоимость медицинских услуг, ограниченная доступность медицинской помощи для широких слоев населения;
- недостаточное внимание к помощи на дому и профилактике, приоритет в лечении «легких» заболеваний;
- неэффективное использование ресурсов, преобладание затратных хозяйственных механизмов;
- гипердиагностика, выполнение значительной доли дорогостоящих процедур и вмешательств без достаточных медицинских показаний;
- государственная поддержка отдельных категорий граждан.

Такая модель характерна для здравоохранения США, ряда арабских, африканских и латиноамериканских стран.

**Модель здравоохранения с государственным регулированием программ обязательного медицинского страхования для большинства граждан** более прогрессивна и совершенна. Она зародилась в конце XIX в. в Германии и получила развитие в период после Первой мировой войны в большинстве европейских стран. Основной характеристикой такой модели является то, что государство с целью обеспечения гарантированной медицинской помощью большинства населения (за исключением самых богатых) обязывает всех работодателей и самих граждан отчислять часть дохода на медицинскую страховку в рамках государственных нормативов по программе ОМС. Работодатели перечисляют деньги в страховые компании, те в свою очередь — в лечебные учреждения, которые оказывают медицинскую помощь населению.

Основная роль государственных органов управления здравоохранением при этом сводится к выполнению функции экспертно-аналитических и арбитражных служб и контроля за санитарно-эпидемиологическим благополучием в стране.

Для модели здравоохранения с государственным регулированием программ всеобщего ОМС характерны следующие положительные стороны:

- наличие нескольких основных источников финансирования (средства бюджетов, обязательные платежи по страхованию, осуществляемые как работодателями, так и самими работниками);
- высокая доля национального дохода, выделяемого на здравоохранение;
- наличие централизованной системы финансирования, основанной на независимых специализированных организациях (фондах, страховых компаниях);
- большое внимание со стороны финансирующих организаций к контролю качества медицинской помощи и объемам расходов при оказании медицинских услуг;
- регулируемое ценообразование на медицинские услуги, многообразие форм и способов оплаты медицинской помощи;
- обеспечение высокого, гарантированного государством, качества медицинской помощи.

Основной недостаток — недостаточно полный охват населения программами обязательного медицинского страхования.

В настоящее время данная модель наиболее развита в Германии и Франции и называется *регулируемой системой страхования здоровья*.

**Монопольная государственная модель здравоохранения** возникла в СССР после Октябрьской революции (1917). Эта модель ориентирована на высокий уровень централизации управления отраслью. Организация материально-технического и лекарственного обеспечения производится на основе государственного заказа и фондового снабжения по фиксированным ценам. Формирование и развитие медицинских учреждений производится в соответствии с государственными нормативами по штатам, ресурсам, заработной плате и др. Монопольная государственная модель здравоохранения имеет ряд неоспоримых преимуществ:

- высокую степень социальной защищенности граждан путем установления всеобщих гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи;
- строгий государственный контроль за условиями оказания медицинской помощи;

- воздействие на заболеваемость управляемыми инфекциями путем проведения иммунизации населения;
- высокую степень мобилизационной готовности при чрезвычайных ситуациях.

В то же время, к существенным недостаткам этой модели следует отнести:

- низкоэффективную бюрократическую систему управления;
- недостаток дополнительных платных и сервисных услуг и отсутствие конкурентной среды;
- низкую заработную плату медицинских работников;
- отсутствие экономических стимулов в работе медицинского персонала;
- отсутствие системы независимого контроля за качеством медицинской помощи;
- диспропорции в развитии стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи;
- низкую эффективность использования ресурсов в здравоохранении.

Эта модель, несомненно, сыграла положительную роль в эпоху политических кризисов и войн в обществах с устойчивыми и традиционными представлениями о медицине как о социальном благе, в равной степени доступном и бесплатном для всех граждан. Вместе с тем развитие рыночных отношений, а также эволюция потребностей граждан в пользу получения все более разнообразных и качественных медицинских услуг приводят к тому, что государство оказывается не в состоянии эффективно финансировать и управлять национальной системой здравоохранения.

Основным отрицательным фактором монопольной государственной модели здравоохранения является то, что финансирование медицинской деятельности осуществляется исключительно из госбюджета по остаточному принципу. В этой модели не предусмотрено использование принципов ни обязательного, ни добровольного медицинского страхования.

**Модель здравоохранения на основе всеобщего государственного медицинского страхования.** После Второй мировой войны ряд ведущих стран мира (Великобритания, Италия, Испания, Япония, Канада) заимствовали у Советского Союза положительные стороны монопольной государственной модели здравоохранения и построили новые страховые модели, которые существенно отличались от предыдущих частных моделей обязательного медицинского страхования.

Характерным для модели здравоохранения, основанной на всеобщем государственном медицинском страховании, является то, что

государство непосредственно координирует работу всех медицинских учреждений и само обеспечивает производство медицинских услуг всему населению страны. Система государственного страхования является наиболее экономичной и рациональной моделью в организации медицинского обслуживания населения. Фактически это модель XXI в. для стран, которые стремятся ограничить расходы, не потеряв в эффективности и качестве медицинской помощи.

Такие модели не допускают отделения государства от управления, управления от финансирования, финансирования от ответственности за производство услуг и качество обслуживания населения. В функции государственных органов управления входит также ответственность за сбор средств, управление финансами, формирование госзаказа и установление цен на медицинские услуги.

Действующая в настоящее время в РФ система здравоохранения, которая в основном базируется на принципах государственного и всеобщего обязательного медицинского страхования, наиболее приближена к этой модели.

## **27.2. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Международное сотрудничество России**

По окончании Второй мировой войны в июле 1946 г. в Нью-Йорке в соответствии с решением Международной конференции по здравоохранению было принято решение создать Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ) (World Health Organization, WHO). Устав ВОЗ был ратифицирован 7 апреля 1948 г., с тех пор этот день отмечают как «Всемирный день здоровья».

**Всемирная организация здравоохранения** – специальное агентство Организации Объединенных Наций, состоящее из 192 государств-членов, основная задача которого заключается в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения мира. В состав ВОЗ принимают государства-члены ООН, хотя возможен прием и не входящих в ООН стран.

Официальными языками ВОЗ являются английский и французский, рабочими (кроме указанных) – русский, испанский, арабский, китайский, немецкий.

Деятельность ВОЗ осуществляется следующими уполномоченными *органами*: Всемирной Ассамблеей по здравоохранению, Исполнительным комитетом, Секретариатом.

Высшим органом ВОЗ является Всемирная Ассамблея здравоохранения, которая состоит из делегатов, представляющих государства-члены ВОЗ. Сессии Ассамблеи созываются ежегодно.

Между сессиями высшим органом ВОЗ является Исполнительный комитет, включающий представителей 30 государств (среди них 5 постоянных членов: США, Россия, Великобритания, Франция и Китай) и который собирается на очередные сессии 2 раза в год. Центральным административным органом ВОЗ является Секретариат, возглавляемый Генеральным директором, который назначается Ассамблеей по представлению Исполнительного комитета сроком на 5 лет. Штаб-квартира Секретариата находится в Женеве (Швейцария). У Генерального директора работают 6 помощников, один из которых – представитель Российской Федерации. Секретариат ВОЗ состоит из 5 отделов:

- гигиена окружающей среды и санитарной статистики;
- укрепление служб здравоохранения и охраны здоровья семьи;
- неинфекционные болезни, развитие кадров здравоохранения и лекарственных средств;
- административное руководство и персонал;
- бюджет и финансы.

Для оказания государствам адекватной помощи с учетом специфических для данной страны проблем здравоохранения в рамках ВОЗ создано 6 региональных организаций. Каждая такая организация имеет региональный комитет, который состоит из представителей государств-членов ВОЗ, входящих в данный географический регион. Исполнительными органами этих организаций являются региональные бюро, которые находятся в следующих странах:

- европейское — в Копенгагене (Дания);
- американское — в Вашингтоне (США);
- восточно-средиземноморское (Средиземноморское) — в Александрии (Египет);
- юго-восточной Азии (Азиатское) — в Дели (Индия);
- западной части Тихого океана (Тихоокеанское) — в Маниле (Филиппины);
- стран Африки южнее Сахары (Африканское) — в Браззавиле (Конго).

Ежегодный бюджет ВОЗ составляет более 550 млн. долларов, который формируется за счет взносов стран-членов.

***Основными направлениями деятельности ВОЗ являются:***

- укрепление и совершенствование национальных служб здравоохранения;
- предупреждение и борьба с неинфекционными и инфекционными заболеваниями;

- охрана и оздоровление окружающей среды;
- охрана здоровья матери и ребенка;
- подготовка медицинских кадров;
- разработка международных стандартов, номенклатур и классификации болезней;
- развитие медико-биологических исследований.

Для обсуждения и консультаций ВОЗ привлекает известных специалистов-экспертов, которые готовят технические, научные и информационные материалы, организуют заседания экспертных советов. Широко представлена издательская деятельность ВОЗ, включающая отчеты Генерального директора о деятельности ВОЗ, статистические материалы, документы комитетов и совещаний, в том числе отчеты Ассамблеи, исполнительных комитетов, сборники резолюций и др. Также выпускаются журналы ВОЗ: «Бюллетень ВОЗ», «Хроника ВОЗ», «Международный форум здравоохранения», «Здоровье мира», «Ежегодник мировой санитарной статистики», монографии и технические доклады. С периодичностью приблизительно раз в 10 лет ВОЗ пересматривает и издает «Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем».

За годы своей деятельности ВОЗ удалось решить многие важные проблемы. По инициативе ВОЗ и при активной поддержке национальных систем здравоохранения была проведена кампания по ликвидации оспы в мире (последний случай зарегистрирован в 1981 г.); результативными явились кампания по борьбе с малярией, распространенность которой сократилась почти в 2 раза, программа иммунизации против инфекционных заболеваний, борьба с ВИЧ-инфекцией; формирование служб первичной медико-санитарной помощи и др. Основная роль ВОЗ в достижении поставленных целей – консультативная, экспертная и техническая помощь странам, а также предоставление необходимой информации. Это делается для того, чтобы научить страны самим решать ключевые проблемы охраны здоровья населения.

На сегодня ВОЗ определила следующие наиболее важные направления деятельности национальных систем здравоохранения: борьба с ВИЧ/СПИД, туберкулезом, малярией, содействие безопасной беременности, охрана здоровья матери и ребенка, подростков, улучшение психического здоровья и др.

ВОЗ сотрудничает с большинством неправительственных международных организаций, в том числе с Лигой обществ Красного Креста, Международным обществом реабилитации, Всемирной ме-

дицинской ассоциацией, Советом международных медицинских научных организаций, Всемирной Федерацией помощи слепым и др.

Важное место в общей системе международных отношений РФ занимает *международное сотрудничество в области здравоохранения*, которое охватывает широкий спектр проблем здравоохранения, медицинской науки и социально-трудовой сферы и имеет 2 основных составляющих: политическую и профессиональную.

*Политическое направление* формируется при непосредственном участии руководителей МЗиСР РФ в ходе определения глобальной стратегии и места российского здравоохранения в происходящих процессах на мировом и региональном уровнях (формирование позиции России в программах международных организаций, международных соглашениях, приоритетных направлениях международного сотрудничества, прямых переговорах на высоком уровне и др.).

*Профессиональное направление* включает прямое участие руководителей и специалистов департаментов МЗиСР РФ, федеральных служб и агентств в разработке и реализации совместных международных проектов и программ, а также соглашений о международном сотрудничестве.

Оба направления сотрудничества осуществляются в тесном взаимодействии с МИД России, Минэкономразвития России, посольствами и представительствами России за рубежом.

**Контрольные вопросы**

1. Какие социально-экономические модели здравоохранения существуют в экономически развитых странах?
2. Охарактеризуйте модель здравоохранения без государственного регулирования.
3. Дайте характеристику модели здравоохранения с государственным регулированием программ обязательного медицинского страхования для отдельных категорий граждан.
4. Опишите модель здравоохранения с государственным регулированием программ всеобщего обязательного медицинского страхования.
5. Охарактеризуйте монопольную государственную модель здравоохранения.
6. Дайте характеристику модели здравоохранения на основе всеобщего государственного медицинского страхования.
7. Что такое Всемирная организация здравоохранения? Какова цель ее деятельности?
8. Какова структура Всемирной организации здравоохранения?
9. Перечислите основные направления деятельности Всемирной организации здравоохранения.
10. Сформулируйте основные направления международного сотрудничества России в области охраны здоровья и здравоохранения.



## Основные термины

**Акселерация** – ускорение физического развития детей и подростков по сравнению с предшествующими поколениями.

**Активы бухгалтерского баланса организации здравоохранения** – часть бухгалтерского баланса, отражающая в денежном выражении совокупность финансовых, материальных и нематериальных ресурсов организации.

**База данных** – массив данных, структурированный и хранимый на электронных носителях и управляемый с помощью специального программного обеспечения.

**Базовый должностной оклад (базовая ставка заработной платы)** – минимальный должностной оклад работника государственного или муниципального учреждения, входящего в соответствующую профессиональную квалификационную группу, без учета компенсационных, стимулирующих и социальных выплат.

**Балансовая стоимость** – стоимость основных средств, по которой они учтены в бухгалтерском балансе организации здравоохранения.

**Биостатистика** – один из разделов статистики, изучающий с использованием методов математической статистики общие и частные закономерности, присущие живой природе.

**Биоэтика** – соединение биологических знаний и человеческих ценностей.

**Брэндинг** – вид маркетинговой деятельности по созданию долгосрочного предпочтения к товару, основанной на комплексном воздействии на потребителя товарного знака, упаковки, рекламных обращений и др.

**Бюджетная смета** – документ, устанавливающий в соответствии с классификацией расходов бюджета лимиты бюджетных обязательств в бюджетных учреждениях.

**Валовые затраты** – сумма переменных и постоянных затрат, которые используют для производства медицинских товаров и услуг.

**Внешняя миграция** – перемещения населения, при которых пересекаются государственные границы.

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

**Временная миграция** — временное переселение на какой-то достаточно длительный срок.

**Временная нетрудоспособность (ВН)** — состояние организма человека, обусловленное заболеванием, травмой и другими причинами, при которых нарушения функций сопровождаются невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение определенного промежутка времени, т.е. носят обратимый характер.

**Вторичная профилактика** — комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление заболеваний, а также предупреждение их обострений, осложнений и хронизацию.

**Выборочная совокупность (выборка)** — любое подмножество объектов генеральной совокупности.

**Генеральная совокупность (г.с.)** — множество качественно однородных единиц наблюдений, объединенных по одному или группе признаков.

**Гипотеза** — научное предположение, выдвигаемое для объяснения каких-либо явлений.

**Деонтология** — учение о должном поведении медицинских работников.

**Диспансеризация** — приоритетное направление в деятельности медицинских учреждений, включающее комплекс мер по формированию здорового образа жизни, профилактике и ранней диагностике заболеваний, эффективному лечению больных и их динамическому наблюдению.

**Доказательная медицина** — раздел медицины, основанный на доказательствах. Посвящен поиску, сравнению, обобщению и распространению полученных результатов клинической практики для повышения эффективности и безопасности лечения больных.

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

**Заболеваемость по данным о причинах смерти** — все случаи заболеваний, установленные при судебно-медицинском или патологоанатомическом исследовании, по поводу которых не было зарегистрировано при жизни пациента обращений в организации здравоохранения.

**Затраты (издержки)** — расход материальных, финансовых, информационных и других ресурсов в стоимостном выражении, используемых в процессе производства медицинских товаров и услуг.

**Здоровье** – состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов (ВОЗ).

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

**Исчерпанная (истинная) заболеваемость** – общая заболеваемость по обращаемости, дополненная случаями заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах, и данными по причинам смерти.

**Качество жизни** – интегральная оценка индивидуумом своего положения в жизни общества (в системе общечеловеческих ценностей), а также соотношение этого положения со своими целями и возможностями.

**Качество жизни, связанное со здоровьем** – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального состояния больного, основанная на его субъективном восприятии.

**Компенсационные выплаты** – доплаты и надбавки компенсационного характера, в том числе за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных.

**Конкуренция** – состязание между экономическими субъектами, борьба за рынки сбыта товаров и услуг с целью получения более высоких доходов и других выгод.

**Координация** – функция управления, которая представляет собой согласованность действий участников процесса выработки, реализации управленческого решения и достижения поставленной цели.

**Косвенный экономический ущерб** – экономические потери, связанные с выплатами пособий по временной утрате трудоспособности, пенсий по инвалидности, числом непрожитых трудоспособных лет жизни (в стоимостном выражении), уменьшением производства ВВП и др.

**Коэффициент** – статистический показатель, представляющий отношение двух однородных или неоднородных величин.

**Лечебно-охранительный режим** – система мер, направленных на создание оптимальных условий пребывания больных в стационаре, способствующих поднятию их общего психоэмоционального тонуса.

**Ликвидность активов** – способность финансовых, материальных, нематериальных ресурсов быстро и легко реализовываться для погашения денежных обязательств организации.

**Лицензирование** — выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление им определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования.

**Маркетинг** — комплексная система организации производства и сбыта продукции, ориентированная на удовлетворение потребностей потребителей и получение прибыли на основе исследования и прогнозирования рынка.

**Материальные ресурсы здравоохранения** — совокупность зданий, сооружений, оборудования, транспорта, горюче-смазочных материалов, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, расходных материалов, запасных частей, инструментария, мягкого инвентаря, хозяйственных товаров, сырья и других материальных ценностей, которые находятся в распоряжении организаций здравоохранения и используются для производства медицинских товаров и услуг.

**Маятниковая миграция** — регулярные поездки к месту работы или учебы за пределы своего постоянного места проживания.

**Медико-социальная экспертиза (МСЭ)** — определение потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функции организма.

**Медицинская демография** — один из разделов общей демографии, который изучает взаимосвязь воспроизводства населения с медико-социальными факторами и разрабатывает на этой основе меры, направленные на обеспечение наиболее благоприятного развития демографических процессов и улучшение здоровья населения.

**Медицинская помощь** — совокупность лечебно-профилактических мероприятий, проводимых при заболеваниях, травмах, отравлениях, а также при родах, лицами, имеющими высшее и среднее медицинское образование.

**Медицинская профилактика** — комплекс профилактических мер, реализуемый через систему здравоохранения.

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

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

**Медицинская услуга** — структурный элемент профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, санаторно-курор-

тной, санитарно-эпидемиологической, лекарственной, протезно-ортопедической и других видов помощи, имеющий определенную стоимость.

**Медицинская этика** — совокупность норм поведения и морали медицинских работников.

**Медицинский маркетинг** — комплекс мероприятий, направленный на изучение спроса, организацию производства и создание условий для удовлетворения потребности населения в различных видах медицинских товаров и услуг.

**Медицинское страхование** — форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, цель которого — гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

**Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)** — система группировки болезней и патологических состояний, отражающая современный этап развития медицинской науки.

**Менеджмент** — рациональное управление современным производством для достижения его высокой эффективности и оптимального использования ресурсов.

**Методы управления** — способы и приемы воздействия руководителя организации здравоохранения или его подразделения на коллектив для более эффективного использования имеющихся ресурсов в решении поставленных задач.

**Миграция** — территориальные перемещения населения с целью постоянной или временной смены места жительства.

**Моральный износ** — уменьшение стоимости основных средств на фоне научно-технического прогресса и роста производительности труда.

**Мотивация** — функция управления, которая представляет собой комплекс мер по стимулированию деятельности индивида или коллектива, направленный на достижение в процессе управления поставленных перед организацией целей.

**Нетрудоспособность** — состояние, обусловленное болезнью, травмой, ее последствиями или другими причинами, когда выполнение профессионального труда невозможно полностью или частично в течение ограниченного времени или постоянно.

**Норматив** — расчетная величина затрат материальных, финансовых, временных и других ресурсов, применяемая при нормировании труда, планировании производственной и хозяйственной деятельности.

**Оборотные средства в здравоохранении (оборотный капитал, оборотные фонды, оборотные ресурсы)** — одна из частей активов организации здравоохранения, необходимых, в дополнение к основным средствам, для производства медицинских товаров и услуг.

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

**Общественное здоровье** — важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей.

**Объект медико-социального исследования** — статистическая совокупность, состоящая из относительно однородных отдельных объектов или явлений (единиц наблюдения).

**Организация** — функция управления, которая представляет собой процесс по формированию структуры учреждения или предприятия, обеспечению их деятельности финансовыми, материально-техническими, трудовыми, информационными и другими ресурсами, созданию оптимальных социально-психологических условий, правовой базы для достижения поставленных целей.

**Основные средства в здравоохранении (основной капитал, основные фонды, основные ресурсы)** — одна из составных частей активов организаций здравоохранения, которые длительное время используются для производства медицинских товаров и услуг, постепенно перенося на них свою стоимость.

**Охрана здоровья** — совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического, противоэпидемиологического характера, направленных на сохранение и укрепление здоровья каждого человека, семьи и общества в целом, поддержание активной долголетней жизни.

**Пассивы бухгалтерского баланса** — часть бухгалтерского баланса, отражающая совокупность источников денежных средств и обязательств организации, за счет которых сформированы ее активы.

**Патологическая пораженность** — все случаи заболеваний, выявленные на медицинских осмотрах.

**Первичная заболеваемость** — совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году зарегистрированных при обращении населения за медицинской помощью случаев заболеваний.

**Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП)** — основной доступный и бесплатный для каждого гражданина вид медицинского обслуживания, который 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.

**Первичная профилактика** — комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение появления тех или иных заболеваний и отклонений в состоянии здоровья.

**Переменные затраты** — издержки на производство и реализацию продукции, величина которых изменяется пропорционально объему этой продукции.

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

**План** — надлежаще оформленное управленческое решение, включающее точно сформулированные цель, задачи, пути и средства их достижения, предвидение конечных результатов.

**Планирование в здравоохранении** — процесс определения необходимых ресурсов и механизма эффективного их использования для решения задач повышения качества и доступности медицинской помощи, достижения конкретных показателей здоровья населения.

**Планирование семьи** — принятие осознанного решения о числе детей, сроках их рождения, возможность регулировать деторождение в соответствии с конкретной ситуацией в семье и, как следствие — рождение только желанных детей от готовых к этому событию родителей.

**Полная временная нетрудоспособность** — невозможность выполнения любого труда на определенный срок, сопровождающаяся необходимостью создания специального режима и проведения лечения.

**Полная себестоимость продукции** — все затраты на производство и реализацию продукции.

**Постоянная (безвозвратная) миграция** — окончательная смена постоянного места жительства.

**Постоянное население** — лица, постоянно проживающие на данной территории, включая временно отсутствующих.

**Постоянные затраты** — издержки на производство и реализацию продукции, размер которых не зависит от объема производства.

**Предложение** — количество медицинских товаров и услуг, которое производители могут оказать за определенный период времени населению.

**Прибыль** — экономическая категория, комплексно отражающая финансовые результаты деятельности организации здравоохранения и выражающаяся в превышении доходов от реализации медицинских товаров и услуг над затратами по производству и реализации этой продукции.

**Прогноз** — комплекс аргументированных предположений, выраженных в качественной и количественной формах, относительно будущих параметров системы.

**Прогрессивный** тип развития населения — население, в котором доля детей в возрасте 0—14 лет превышает долю населения в возрасте 50 лет и старше.

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

**Прямой экономический ущерб** — затраты материальных, финансовых, информационных и других ресурсов (в стоимостном выражении), которые используются в процессе оказания населению медицинской помощи.

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

**Реабилитация инвалидов** — процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

**Регрессивный** тип развития населения — население, в котором доля лиц в возрасте 50 лет и старше превышает долю детей в возрасте 0—14 лет.

**Реновация** — процесс замещения выбывающих в результате физического и морального износа основных средств новыми.

**Репрезентативность выборки** — соответствие характеристик, получаемых в результате выборочного наблюдения, показателям, характеризующим всю генеральную совокупность.

**Рождаемость** — естественный процесс возобновления населения, характеризующийся статистически зарегистрированным чис-



лом деторождений в конкретной популяции за определенный период времени.

**Рынок** — совокупность экономических отношений, проявляющихся в сфере обмена товаров и услуг, в результате которых формируются спрос, предложение и цена в условиях конкуренции.

**Рынок медицинских товаров и услуг** — сегмент рынка, предоставляющий медицинские товары и услуги для сохранения и улучшения здоровья населения.

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

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

**Система здравоохранения** — совокупность федеральных органов управления здравоохранением, органов исполнительной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления, подведомственных им организаций, а также субъектов частной медицинской практики и частной фармацевтической деятельности, функционирующих в целях сохранения и укрепления здоровья граждан.

**Скорая медицинская помощь** — круглосуточная экстренная медицинская помощь при внезапных заболеваниях, угрожающих жизни больного, травмах, отравлениях, преднамеренных самоповреждениях, родах вне медицинских учреждений, а также катастрофах и стихийных бедствиях.

**Скрининг** — массовое обследование населения и выявление лиц с заболеваниями или с начальными признаками заболеваний.

**Смертность** — процесс вымирания населения, характеризующийся статистически зарегистрированным числом смертей в конкретной популяции за определенный период времени.

**Социальная реабилитация** — процесс восстановления способностей индивида к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности.

**Социально-гигиенический мониторинг** — государственная система наблюдения, анализа и прогноза состояния здоровья населения и среды обитания человека, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием на него факторов среды обитания человека.

**Спрос (потребность)** — количество медицинских товаров и услуг, которое желает и может приобрести общество (отдельные пациенты) в данный период времени по определенной цене.

**Средняя продолжительность предстоящей жизни** — гипотетическое число лет, которое предстоит прожить данному поколению родившихся или числу живущих определенного возраста при условии, что на всем протяжении жизни смертность в каждой возрастной группе будет такой же, какой она была в том году, для которого производилось исчисление.

**Стандарт в здравоохранении** — нормативный документ, разработанный на основе консенсуса и утвержденный соответствующим органом, в котором устанавливается определенный набор правил, нормативов, условий, требований, касающихся различных видов медицинской деятельности и их результатов.

**Стандартизация в здравоохранении** — деятельность, направленная на совершенствование управления отраслью, повышение качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов путем разработки и установления нормативов, правил, требований, условий, технологий при производстве и реализации медицинских товаров и услуг.

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

**Стационарный** тип развития населения — население, при котором доля детей в возрасте 0—14 лет равна доле лиц в возрасте 50 лет и старше.

**Стиль управления** — индивидуальный способ осуществления управленческой деятельности.

**Стимулирующие выплаты** — доплаты и надбавки стимулирующего характера, премии и иные поощрительные выплаты.

**Стойкая нетрудоспособность (инвалидность)** — длительная либо постоянная потеря трудоспособности или значительное ограничение трудоспособности, вызванное хроническим заболеванием (травмой, анатомическим дефектом), приведшим к выраженному нарушению функций организма.

**Третичная профилактика или реабилитация** — комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных физиологических, социальных функций организма, качества жизни и трудоспособности больных и инвалидов.

**Трудоспособность** — состояние организма человека, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяет выполнять работу определенного объема и качества.

**Управление** — функция организованных систем различной природы (биологических, социальных, информационных и др.), обе-

спечивающая сохранение их определенной структуры, поддержание режима деятельности, реализацию их целей и программ.

**Управленческое решение** — директивный акт целенаправленного воздействия на объект управления, основанный на анализе данных и содержащий алгоритм достижения цели.

**Урбанизация** — процесс повышения роли городов в развитии общества.

**Факторы риска** — потенциально опасные для здоровья факторы, повышающие вероятность возникновения заболеваний, их развития и неблагоприятного исхода.

**Физический износ** — утрата основными средствами своей потребительной стоимости, в результате чего они становятся непригодными для дальнейшего использования.

**Физическое здоровье** — интегральный показатель жизнедеятельности индивидуумов, характеризующийся таким уровнем их адаптационных возможностей, при которых обеспечивается сохранение основных параметров гомеостаза в условиях воздействия факторов окружающей среды.

**Физическое развитие** — комплекс происходящих в организме ребенка биологических процессов, фенотипическим проявлением которых являются индивидуальные характерные соответствующему возрасту особенности размеров частей тела, массы, силы, уровня работоспособности и других физических характеристик.

**Финансирование в здравоохранении** — обеспечение физического или юридического лица финансовыми средствами для безвозвратного расходования на определенные цели: медицинские, хозяйственные, бытовые, управленческие и др.

**Финансовая система** — совокупность законов, правил, норм, регулирующих финансовую деятельность и финансовые отношения государства.

**Финансовые результаты организации здравоохранения** — итог экономической деятельности организации за определенный период времени (месяц, квартал, год), который выражается в показателях прибыли или убытков и определяется как разница между выручкой от реализации и полной себестоимостью продукции.

**Финансовые ресурсы здравоохранения** — совокупность всех видов денежных средств (русская и иностранная валюта, ценные бумаги, платежные карты и денежные документы), находящихся в распоряжении органов управления здравоохранением, фондов обязательного медицинского страхования, организаций здравоохранения, страховых медицинских организаций, предназначенные для обеспечения функционирования и развития системы здравоохранения.

**Финансовый контроль в здравоохранении** — контроль за целевым использованием финансовых средств системы здравоохранения, а также за соблюдением действующего финансового законодательства.

**Фонд оплаты труда** — суммарные денежные средства организации здравоохранения, израсходованные в течение определенного периода времени на заработную плату, премиальные выплаты, доплаты работникам, а также компенсирующие выплаты.

**Формирование здорового образа жизни (ЗОЖ)** — благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, позволяющие сохранять и укреплять здоровье, поддерживать оптимальное качество жизни.

**Цель исследования** — мысленное предвосхищение результата деятельности и путей его достижения с помощью определенных средств.

**Цена предложения** — рыночная цена при таком состоянии спроса и предложения, когда складывается так называемый рынок продавца.

**Цена спроса** — такая рыночная цена при таком состоянии спроса и предложения, когда складывается рынок покупателя.

**Частичная временная нетрудоспособность** — состояние, наступающее у человека в отношении своей обычной профессиональной деятельности при сохранении способности выполнять другую работу с иным облегченным режимом или уменьшенным объемом деятельности.

**Экономика здравоохранения** — отраслевая экономическая наука, которая исследует действие объективных экономических законов, влияющих на удовлетворение потребностей населения в сохранении и укреплении здоровья.

**Экспертиза временной нетрудоспособности** — один из видов медицинской экспертизы, основная цель которой — оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого лечения, возможности осуществлять профессиональную деятельность, а также определение степени и сроков временной утраты трудоспособности.

**Экспертиза трудоспособности** — вид экспертизы, который заключается в определении причин, длительности, степени временной или стойкой утраты трудоспособности человека в связи с заболеванием, травмой или другой причиной, а также определение потребности пациента в видах медицинской помощи и мерах социальной защиты.

**Эпизодическая миграция** — деловые, рекреационные и иные поездки, совершающиеся не только не регулярно по времени, но и не обязательно по одним и тем же направлениям.

**Этика** – одна из философских дисциплин, объектом изучения которой является мораль, нравственность.

**Юридическое (приписное) население** – лица, которые прописаны или связаны с данной территорией действующими правилами регистрации, независимо от фактического проживания.

**Ятрогения** – ухудшение болезни или психогенные реакции, вызванные неправильным поведением или действиями медицинских работников (последствия диагностических, оперативных вмешательств, лекарственная болезнь и др.).

## Рекомендательный библиографический список

1. *Вялков А.И.* Управление в здравоохранении Российской Федерации. Теория и практика. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 528 с.
2. *Герасименко Н.Ф.* Полное собрание федеральных законов об охране здоровья граждан. Комментарии, основные понятия, подзаконные акты / Н.Ф. Герасименко, Б.П. Максимов. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 512 с.
3. *Медик В.А.* Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. – В 3-х ч. / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М.: Медицина, 2003. – Ч. 1. - 368 с.; Ч. 2. – 456 с.; Ч. 3. – 392 с.
4. *Медик В.А.* Руководство к практическим занятиям по общественному здоровью и здравоохранению: учеб. пособие / В.А. Медик, В.И. Лисицин, М.С. Токмачев. – М.: Профессионал, 2009. – 298 с.
5. *Пузин С.Н.* Инвалидность как геронтологическая проблема / С.Н. Пузин, Л.П. Гришина, И.С. Храмов. – М., 2003. – 208 с.: ил.
6. *Решетников А.В.* Социология медицины: учебник / А.В. Решетников. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 256 с.
7. *Стародубов В.И.* Управление персоналом организации. Учебник для вузов / В.И. Стародубов, П.И. Сидоров, И.А. Коноплева. Под ред. В.И. Стародубова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 1104 с.: ил.
8. *Статистика финансов: Учебник.* – 2-е изд. / Под ред. В.Н. Салина. – М.: Финансы и статистика, 2003. – 816 с.: ил.
9. *Философия медицины / Ю.Л. Шевченко и др.* – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 480 с.
10. *Шамигурина Н.Г.* Экономика лечебно-профилактического учреждения. – М.: МЦФЭР, 2001. – 278 с.
11. *Щепин О.П.* Организация и экономика предпринимательской деятельности в здравоохранении / О.П. Щепин, Л.А. Габуева. Под общ. ред. д-ра мед. наук, акад. РАМН В.И. Стародубова. – М.: МЦФЭР, 2006. – 432 с. – (Библиотека журнала «Здравоохранение», 3-2006. – Библиотека ЛПУ).
12. *Щепин О.П.* Здоровье населения – основа развития здравоохранения / О.П. Щепин, Р.В. Коротких, В.О. Щепин, В.А. Медик. – М.: Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, 2009. – 376 с.



*Учебное издание*

**Медик Валерий Алексеевич  
Юрьев Вадим Кузьмич**

**ОБЩЕСТВЕННОЕ  
ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

Редактор *Т.Н. Лосева*  
Художник *С.В. Машин*  
Компьютерный дизайн и верстка *Г.И. Самарина*

Подписано в печать 18.04.2009. Формат 60×90/16. Гарнитура NewtonС.  
Печать офсетная. Усл. печ. л. 27. Тираж 3000 экз. Тип. зак.

*По вопросам поставок обращаться  
в издательство «Профессионал».  
Россия, 119048, Москва, ул. Доватора, д. 13  
Тел/факс: (499) 245-60-81  
e-mail: prof-dir@mail.ru*

Отпечатано в ГУП ИПК «Чувашия»  
428019, г. Чебоксары, пр. И. Яковлева, д. 13